

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux, juge, et Moyard, assesseure
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 36 et 39 LAI.

E n f a i t :

A. Ressortissant du Kosovo né en 1988, D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) vit en Suisse depuis 2012 avec sa famille au bénéfice d'un permis N de requérant d'asile. Il n'a jamais exercé d'activité lucrative.

Indiquant souffrir des séquelles d'une poliomyélite, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 juillet 2014.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a requis des renseignements médicaux auprès de la Policlinique B._____ [...], établissement où l'assuré est pris en charge sur le plan médical.

Dans un rapport du 30 septembre 2014, les Dresses F._____, cheffe de clinique, et C._____, médecin assistante, ont posé le diagnostic d'amyotrophie douloureuse du membre inférieur droit et du membre supérieur gauche, avec troubles statiques et hypertrophie musculaire de la fesse gauche sur séquelles de poliomyélite à l'âge de six mois. Le patient était sous traitement anti-inflammatoire en réserve à long terme pour traiter des douleurs importantes au niveau de la cheville droite, de la fesse gauche et de la hanche droite, ainsi que des douleurs et un léger trémor, avec diminution de la force, de la main gauche. Le pronostic demeurait sombre, compte tenu de la chronicité des symptômes et les importantes séquelles de la poliomyélite. Etait exigible une activité exercée en position assise à raison de quatre heures par jour et moyennant de courtes pauses toutes les trente minutes.

Après avoir versé au dossier un rapport du 9 juin 2015 des Drs H._____, médecin adjoint, et J._____, médecin assistant, rattachés au Service de neurologie du Centre hospitalier G._____, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique par le biais de son Service

médical
(ci-après : SMR).

régional

Aux termes de son rapport du 30 juillet 2015, le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics d'hypotrophie et parésie du membre inférieur droit, de légère amyotrophie du membre supérieur gauche et de trouble statique avec scoliose lombaire sur séquelles de poliomyélite ; selon ce médecin, l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (périmètre de marche limité à 500 mètres ; pas de marche sur des terrains accidentés ; port de charges limitées à 5kg ; station debout limitée à dix minutes ; aucune limitation pour la position assise).

Se fondant sur les conclusions de ce dernier rapport, l'OAI a, par décision du 23 novembre 2015, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. **a)** Par acte du 22 décembre 2015, D._____, a déféré la décision du 23 novembre 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente ou de mesures professionnelles, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Etais joint au recours un certificat médical établi 16 décembre 2015 par le Dr P._____, médecin assistant au sein de la Polyclinique B._____, selon lequel la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 50% au maximum. L'assuré a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

b) Le juge instructeur a octroyé l'assistance judiciaire à l'assuré par décision du 23 décembre 2015, l'exonérant d'avances de frais et de frais judiciaires.

c) Par réponse du 28 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Faute d'éléments médicaux de nature objective qui auraient été négligés au cours de l'instruction et qui seraient suffisamment pertinents

pour l'amener à modifier sa ligne de conduite, il n'y avait pas lieu de suivre l'exigibilité mise en exergue par le Dr P._____.

d) Dans sa réplique du 12 mars 2016, D._____ a produit un rapport médical non daté établi par les Drs M._____, chef de clinique, et P._____. Il a requis, compte tenu des contradictions entre les points de vue défendus par ses médecins traitants et par le Dr K._____, la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

e) Aux termes de sa duplique du 18 avril 2016, l'OAI a estimé que les arguments avancés par les médecins de la Polyclinique B._____ n'étaient pas de nature à contrebalancer valablement le rapport établi par le Dr K._____.

f) Par courrier du 13 octobre 2016, le juge instructeur a requis de l'OAI sa détermination au sujet du respect par l'assuré des conditions d'assurance (art. 6, 9 et 36 LAI).

g) Dans ses déterminations du 14 novembre 2016, l'OAI a indiqué ne pas avoir eu de raisons de se pencher sur la question des conditions générales d'assurance, dans la mesure où il n'y avait pas d'invalidité en l'espèce. S'il fallait considérer une invalidité, celle-ci serait survenue à l'étranger, soit avant le séjour de l'assuré sur le territoire suisse. Il n'y avait pas d'éléments plaidant dans le sens d'une aggravation survenue depuis son arrivée en Suisse, son état de santé étant demeuré stable. Ainsi, les exigences des art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI n'étaient pas remplies.

h) D._____ n'a pas déposé de déterminations complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) 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.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI, 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 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.

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.

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 la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1).

b) 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 (*System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles*) : 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, par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1).

c) 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). Selon la jurisprudence, 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 (TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

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

5. En l'espèce, il ressort aussi bien des rapports établis par les médecins de la Polyclinique B._____ que du rapport rédigé par le Dr K._____ que les symptômes dont se plaint actuellement le recourant sont étroitement liés aux séquelles de la poliomyélite dont il fut victime à l'âge de six mois (amyotrophie douloureuse du membre inférieur droit et du membre supérieur gauche, avec troubles statiques et hypertrophie musculaire de la fesse gauche). A l'évidence, la formation scolaire et professionnelle du recourant a été entravée par les limitations engendrées par la poliomyélite, puisqu'il n'a jamais été en mesure, selon les renseignements recueillis au cours de la procédure, d'exercer une quelconque activité professionnelle. Force est ainsi d'admettre que la capacité de travail et de gain était limitée de manière notable depuis l'âge à partir duquel il aurait pu, théoriquement, accéder au marché du travail et gagner sa vie. Dans la mesure où la survenance de l'invalidité est manifestement antérieure à son arrivée en Suisse, le recourant ne peut se prévaloir d'une durée de cotisations d'une année entière au moins, respectivement de trois années au moins au moment de la survenance de l'invalidité et, partant, prétendre l'octroi de mesures d'ordre professionnel ou d'une rente ordinaire. Que l'atteinte à la santé ait pu s'aggraver depuis son arrivée en Suisse ne change rien au fait qu'elle existe depuis bien avant cette date.

6. Pour le reste, le recourant ne peut prétendre l'octroi d'une rente extraordinaire au sens de l'art. 39 al. 3 LAI. Faute d'être né invalide en Suisse ou d'avoir résidé en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis sa naissance lors de la survenance de l'invalidité, le recourant ne remplissait pas pendant son enfance les conditions de l'art. 9 al. 3 LAI.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans le sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée dans le sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant et provisoirement supportés par l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** Le recourant est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- D._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :