

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mai 2009

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     MM.   Dind et Abrecht  
Greffière     :     Mme     de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 48 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_, né en 1945, divorcé, a travaillé comme photographe indépendant de 1969 à 1999. Il a déposé, le 16 octobre 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à une rééducation professionnelle et à l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales, indiquant souffrir de dépression et de perte de l'acuité visuelle. Il a précisé, le 19 novembre 2007, qu'il n'avait pas consulté de médecin depuis vingt ans.

Le 15 octobre 2007, l'assuré a été admis pour la seconde fois à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, en raison d'un épisode dépressif sévère. Dans un rapport du 5 décembre 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'état dépressif existait depuis environ deux ans, mais que c'était la déperdition de la vue qui avait poussé l'intéressé à s'adresser à l'AI. Le praticien attestait une incapacité de travail totale du 7 octobre au 12 décembre 2007 dans l'ancienne profession de photographe. Les Drs [...], chef de clinique adjoint, et P.\_\_\_\_\_ ont précisé, le 27 décembre 2007, que la pathologie psychiatrique « ne présente actuellement pas de critères pour une demande de rente d'invalidité, son évolution ayant été favorable pendant l'hospitalisation après traitement spécifique ».

L'assuré a été opéré des deux yeux en décembre 2007 et janvier 2008 à l'Hôpital [...], en raison d'une cataracte nucléaire sénile brunescence bilatérale, diagnostiquée le 2 octobre 2007. Le 23 janvier 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé. Le pronostic émis par le médecin était bon, à défaut d'atteinte rétinienne. Selon lui, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires, l'assuré étant, à sa connaissance, retraité.

Par projet de décision du 10 juin 2008, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus de toute prestation, au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante à sa santé. Il constatait que la

récupération de l'acuité visuelle de ce dernier était bonne suite aux interventions chirurgicales subies, qui lui avaient permis de recouvrer sa capacité de travail, et qu'il n'avait présenté qu'un seul épisode dépressif n'entraînant pas d'incapacité de travail et de gain durables.

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 6 juin 2008 (recte : 6 juillet 2008). Il estimait avoir droit au versement rétroactif des prestations de l'AI, dès lors qu'il n'avait pas été en mesure d'en profiter entre 1999 et 2007, alors que sa vue diminuait rapidement jusqu'à atteindre 4% en 2003 et qu'il était en dépression. Il précisait que ces prestations seraient consacrées uniquement à un nouveau départ professionnel en qualité de photographe indépendant, activité qu'il pourrait exercer bien au-delà de soixante-cinq ans.

Par décision du 8 septembre 2008, l'OAI a confirmé son projet du 10 juin précédent et nié à l'assuré tout droit aux prestations de l'AI, au motif qu'en l'état du dossier médical, il ne présentait aucune atteinte à sa santé justifiant une incapacité de travail dans son activité habituelle.

**B.** C'est contre cette décision que l'assuré a recouru, le 7 octobre 2008. Il expose qu'il lui a été impossible de travailler durant huit ans en raison de sa dépression et de la perte de sa vue, mais que suite à ses deux opérations, il est désormais en mesure de reprendre son activité de photographe indépendant. Il demande par conséquent l'octroi rétroactif de prestations de l'AI, dans le but de s'équiper en matériel numérique.

Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI conclut au rejet du recours, s'étonnant du fait que le recourant n'ait pas été en mesure de déposer sa demande de prestations de l'AI avant le 16 octobre 2007. Du point de vue médical, il relève que l'assuré n'a pas consulté d'ophtalmologue avant le 2 octobre 2007, alors que son acuité visuelle était tombée, selon ses dires, à 4% en 2003 déjà, et que l'atteinte psychiatrique n'a pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée. Il maintient donc son refus de rente et de mesures professionnelles,

précisant qu'une décision portant sur la demande de mesures médicales serait prochainement notifiée à l'intéressé.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant au versement de prestations arriérées de l'assurance-invalidité.

Le recourant demande le versement rétroactif des prestations de l'AI pour les années 1999 à 2007, en faisant valoir qu'il n'a pas pu en bénéficier pendant cette période, alors qu'il souffrait de perte de la vue et de dépression, et qu'il est à même désormais, suite à deux interventions chirurgicales, de reprendre son activité de photographe indépendant.

L'OAI considère pour sa part que le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles n'est pas ouvert, l'assuré ayant déposé tardivement sa demande de prestations et ne souffrant d'aucune atteinte invalidante à sa santé.

