

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mars 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Gauron-Carlin, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 4 al. 2, 36 al. 1, 37 al. 1, 39 al. 1 et 40 al. 3 LAI ; art. 42 LAVS**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le [...] 1982. Sans formation professionnelle achevée, il effectue de manière irrégulière des remplacements scolaires. Il est au bénéfice du revenu d'insertion depuis 2016.

Le 6 octobre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il y a fait état de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) étant apparus à sa majorité et s'étant aggravés à la fin de l'année 2015.

Par rapport médical du 17 janvier 2021 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré depuis mai 2015, a souligné les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants :

- trouble affectif bipolaire (CIM-10 F31) depuis l'adolescence ;
- trouble du sommeil, hypersomnie de cause non organique (CIM-10 F51.1) ;
- trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) ;
- trouble panique (CIM-10 F41) ;
- trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (CIM-10 F42.0) ;
- phobie sociale (ou anthropophobie ; CIM-10 F40.1).

Ce spécialiste a en outre relevé que la capacité de travail de son patient était nulle depuis 2015. D'un point de vue pronostique, cette dernière était fluctuante et réduite (entre 5 et 10 %), cela surtout en raison du trouble bipolaire, qui était accompagné d'une vulnérabilité majeure au stress compliquée par les troubles comorbides (trouble obsessionnel compulsif, trouble panique et phobie sociale). L'activité de remplaçant scolaire avait par ailleurs pour but de maintenir l'assuré actif, afin de favoriser le contact social et son identité sociale. Il ne s'agissait de la sorte pas d'une performance professionnelle. Enfin, les limitations fonctionnelles consistaient sur le plan psychique en une humeur fluctuante avec des

épisodes dépressifs, une tristesse qui démotivait et démobilisait l'assuré, une perturbation épisodique du sommeil avec une accumulation de fatigue, un épuisement et une diminution du niveau d'énergie. A cela s'ajoutait une anxiété présente sous la forme d'agitation et de tension intérieure, des ruminations anxieuses négatives, une perte du sentiment de sécurité, un état de survigilance avec une fatigue psychologique et un épuisement des fonctions cognitives. Les restrictions résidaient sur le plan cognitif dans une fatigue mentale avec des difficultés au niveau de l'attention, de la planification et de l'organisation, de l'inhibition, de la flexibilité mentale, de la vitesse de traitement de l'information, de la spontanéité ainsi que dans la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, qui se manifestait par une indécision ou par des hésitations. Sur le plan comportemental, les limitations se déclaraient par le bais de comportements défensifs, d'évitement, de repli sur soi, de fuite ou, au contraire, d'agressivité avec une irritabilité de même que de comportements compulsifs de vérification ou de rituels.

A nouveau interrogé par l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ a précisé, dans un rapport médical du 17 octobre 2021, que seuls les diagnostics de trouble affectif bipolaire (CIM-10 F31), de trouble du sommeil, hypersomnie de cause non organique (CIM-10 F51.1), de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (CIM-10 F42.0) avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'évolution de l'assuré était au demeurant stationnaire.

Par avis médical du 4 novembre 2021, la Dre V. \_\_\_\_\_, médecin au service médical régional (ci-après : le SMR), a expliqué avoir pris connaissance des deux rapports médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ susmentionnés. Ayant toutefois besoin d'obtenir quelques renseignements complémentaires de sa part, elle allait lui envoyer un courrier contenant des questions ciblées.

Répondant au courrier de la Dre V. \_\_\_\_\_ précité, le Dr C. \_\_\_\_\_ a en substance exposé, dans un rapport médical du 19

janvier 2022, que le status psychiatrique récent de l'assuré était constitué d'une humeur caractéristique au trouble bipolaire, l'évolution confirmant ce diagnostic. Grâce au traitement, son patient traversait des périodes de stabilité. Ces dernières étaient cependant parasitées par les troubles obsessionnels compulsifs, déclenchés par différents événements ou situations, qui suscitaient des crises d'anxiété et une certaine instabilité thymique. Le psychiatre traitant a de surcroît signalé que les répercussions des atteintes à la santé dans les domaines courants de la vie (ménage, cuisine, etc.) étaient principalement dues aux fluctuations de l'humeur, qui empêchaient la planification et l'engagement professionnel. Les troubles obsessionnels compulsifs entravaient également les activités sociales. L'état de santé de l'assuré n'était pas compatible pour l'instant avec des mesures de réadaptation et de réinsertion, en raison de sa capacité de travail fluctuante et réduite (à seulement 5 %).

Par nouvel avis médical du 7 mars 2022, la Dre V. \_\_\_\_\_ du SMR a conclu que l'assuré souffrait d'une atteinte à la santé psychique depuis le début de l'âge adulte, qui ne lui avait pas permis d'obtenir son diplôme ni de s'insérer durablement dans le monde du travail. Les différents rapports médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ étaient précis, détaillés, complets et convaincants, de sorte qu'une capacité de travail très réduite (de l'ordre de 5 à 10 %) dès sa majorité devait être attestée.

Par décisions des 13 et 23 juin 2022, confirmant un projet de décision du 13 avril 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente extraordinaire d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2021, d'un montant mensuel de 1'593 fr., au motif que l'atteinte à la santé existait depuis l'enfance.

**B.** Le 5 juillet 2022, F. \_\_\_\_\_ a déféré la décision du 13 juin 2022 précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme, en ce sens que les cotisations qu'il avait versées depuis sa majorité soient comptabilisées et que, partant, le montant de sa rente – trop bas selon lui – soit recalculé.

Par réponse du 15 septembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a à ce titre rappelé que les renseignements obtenus lors de l'instruction avaient mis en évidence une capacité de travail et de gain fortement réduite dès le début de l'âge adulte. L'invalidité était donc apparue au début du mois qui avait suivi l'accomplissement de la 18<sup>e</sup> année du recourant (cf. art. 29 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), à savoir en janvier 2001. Il s'est pour le surplus référé aux explications que la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse) lui avait transmises en date du 13 septembre 2022, selon lesquelles l'assuré n'avait pas cotisé au moins trois ans au moment de la survenance de son invalidité, de sorte que c'était bien le droit à une rente extraordinaire qui devait lui être reconnu (cf. art. 36 al. 1 et 40 al. 3 LAI).

Le 15 novembre 2022, la Juge instructrice a invité l'intimé à demander à la Caisse de procéder au calcul du montant de la rente que toucherait le recourant dans l'hypothèse où il percevait une rente ordinaire à la place d'une rente extraordinaire, précisant par courrier du 21 décembre 2022 que le moment de la survenance de l'invalidité à prendre en compte était le mois de mai 2015.

Le 18 janvier 2023, l'intimé a envoyé à la Juge instructrice le résultat de la simulation de calcul réalisée par la Caisse, qui fixait le montant de la rente ordinaire à 1'350 fr., respectivement à 1'384 fr. dès 2023.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office

concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le montant de la rente allouée au recourant par l'intimé.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 138 V 176 consid. 7.1). En l'espèce, les faits déterminants de la présente cause se sont tous déroulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle, ce qui n'est en outre pas contesté. Il s'agit en particulier du début de l'invalidité et de l'ouverture du droit à la rente. Ainsi, il convient de se référer, dans cet arrêt, aux dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**3. 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.

**aa)** 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 arrêts cités).

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).

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 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**bb)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est subordonné à une durée minimale de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Ces trois années impliquent en principe des cotisations en Suisse, respectivement une affiliation à l'AI suisse (ATF 119 V 98 consid. 3 *in fine*).

Le montant des rentes ordinaire d'invalidité correspond au montant des rentes de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 37 al. 1 LAI).

**cc)** Les assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui, lors de la survenance du cas d'assurance, ne présentent pas encore la durée de cotisation requise de trois ans pour le droit à une rente ordinaire ont, le cas échéant, droit à une rente extraordinaire s'ils ont été assujettis sans interruption à l'assurance au plus tard depuis le 1<sup>er</sup> janvier qui suit leur 20<sup>e</sup> anniversaire (date qui correspond au début de l'obligation générale de cotiser ; art. 39 LAI et 42 LAVS ; cf. également : circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], ch. 2104).

En vertu de l'art. 40 al. 3 LAI, les rentes extraordinaires octroyées aux personnes devenues invalides avant le 1<sup>er</sup> décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont atteint vingt ans révolus, s'élèvent à 133<sup>1/3</sup> % du montant minimum de la rente ordinaire complète qui leur correspond.

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé, considérant que le recourant était déjà invalide à sa majorité des suites d'un trouble affectif bipolaire, lui a reconnu le droit à une rente extraordinaire au lieu et place d'une rente ordinaire, étant donné que la condition portant sur la durée minimale de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité n'était selon lui pas remplie (cf. *supra* consid. 3a/bb). Il n'a donc pas tenu compte de ses années de cotisations dans le calcul de la rente d'invalidité. Pour fonder sa décision, l'intimé s'est rapporté à l'avis médical du 7 mars 2022

de la Dre V. \_\_\_\_\_ du SMR, qui a estimé que le recourant souffrait d'une atteinte à la santé d'ordre psychique depuis le début de l'âge adulte et que cette dernière ne lui permettait de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle que de manière très réduite (de l'ordre de 5 à 10 %), cela tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Cet avis s'est, lui, référé expressément à l'opinion du Dr C. \_\_\_\_\_, qui a notamment retenu, dans son rapport médical du 17 janvier 2021, que le diagnostic de trouble affectif bipolaire était présent depuis l'adolescence.

Aussi, dans son premier rapport médical, ce spécialiste a exposé de façon claire et complète les éléments lui ayant permis de poser ce diagnostic à compter de cette période de la vie du recourant, spécifiquement le fait que les épisodes de déprime intervenaient sur un mode cyclique et saisonnier, avec une idéation suicidaire, déjà à cette époque. Il y a en outre expliqué pourquoi la capacité de travail de son patient a été fortement réduite en raison de cette pathologie et des autres troubles comorbides (trouble obsessionnel compulsif, trouble panique et phobie sociale notamment) et a listé précisément les limitations fonctionnelles sur le plan psychique, cognitif et comportementales. Il suit de surcroît l'assuré depuis 2015, de sorte qu'il a pu dans l'intervalle se faire une idée claire et complète de l'évolution de son état de santé. Partant, il s'avère que la Dre V. \_\_\_\_\_ était fondée à reprendre, dans son avis médical du 7 mars 2022, les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, dans la mesure où ces dernières doivent se voir accorder une pleine valeur probante. Aucune pièce au dossier – qui d'ailleurs se résume, sur le plan médical, presque exclusivement aux positions de ces deux médecins – ne laissent au demeurant entendre que le trouble bipolaire invalidant serait apparu après que le recourant a atteint l'âge adulte. Notons encore que même si l'assuré a pu travailler durant ces vingt dernières années, cela surtout dans l'enseignement, l'irrégularité de ses emplois et les difficultés auxquelles il a été confronté dans ce cadre tend à confirmer l'existence d'une importante incapacité de travail pendant tout ce temps.

Dès lors, au vu de ce qui précède, il ne peut être reproché à l'intimé d'avoir constaté que l'invalidité du recourant était déjà présente à

sa majorité. Cette autorité était alors légitimée à lui reconnaître le droit une rente extraordinaire à la place d'une rente ordinaire, en l'absence des années de cotisations requises lors de la survenance de l'invalidité.

**b)** Le recourant conteste par ailleurs le montant de la rente extraordinaire, fixé par l'intimé à 1'593 fr., qu'il considère comme trop bas. Or, celui-ci correspond au montant minimum de la rente ordinaire complète en 2021 (à savoir l'année où le droit à la rente a été accordé), soit 1'195 fr. (cf. échelle 44 de la Table des rentes AVS/AI 2021, éditée par l'Office fédérale des assurances sociales [OFAS]), qui a été majoré d'un tiers, conformément à l'art. 40 al. 3 LAI (cf. *supra* consid. 3a/cc). Le calcul de la rente extraordinaire du recourant, réalisé dans le respect des exigences posées par cette disposition, ne prête de ce fait pas le flanc à la critique et se doit d'être confirmé. Comme déjà relevé, ce calcul ne tient pas compte des cotisations versées.

**c)** Enfin, par surabondance de moyen, même si l'on devait retenir que le recourant ne présentait une incapacité de travail que depuis le mois de mai 2015 - ainsi que cela ressort des rapports médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ des 17 janvier et 17 octobre 2021 - et qu'en conséquence, son invalidité était survenue après avoir atteint l'âge adulte, le montant de la rente ordinaire - calculé par la Caisse à la demande de la Juge instructrice, en tenant compte des années de cotisations - ne s'élèverait dans cette hypothèse qu'à 1'350 fr., respectivement à 1'384 fr. dès 2023. Ce montant se révèle de la sorte inférieur à celui de la rente extraordinaire de 1'593 fr. accordée par l'intimé, si bien que l'assuré n'a aucun intérêt au versement d'une rente ordinaire arrêtée sur la base de ses années de cotisations. A cet égard, le montant assez bas de cette rente ordinaire hypothétique trouve son explication dans le fait que, comme l'atteste l'extrait de son compte individuel, l'assuré a travaillé de manière irrégulière depuis les années 2000 et que les revenus réalisés durant cette période étaient peu élevés en moyenne.

**d)** Ainsi, au regard des précédentes considérations, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente

extraordinaire de 1'593 fr. dès le 1<sup>er</sup> avril 2021. A toutes fins utiles, il sied toutefois de rappeler à l'assuré qu'il est en droit de soumettre une demande de prestations complémentaires (PC) auprès de l'autorité compétente, qui examinera le cas échéant s'il remplit les conditions d'octroi.

**5. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 13 juin 2022 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 juin 2022 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de F.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- F. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :