

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Thalmann, juge, et Moyard, assesseuse
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Alexandre Bernel,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 2, 6 al. 2, 28 al. 1 let. b, 36 al. 1
LAI**

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant brésilien, né le [...], sans formation, est arrivé en Suisse le 5 août 2008 et s'est marié le 6 avril 2009. Il travaillait dans une entreprise de construction lorsqu'il a été victime, le 27 juillet 2009, d'un accident du travail entraînant une luxation de l'épaule gauche, dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). L'assuré a dès lors présenté en raison de cette atteinte physique une incapacité entière dans toute activité, jusqu'au 28 mai 2013, date à partir de laquelle le médecin d'arrondissement de la CNA a considéré qu'il avait retrouvé une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant des séquelles de l'accident.

b) L'assuré a commencé à manifester des troubles psychiques, justifiant son transfert au Centre J. _____ (ci-après : le Centre J. _____) le 24 janvier 2012, alors qu'il séjournait dans une unité de rééducation en raison de l'atteinte à l'épaule gauche. La lettre de transfert, du 30 janvier 2012, mentionnait un état dépressif avec éléments psychotiques et risque suicidaire.

B. a) L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 13 juillet 2010, en raison de l'atteinte à son épaule. Il a précisé avoir été employé dans le secteur agricole au Brésil et avoir des connaissances en tant que peintre en bâtiment. Il avait travaillé en Suisse en qualité de manœuvre à 100 % du 13 au 26 juillet 2009.

L'OAI a complété l'instruction du cas sur la base du dossier de la CNA.

b) La CNA a transmis à l'OAI un courrier du 6 mars 2012 adressé à l'assuré annonçant qu'elle ne prenait pas en charge le séjour au

Centre J._____, celui-ci n'ayant pas de lien avec l'accident du 27 juillet 2009.

c) Les Drs X._____ et X._____, respectivement médecin psychiatre chef de clinique adjoint et médecin assistante auprès du Centre J._____, ont rempli un questionnaire de l'OAI le 21 mars 2012. Ils retenaient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ayant débuté quelques mois avant l'hospitalisation de l'assuré. Ils faisaient le constat médical suivant :

« M. F._____ est orienté, sans trouble de la vigilance ou de l'attention, la thymie est triste. L'affect est congruent à l'humeur. On note une symptomatologie dépressive sévère avec aboulie, trouble du sommeil, inappétence et retrait social. Absence de trouble floride de la lignée psychotique. En début d'hospitalisation, présence d'une intolérance à la frustration avec une irritabilité et idées suicidaires scénarisées. Celles-ci diminuent pendant son hospitalisation. »

Ces médecins estimaient que l'évolution devrait être favorable puisqu'il s'agissait d'un premier épisode et qu'il était lié à une absence d'activité engendrée par les lésions physiques. Le traitement consistait, en plus d'une médication, en une psychothérapie de soutien visant à l'acceptation de la maladie somatique.

d) Le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a rendu un avis le 11 juin 2012, signé du Dr D._____ lequel notait pour l'essentiel, sur la base du rapport précité, que l'évolution de l'état psychique de l'assuré était favorable et qu'il était sorti avec un traitement correspondant à un épisode dépressif moyen. Sur le plan somatique, il était nécessaire d'obtenir des données récentes.

e) La Dresse W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin associée auprès du Département de l'Appareil Locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a rempli un questionnaire de l'OAI le 10 juillet 2012, attestant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle en raison des lésions structurelles au niveau de l'épaule gauche. La capacité de travail était nulle également dans une activité adaptée en raison d'une part de la non-

utilisation du membre supérieur gauche et d'autre part des troubles psychologiques sévères.

C. La CNA a transmis à l'OAI le 20 juin 2013 un rapport multidisciplinaire rendu par la Clinique B._____ (ci-après : la Clinique B._____) à l'occasion d'un séjour de l'assuré du 12 mars 2013 au 9 avril 2013. Du consilium psychiatrique effectué le 13 mars 2013 par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il ressort le diagnostic de probables troubles mixtes de la personnalité, dont traits schizoïdes (F61.0). La psychopathologie de l'assuré et le contexte psychosocial jouaient certainement un rôle défavorable dans sa réadaptation physique et ses capacités de réinsertion professionnelle.

D. Le 15 juillet 2013, l'OAI a rendu un projet de décision de rejet de la demande de prestations de l'assuré. Il a rappelé les conditions du droit à la rente d'invalidité ordinaire applicables aux ressortissants de pays n'ayant pas conclu de convention d'assurance sociale avec la Suisse. Il a ensuite constaté que suite à son accident du 27 juillet 2009, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. A l'échéance du délai de carence d'une année, soit en juillet 2010, l'assuré ne remplissait pas les conditions générales d'assurance, de sorte que le droit à une rente devait être nié. Cette rente aurait dû selon l'OAI dans tous les cas être limitée dans le temps, car depuis 2013 une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré était exigible. En comparant le revenu auquel l'intéressé aurait pu prétendre en poursuivant son activité habituelle de manœuvre avec celui auquel il pouvait encore prétendre en dépit de son atteinte à la santé, le degré d'invalidité était de 13.85 %, ne donnant ainsi ni droit à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.

E. La Dresse Q._____, cheffe de clinique adjointe, et l'assistante sociale L._____, du Centre J._____, ont rendu à l'intention de l'OAI un rapport médical le 28 octobre 2013, dont la teneur est la suivante :

« Le patient susnommé a été hospitalisé à trois reprises dans notre établissement du 24.01 au 13.02.12, du 01.08 au 03.09.13 et du 17.09 au 15.10.13, pour un épisode psychotique aigu. Les caractéristiques de ces épisodes avec des symptômes psychotiques positifs florides évoluant vers une atténuation sous traitement neuroleptique, ainsi que l'observation de symptômes négatifs tels qu'un apragmatisme, une aboulie, un émoussement des affects et des troubles de la pensée, nous ont menés à poser chez M. F. _____ un diagnostic d'une schizophrénie paranoïde épisodique.

Sur le plan de la capacité de travail, M. F. _____ est resté sans activité, présentant des ressources très diminuées pour la recherche et la réalisation d'un emploi déjà depuis la première décompensation psychotique qu'il a manifestée en 2012 avec une toute première hospitalisation. A la fin de sa dernière hospitalisation, nous mettons en évidence des symptômes négatifs cités ci-dessus, qui persistent, provoquant ainsi des difficultés conséquentes pour la recherche, puis l'exercice d'un emploi dans le marché du travail ordinaire.

Au vu de la péjoration de l'état de santé de votre assuré ainsi que de l'incapacité de travail actuelle, nous recommandons fortement la réouverture de son dossier auprès de votre office, ayant pour but l'examen au droit à des mesures de réadaptation professionnelle pour l'exercice d'un emploi en milieu protégé à temps partiel voire le droit à une rente.

Nous vous informons que M. F. _____ a été suivi depuis l'année 2011 et jusqu'en novembre 2013 par le Dr T. _____ au service de la psychiatrie de liaison du CHUV, et sera suivi à partir de novembre 2013 à l'Hôpital A. _____ à [...]. »

F. a) L'assuré a émis des objections à l'encontre du projet de décision de l'OAI le 31 octobre 2013, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a relevé que ledit projet ne prenait aucunement en considération une affection psychiatrique invalidante s'ajoutant à la problématique somatique. Il demandait à cet égard un complément d'instruction.

b) Consulté pour avis, le SMR, en la personne des Drs K. _____ et R. _____, a, le 12 novembre 2013, jugé nécessaire que la composante psychiatrique soit instruite de manière exhaustive.

c) Les Drs H. _____ et C. _____, respectivement psychiatre et médecin adjoint et médecin assistant auprès du Centre J. _____, ont rempli un questionnaire de l'OAI le 2 décembre 2013. Ces médecins traitaient le patient ambulatoirement depuis novembre 2013, le dernier contrôle ayant eu lieu le 18 du même mois. Ils retenaient le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de schizophrénie paranoïde (F20.0),

existant à leur connaissance depuis début 2012. Ils constataient ce qui suit :

« Il s'agit d'un patient de taille et de corpulence normales, faisant son âge, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularité. Il se présente calme, en retrait et relativement ralenti. Pas de trouble de la concentration, ni de la vigilance, il est orienté dans le temps, l'espace, à sa personne et à la situation. Le discours est pauvre, peu spontané, globalement cohérent et adapté. Le cours de la pensée est relativement ralenti et son contenu sans particularité. Il dit avoir des hallucinations auditives qui sont beaucoup moins fréquentes depuis sa sortie de l'hôpital, mais qui peuvent par moment générer des crises d'angoisse dont le patient arrive d'une manière globale à gérer sans difficulté. M. F. _____ ne présente pas de trouble majeur du "Moi", mais dit avoir l'impression que les gens arrivent, par le passé, à lire ses pensées. La thymie est neutre, le patient se présente relativement aboulique, se plaint de troubles à l'endormissement ainsi que d'angoisses. Les affects sont plutôt émoussés. Pas d'idéation suicidaires durant l'entretien. Pas de notion de consommation. »

L'incapacité de travail était totale et leur pronostic était le suivant :

« Etant donné que M. F. _____ n'est que récemment diagnostiqué de schizophrénie paranoïde, nous ne pouvons pas nous positionner sur le pronostic à long terme. Pour l'instant, le patient adhère au projet de soins avec une stabilisation de l'état psychique au niveau de la symptomatologie positive de la maladie (hallucinations auditives et troubles formels de la pensée), mais il ne présente pas d'amélioration sur le plan fonctionnel, ni cognitif. »

Les médecins estimaient qu'avec une bonne stabilisation sur le plan de la symptomatologie positive de la schizophrénie, il se pourrait que leur patient puisse intégrer une activité dans un atelier protégé. L'activité habituelle n'était pas exigible. Une réinsertion ne pourrait avoir lieu avant deux ou trois ans.

d) La Dresse Q. _____ et le Dr P. _____, médecin assistant auprès du Centre J. _____, ont rempli un questionnaire de l'OAI le 7 janvier 2014, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de schizophrénie paranoïde épisodique rémittente (F20.03) et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.22), existant depuis environ 2010. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

[...] Suite à un accident de travail, il [l'assuré] présente des séquelles physiques à l'épaule gauche, pour lesquelles il reçoit une rente AI [assurance-invalidité] partielle et débute un suivi auprès du Dr T._____. Celui-ci constate un épisode dépressif par la suite avec une 1^{ère} hospitalisation au Centre J._____. du 24.01 au 13.02.12, sans symptomatologie psychotique floride. En revanche, il rapporte que le patient présente une symptomatologie psychotique à bas bruit depuis 2011 au moins. Le patient lui-même reconnaît avoir été profondément affecté et sa perception de lui-même et de son environnement modifiée depuis cet événement.

La première décompensation psychotique floride survient en juillet 2013 avec une hospitalisation du 01.08 au 03.09.13. Les symptômes présentés sont des troubles formels de la pensée avec un discours incohérent, des hallucinations auditives, un délire spirituel. Le patient présente également une thymie abaissée avec idéation suicidaire scénarisée initialement, motivant le diagnostic supplémentaire de trouble dépressif récurrent, épisode sévère durant ce séjour.

L'évolution est favorable sous Risperdal et le patient rentre à domicile le 03.09.13, stabilisé et ne présentant plus de symptômes psychotiques florides notamment.

Rapidement, M. F._____ cesse de prendre son traitement de manière régulière et est réhospitalisé le 17.09.13 (ces 2 hospitalisations ayant été ordonnées par PLAFA médical) pour une décompensation psychotique similaire.

Afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic, nous proposons l'introduction de Risperdal Consta par injections i.m. que le patient accepte. Nous traitons la composante thymique par Ciprexal avec bonne évolution. Enfin, il est présenté au programme TIPP avec un suivi interdisciplinaire mis en place. Le relais psychiatrique est effectué entre le Dr T._____ et le Dr C._____ qui suivra ce patient à l'avenir.

Constat médical

M. F._____ est un patient de 24 ans, faisant son âge, maigre, à la tenue hygiéno-vestimentaire correcte. Il est calme, orienté dans le temps et dans l'espace. Le contact est difficile avec un patient en retrait et avec une légère hypovigilance. Nous notons une agitation psychomotrice avec un patient se montrant perplexe. Son discours est marqué par un relâchement des associations, une incohérence, la présence de barrages et de rires immotivés. M. F._____ présente des troubles du moi avec des hallucinations visuelles et auditives, il entend son père décédé et les voix lui disent que c'est lui qui l'a tué. Le patient présente également une symptomatologie dépressive avec une thymie abaissée et signes de retrait, insomnies, baisse de l'appétit et anhédonie. Le patient parle d'idées suicidaires non scénarisées, mal systématisées.

Pronostic

Le pronostic est stationnaire, voire défavorable, sa maladie évoluant actuellement sur plusieurs années avec déjà au moins deux décompensation aiguës. Nous estimons qu'avec une poursuite du traitement médicamenteux et du suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré qui est instauré, une reprise d'une activité professionnelle à temps partiel et uniquement dans un cadre protégé pourrait être envisageable sur le long terme.

[...]

Question sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

M. F._____ manifeste une symptomatologie négative liée à la schizophrénie paranoïde, à savoir une inadéquation de l'affect, un apragmatisme important, une perplexité, et un ralentissement psychomoteur. Il manifeste également une

méfiance et une interprétativité face à autrui dans les relations interpersonnelles. Par ailleurs, il manifeste une symptomatologie dépressive récurrente, avec une thymie triste, des troubles du sommeil et une incapacité à se projeter dans l'avenir. Il présente aussi un retrait social important.

Comment se manifestent-elles au travail ?

M. F._____ peut manifester des difficultés majeures d'organisation du temps, des tâches à effectuer, avec un ralentissement important. Il présente également des troubles de la compréhension quant aux tâches à effectuer dans un poste de travail donné. Les rapports interpersonnels peuvent s'avérer particulièrement stressants, l'autrui pouvant être vécu comme menaçant et persécuteur.

[...]

Pour le moment, la reprise d'une activité professionnelle n'est pas envisageable. Suivant l'évolution du patient, il est à réévaluer sur le long terme de la possibilité d'une reprise à temps partiel (par exemple 50 % au maximum) dans une activité professionnelle protégée. »

e) Le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au CHUV, a rempli un questionnaire de l'OAI le 9 avril 2014, retenant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de dépression sévère avec symptômes psychotiques, existant depuis janvier 2012. Ce médecin avait traité l'assuré du mois de mars 2012 au mois de juillet 2013. Il constatait en particulier des éléments de persécution et des idées de concernement. Son patient présentait aussi une thymie marquée par une extrême tristesse, un sentiment de désespoir d'allure mélancolique, un sentiment d'inutilité. Il avait constaté aussi l'accès à des propos délirants pendant le suivi jusqu'à l'apparition d'une idéation suicidaire persistante qui avait justifié les hospitalisations suivantes. Le pronostic était plutôt sévère vu la péjoration de l'état dépressif avec symptômes psychotiques qui pouvaient aussi être l'entrée d'une pathologie psychiatrique chronique d'allure schizophrénique. L'incapacité de travail était totale.

G. Dans un rapport du 15 avril 2014 signé des Drs K._____ et R._____, le SMR a considéré que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 27 juillet 2009 dans toute activité en raison des troubles somatiques dans un premier temps, puis des troubles psychiatriques depuis janvier 2012. La schizophrénie paranoïde épisodique rémittente était retenue comme atteinte principale à la santé.

H. La CNA a rendu une décision le 21 mai 2014, puis une décision sur opposition le 28 janvier 2015 accordant à l'assuré une rente d'invalidité de 20 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité du même pourcentage, en raison des séquelles physiques de l'accident. S'agissant de l'atteinte psychique, la CNA en a nié le lien de causalité adéquate avec l'événement en cause, de sorte qu'aucun droit à des prestations n'existait sur ce plan. Le lien de causalité naturelle n'a pas été examiné. Cette décision fait l'objet d'un recours pendant devant la Cour de céans.

I. L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 3 juin 2014 rejetant la demande de prestations. Il admettait que l'assuré présentait une incapacité de travail totale en raison de l'atteinte psychiatrique depuis janvier 2012. Ainsi, l'assuré était incapable de travailler dans toute activité depuis son accident. La survenance de l'invalidité devait être fixée en juillet 2010. A cette date, il ne remplissait pas les conditions générales d'assurance, de sorte que le droit à une rente devait lui être refusé. En raison de l'état de santé, des mesures professionnelles n'entraient par ailleurs pas en ligne de compte.

Le 14 juillet 2014, l'OAI a rendu une décision formelle identique au projet précité.

J. a) F. _____ a recouru contre cette décision le 15 septembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par l'intermédiaire de son mandataire. Il conclut à l'annulation de ladite décision et principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est allouée dès le 1^{er} janvier 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. Il considère pour l'essentiel que soit il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles psychogènes et il revient à l'assureur-accidents de lui allouer une rente entière d'invalidité complétée cas échéant d'une rente du 2^e pilier, soit la décision du 21 mai 2014 de la CNA est fondée et les deux causes d'invalidité doivent être traitées indépendamment l'une de l'autre par

l'intimé. Dans cette dernière hypothèse, les conditions d'assurance étaient remplies au moment de la survenance de l'invalidité sur le plan psychiatrique. Le recourant a produit une liasse de pièces, dont un rapport de l'C._____ du 7 juillet 2014, signé notamment par le Dr C._____, dans lequel il est en particulier expliqué que l'accident avait peut-être joué un rôle de facteur aggravant, voire déclenchant d'une maladie psychiatrique, sans que puisse être établi de lien de causalité linéaire.

Le recourant a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise en vue de confirmer ou infirmer le lien de causalité naturelle avec l'accident du 27 juillet 2009, ainsi que la coordination de la présente procédure avec celle relevant de l'assurance-accidents, cas échéant sa suspension.

Par réponse du 27 octobre 2014, l'intimé a confirmé sa position et proposé le rejet du recours.

Le recourant a déclaré maintenir intégralement sa position par duplique du 21 novembre 2014.

K. Sur réquisition de la juge instructrice, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a produit les extraits de comptes individuels du recourant ainsi que de son épouse.

L. Par décision du 24 septembre 2014, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 septembre 2014, dans le sens d'une exonération d'avance et de frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office de Me Alexandre Bernel.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29

juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA) et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant remplit, concernant l'invalidité liée à l'atteinte psychiatrique, les conditions du droit à une rente ordinaire, plus particulièrement s'il comptait trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité. Il est observé ici que le refus de prestations de l'assurance-

invalidité pour la seule atteinte physique n'est pas litigieux, de telle sorte que cet aspect ne sera pas examiné dans le présent arrêt.

c) Il convient de rappeler à ce stade que la notion de causalité naturelle entre un accident et des atteintes à la santé ultérieures est sans incidence en matière d'assurance-invalidité, si bien que la mise en œuvre d'une expertise comme la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu sur la procédure ouverte devant la Cours de céans à l'encontre de la décision de la CNA du 28 janvier 2015 ne sont pas pertinentes.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

b) Conformément à 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. Lorsque le droit à une rente est en cause, l'invalidité est réputée survenue, en règle générale, dès que l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^e anniversaire (art. 29 al. 1 LAI). En revanche, l'événement assuré n'est pas réputé survenu tant que l'assuré se soumet à des mesures de réadaptation excluant tout droit à une rente. En pareil cas, l'invalidité ouvrant droit à une rente survient seulement après l'application des mesures de réadaptation et au moment de la naissance du droit à la rente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1237 p. 243).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations 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 années de résidence ininterrompue en Suisse (cf. ATF 126 V 5 consid. 1a).

Demeurent toutefois réservées, notamment, les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs. En l'occurrence, la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale avec le Brésil.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 36 al. 1 LAI énonce qu'a droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisation.

Précédemment, soit jusqu'au 31 décembre 2007, l'ancien art. 36 al. 1 LAI portait à un an la durée minimale de cotisation.

Il convient à cet égard de bien distinguer l'art. 6 al. 2 LAI, disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de l'art. 36 al. 1 LAI, disposition qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Il résulte par conséquent de ce qui précède que l'assuré doit en tout état de cause pouvoir se prévaloir de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité s'il entend prétendre à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4).

Aux termes de l'art. 29ter al. 2 LAVS, sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (let. a) et celles pendant lesquelles son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (let. b).

4. a) Il convient dans un premier temps de déterminer à quel moment un cas d'invalidité est survenu. S'agissant du droit à la rente, la survenance de l'invalidité se situe, en vertu de l'art. 28 al. 1 let. b LAI 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.

b) L'intimé retient que le recourant a été incapable travailler sans discontinuer depuis l'accident du 27 juillet 2009, d'abord en raison de l'atteinte somatique, puis en raison de l'atteinte psychique, de telle sorte que l'invalidité est survenue en juillet 2010, soit à l'échéance du délai de carence d'une année.

L'intimé ne peut être suivi dans son raisonnement. En effet, il doit être rappelé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, si un

assuré ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'il se verra dans tous les cas et à tout jamais privé du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Une seule et même cause d'invalidité peut d'autre part entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unicité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et les références ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n° 1235 p. 342).

Ainsi, il n'est pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (TF 9C_884/2011 du 22 décembre 2011 ; 9C_658/2008 du 10 juin 2009 consid. 5).

Le Tribunal fédéral a du reste précisé que la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (TF 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1).

En l'espèce, il ressort sans contestation aucune des rapports des médecins traitants du recourant et du SMR, que des troubles incapacitants sur le plan psychique ont été diagnostiqués pour la première fois en janvier 2012, soit deux ans et demi après l'accident, entraînant alors une hospitalisation. Cette cause d'invalidité, en plus d'être différente par nature de l'atteinte somatique, ne peut être rattachée à l'accident du 27 juillet 2009 par un lien temporel. L'hypothèse évoquée dans le rapport de l'Hôpital A. _____ du 7 juillet 2014 d'une décompensation des

troubles psychiques en raison de l'accident ne permettrait pas pour autant, si elle devait être considérée comme vraisemblable, de retenir que les troubles somatiques et les troubles psychiques sont une seule et même invalidité, dans la mesure où l'atteinte psychique n'est devenue incapacitante qu'en janvier 2012.

Si l'on ne peut reprocher à l'intimé d'avoir attendu d'être en possession de tous les éléments tant sur le plan somatique que sur le plan psychique pour rendre une décision, l'écoulement du temps ne saurait en revanche être préjudiciable au recourant. Plus particulièrement, la superposition des incapacités totales de travail découlant respectivement des atteintes somatique et psychique n'autorise pas à retenir un unique délai de carence lorsque comme en l'espèce, l'existence d'un lien de fait entre les deux atteintes n'est pas avéré et que l'intervalle temporel entre la survenance de l'incapacité physique et la survenance de l'incapacité psychique est de 30 mois.

Au vu de ce qui précède, il doit être admis qu'un nouveau cas d'assurance est survenu en janvier 2012, entraînant le départ d'un nouveau délai de carence échéant en l'occurrence en janvier 2013. C'est donc à cette date que doit être examinée la réalisation des conditions d'assurance prévues aux art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI.

5. De l'extrait du compte individuel du recourant, état au 22 décembre 2014, il ressort que ce dernier a cotisé de juillet 2009 à décembre 2009 en tant que salarié, puis en tant que personne sans activité lucrative depuis janvier 2010 jusqu'à la fin de l'année 2013 à tout le moins. Il en résulte qu'à l'ouverture du droit à une rente en janvier 2013, le recourant avait cotisé les trois ans nécessaires à l'ouverture du droit à la rente ordinaire d'invalidité.

6. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'il est alloué au recourant une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2013. Il

appartiendra à l'intimé de calculer le montant des rentes et des intérêts dus sur les arriérés.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 11 al. 1 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015, RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 11 al. 2 TFJDA ; art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'octroyer d'indemnité au conseil d'office dès lors que le montant des dépens est supérieur à ce à quoi il aurait eu droit selon la liste des opérations produite le 12 janvier 2015.

Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 14 juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et réformée en ce sens que F._____ a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2013.
- III. La cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

V. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel, avocat (pour F. _____),
- 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 :