**3. a)** Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** L'ancien art. 48 al. 2 LAI concernant le paiement de prestations arriérées a été abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2008, suite à la 5<sup>e</sup> révision de l'AI (RO 2007 5129 5147), en raison des nouvelles conditions de dépôt de la demande et d'octroi des prestations. Désormais, toute question relative au paiement de prestations arriérées est réglée par l'art. 24 LPGA (FF 2005 4215). A cet égard, le Conseil fédéral précise que « le droit à la rente doit dorénavant prendre naissance au plus tôt six mois après le dépôt d'une demande à l'AI. La rente ne doit plus être versée

rétroactivement à partir de la date de survenue de l'incapacité de gain, souvent antérieure d'un an ou plus. En principe, cette nouvelle disposition n'entraîne pas pour les assurés de restriction des conditions d'exercice de leurs droits. Cependant, elle encourage davantage les assurés à déposer une demande à l'AI le plus tôt possible, en cas de maladie prolongée. Les assurés ne doivent plus être encouragés à retarder le dépôt d'une demande d'un an ou de deux ans jusqu'à ce qu'ils n'aient plus droit aux prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. La personne assurée devra à l'avenir déposer une demande à l'AI au plus tard six mois après la survenue de l'incapacité de gain si elle veut préserver tous ses droits concernant la rente. Si elle le fait plus tard, elle les perd pour chaque mois de retard. (...) Cette réglementation permet, d'une part, aux assurés de préserver tout leur éventuel droit à une rente et, d'autre part, à l'AI de mettre en œuvre des mesures de réadaptation pour les assurés invalides ou menacés d'une invalidité à un moment où la probabilité qu'elles seront efficaces est encore considérablement plus grande que par la suite».

**d)** En l'espèce, il convient toutefois d'appliquer l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1.2), à savoir, en l'occurrence, le dépôt de la demande de prestations de l'AI du 16 octobre 2007.

Selon l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit à des prestations arriérées, celles-ci, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

Selon la jurisprudence, la seconde phrase de cette disposition s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il

était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Elle ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a). Autrement dit, les faits donnant droit à prestation que l'assuré ne pouvait pas connaître sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 consid. 2c ; TF 8C\_48/2009 du 28 avril 2009, consid. 5.2).

Une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 226 consid. 4 ; TFA I 264/00 du 22 mars 2001, consid. 1b) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Encore faut-il qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'AI s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 112 consid. 2a ; TF 9C\_82/2007 du 4 avril 2008, consid. 2 ; TF I 560/06 du 22 juin 2007).

**4. a)** En l'espèce, il s'agit donc en premier lieu de déterminer si le recourant présentait une invalidité donnant droit aux prestations d'assurance entre 1999 et 2007 et, dans l'affirmative, à partir de quand ces prestations seraient dues.

**b)** La demande de prestations a été déposée le 16 octobre 2007. Le recourant se plaint toutefois d'avoir été en incapacité de travail depuis l'année 1999, soit déjà huit ans auparavant. Or, il ressort du dossier que l'assuré n'a pas consulté de médecin depuis environ vingt ans, hormis durant ses hospitalisations à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué que la demande de prestations n'avait été déposée par l'intéressé qu'en raison de la baisse de son acuité visuelle et non pas de la problématique psychiatrique, qui se limitait à un épisode dépressif.

Selon ce médecin, cet épisode ne justifiait pas l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors que son évolution avait été favorable pendant l'hospitalisation de l'assuré. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail de longue durée.

Du point de vue ophtalmologique, le recourant indique qu'il n'a pas été en mesure de travailler depuis l'année 1999 et que son acuité visuelle était tombée à 4% en 2003. Toutefois, il n'a pas consulté d'ophtalmologue avant le 2 octobre 2007, où le diagnostic de cataracte nucléaire sénile brunescence bilatérale a été posé par le Dr V.\_\_\_\_\_. L'assuré a alors été opéré en décembre 2007 et en janvier 2008, de sorte que sa capacité de travail n'a pas été affectée de manière durable. De surcroît, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé, le 23 janvier suivant, que l'état de santé de son patient s'améliorait et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

**c)** Selon le principe inquisitoire prévalant en droit des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu, dans la mesure où les parties ont l'obligation de collaborer à l'instruction de l'affaire et, en particulier, d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2). En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

En l'occurrence, au vu du dossier, il n'est pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été en incapacité de travail avant le 2 octobre 2007. Tout au plus l'aura-t-il

été entre cette date et celle du 23 janvier 2008, où le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté que son état de santé s'était amélioré et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Par ailleurs, la demande de prestations n'a été déposée que le 16 octobre 2007, alors que rien n'indique que l'assuré ait été empêché d'agir plus tôt ou un tiers en son nom. Force est donc de constater que l'intéressé n'a pas été en incapacité de travail de manière durable, de sorte que le droit aux prestations de l'AI n'est pas ouvert ni, à plus forte raison, celui du versement rétroactif de prestations arriérées.

**5.** Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée.

**6.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B. \_\_\_\_\_
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :