

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Durussel, juge, et Mme Saïd, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI ; 14 al. 2bis et 16 al. 1 LAVS

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire d'Erythrée, est arrivée en Suisse le [...] mai 2011.

Dans les jours ou semaines qui ont suivi son arrivée, B._____ a perdu un enfant *in utero*. Elle a été suivie depuis le 24 août 2011, en raison d'une dépression, par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

L'assurée est titulaire d'un permis « F » pour étrangers admis provisoirement en Suisse délivré le [...] juillet 2013. Depuis lors, elle est soutenue par l'EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants).

Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 septembre 2015, en alléguant souffrir d'une dépression.

Selon les extraits (des 30 septembre 2015 et 17 juillet 2019) de son compte individuel (CI) AVS, l'assurée a réalisé des activités lucratives (cuisinière et femme de ménage) soumises à cotisations pour la période de juillet à décembre 2014.

Dans un rapport du 19 décembre 2015 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr A._____ a attesté qu'en raison de son état de santé psychique défailant l'assurée avait présenté les incapacités de travail suivantes :

- 100 %, du 1^{er} août 2011 au 31 juillet 2013 ;
- 50 %, du 1^{er} août 2013 au 31 décembre 2014 ;
- 100 % depuis le 1^{er} janvier 2015.

Aux termes d'un avis du 20 octobre 2016, le Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, par la voix du Dr L._____, a estimé que le vécu et le contexte psycho-social défavorable de l'assurée

étaient vraisemblablement à la base d'un état psychique décompensé à l'occasion du décès de son enfant peu de temps après son arrivée en Suisse dans des conditions dramatiques. Estimant que le début de la longue maladie pouvait raisonnablement être daté au 21 mai 2011, dans le contexte d'une situation pas stabilisée sur le plan médical en fin d'année 2015, ce médecin a suggéré à l'OAI de clarifier l'évolution de la situation clinique et lui a suggéré d'envoyer des questionnaires aux médecins traitants de l'assurée.

Par rapport du 2 février 2017, relatif à une consultation du jour précédent, les Drs T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et F._____, médecin-assistante, du Centre du [...] à [...], ont posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), d'état de stress post traumatique (F41.6), de modification durable de la personnalité (F62.0) ainsi que de lupus érythémateux disséminé. Ces médecins mentionnaient une hospitalisation à la Fondation de [...] du 7 au 22 décembre 2017 (recte : 2016). Ils ont précisé que le diagnostic n'était pas encore tout à fait clarifié et qu'il pouvait s'agir d'un trouble schizo-affectif de type dépressif, mais que le pronostic demeurait réservé au vu de la symptomatologie dépressive sévère.

Par projet puis par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a refusé l'octroi de ses prestations à l'assurée en raison d'un défaut de collaboration de sa part.

Par acte du 24 octobre 2017, l'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le 26 septembre 2018, la cour de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 25 septembre 2017 et renvoyé la cause à cet Office pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision (CASSO AI 339/17 - 285/2018).

b) Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'expertises D._____

SA, à [...]. Les Drs N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, Z._____, spécialiste en rhumatologie, et E._____, spécialiste en médecine interne générale, ont établi leur rapport le 31 mai 2019.

Sur la base de leurs examens cliniques des 4 et 8 août 2019 en présence d'un interprète, l'étude du dossier médical mis à leur disposition ainsi que leurs investigations complémentaires (analyses sanguines), ces experts ont posé les diagnostics de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), discopathie dégénérative cervicale et modérée C5-C6 et C6-C7 (M51.3), discopathie dégénérative lombaire et modérée L5-S1 (M51.9), douleur diffuse sans support anatomique et obésité morbide. Ils ont constaté une incapacité de travail totale de l'expertisée dans toute activité depuis 2015. Les limitations fonctionnelles retenues étaient, sur le plan psychique : diminution de la capacité d'adaptation à des règles de routine, diminution de la capacité à planifier et à structurer des tâches, aucune flexibilité ni capacité de changement, aucune capacité à mobiliser ses compétences et connaissances, aucune aptitude à prendre des décisions (malgré une capacité de discernement intacte), des initiatives et avoir des activités spontanées, aucune capacité de résistance et d'endurance ni à pouvoir s'affirmer, difficultés à vivre en groupe en raison des peurs et difficultés à établir des liens (malgré la possibilité d'avoir une conversation), incapacité à prendre soin d'elle-même et subvenir à ses propres besoins (deux visites du CMS quotidiennes), capacité de déplacement très restreinte. Sur le plan physique, les limitations étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à quinze kilos, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, tabouret) et éviter les escaliers à répétition. Les experts ont expliqué que l'incapacité de travail résultait notamment des restrictions fonctionnelles du trouble schizo-affectif affectant l'expertisée, que l'obésité morbide provoquait une baisse de rendement de 15 % sur un 100 %, et que l'expertisée avait complètement récupéré d'une chirurgie du genou gauche de 2018. Des mesures médicales et thérapies susceptibles

d'améliorer la capacité de travail étaient exigibles, à savoir une prise en charge de l'obésité grade III et de la physiothérapie.

Faisant siennes les constatations de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, le médecin-conseil de l'OAI a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). Il a estimé que les discopathies cervicales et lombaires dégénératives modérées, ainsi que la diminution de rendement de 15 % résultant de l'obésité morbide n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Indiquant que « le volet psychiatrique l'emporte sur les autres [pathologies] sur le plan de l'incapacité », il a évalué la capacité de travail de l'assurée comme étant nulle, en toute activité, depuis le mois de mai 2015 (selon l'expertise, l'assurée avait été hospitalisée le 19 mai 2015 à la Fondation de P._____). Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « diminution de la capacité d'adaptation, des capacités de planifier et structurer, perte de la spontanéité des activités, de l'endurance, pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kilos et de port de plus de 15 kilos, pas de travail en hauteur, accroupi ou à genoux, pas de port en porte-à-faux au buste ». Aucune réadaptation professionnelle n'était possible actuellement, mais l'affection psychique de l'assurée était susceptible d'évoluer favorablement et guérir de sorte qu'une révision de la situation était proposée dans les deux ans (rapport du 8 juillet 2019 du Dr W._____, du SMR).

Par courrier-réponse du 27 janvier 2020, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, domaine cotisations et allocations, a informé l'OAI de l'affiliation rétroactive de l'assurée en tant que personne sans activité lucrative dès le 1^{er} janvier 2015.

Après avoir soumis le cas à son service juridique, l'OAI a, par projet puis par décision du 26 mai 2020, refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. Par ailleurs aucune mesure d'ordre professionnel ne pouvait être accordée en raison de l'état de santé de l'intéressée.

B. Par acte du 24 juin 2020, B._____ a déféré la décision de refus de prestations précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction puis nouvelle décision sur son droit aux prestations. Elle a produit à cet égard un échange de courriers électroniques des 1^{er}, 3, 14 et 28 avril 2020 entre le responsable du pôle assurances sociales auprès de l'EVAM et l'adjointe du chef du service des cotisations personnelles à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS. Il ressort de ce document l'impossibilité, pour la caisse de compensation AVS, de procéder à l'affiliation rétroactive de l'assurée en tant que personne sans activité lucrative pour les années 2011 à 2013, la prescription quinquennale s'opposant à l'exigibilité des cotisations pour cette période.

Dans sa réponse du 15 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 18 septembre 2020, le juge instructeur a communiqué cette dernière écriture à la recourante en l'informant de la possibilité de consulter le dossier au greffe du tribunal.

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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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. La recourante soutient que le droit à des mesures d'ordre professionnel lui est « théoriquement ouvert ». Au vu de l'incapacité de travail constatée par l'expertise D._____, de telles mesures n'entrent toutefois pas en considération. Sur ce point, le recours est donc mal fondé.

3. La recourante conclut également à l'octroi d'une rente.

4. 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 première phrase LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) 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.

5. a) Aux termes de l'art. 14 al. 2bis LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.0), les cotisations des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour n'exerçant pas d'activité lucrative ne peuvent être fixées et, sous réserve de l'art. 16, al. 1, versées que lorsqu'ils ont obtenu le statut de réfugié (let. a), lorsqu'ils ont obtenu une autorisation de séjour (let. b), ou lorsque, en raison de leur âge, de leur invalidité ou de leur décès, il naît un droit aux prestations prévues par la présente loi ou par la LAI (let. c).

b) Les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par voie de décision dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées ni versées (art. 16 al. 1 première phrase LAVS).

6. 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 sa 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).

7. La recourante soutient avoir droit à la rente en alléguant justifier trois ans de cotisations « à la survenance de [son] invalidité » ; selon l'échange de courriers électroniques entre l'EVAM et la caisse de compensation AVS qu'elle a produit à l'appui de son acte de recours, elle prétend, en sus des cotisations remplies depuis 2014, avoir adressé une demande d'affiliation à son nom en 2016 à la caisse AVS sans que la prescription quinquennale « ne [puisse] être soulevée en raison du principe de la bonne foi applicable dans le cas d'espèce ».

8. Affectée d'un trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), l'assurée présente une incapacité de travail totale depuis le mois de mai 2015 au moins, selon le rapport d'expertise du D._____. En réalité, bien que les experts ne se déterminent pas expressément sur ce point, il faut admettre qu'elle a présenté une incapacité de travail de 100 % dans le courant de l'année 2011 (interruption de grossesse, par césarienne le 21 mai 2011 à l'Hôpital d' [...] pour non-progression de la dilatation pour mort *in utero* avant sept semaines de grossesse), puis de 50 % au moins sur la base du rapport du 19 décembre 2015 du Dr A._____. Rien au dossier ne justifie de s'écarter de ce constat d'une incapacité de travail partielle importante susceptible de justifier l'octroi d'une rente d'invalidité partielle dès 2012 déjà si une demande avait été déposée à l'époque et si les conditions de cotisation avaient été remplies. La survenance de l'invalidité au sens de l'art. 4 al. 2 LAI remonte donc à l'année 2012 déjà. Or, à cette époque, la recourante ne remplissait à l'évidence pas la condition des trois ans de cotisation, au sens de l'art. 36 al. 1 LAI, puisqu'elle est arrivée en Suisse en 2011.

Par ailleurs, même si l'on admettait que la survenance de l'invalidité remonte au mois de mai 2016, en raison d'une incapacité de travail totale ayant pris naissance en mai 2015, comme l'a admis l'intimé, la recourante ne peut pas se prévaloir des trois ans de cotisation exigés par l'art. 36 al. 1 LAI. Elle peut se prévaloir de cotisations en raison d'une activité lucrative pour les mois de juillet à décembre 2014. Pour le surplus, elle a été admise en Suisse à titre provisoire en juillet 2013. Même en admettant, par hypothèse, que cette admission constituait une

autorisation de séjour au sens de l'art. 14 al. 2bis LAVS (le ch. 2172 des Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des personnes sans activité lucrative dans l'AVS, AI et APG [DIN] de l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), valables dès le 1^{er} janvier 2008, fait plutôt référence à un permis B), qui aurait fondé une obligation de cotiser, ce qui paraît douteux, la recourante n'aurait pas pu cotiser pendant trois ans au moins avant la survenance d'une invalidité en mai 2016. Quoi qu'il en soit, des cotisations n'ont pas été fixées ni prélevées dès cette date et ne peuvent plus l'être à ce jour, en raison de la prescription quinquennale prévue par l'art. 16 al. 1 LAVS. C'est donc en vain que la recourante invoque avoir entrepris des démarches en vue de rattraper le paiement de ses cotisations AVS/AI.

La recourante n'a donc également pas droit à la rente ordinaire d'invalidité.

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En l'espèce, il est renoncé à la perception de frais de justice (art. 50 LPA-VD, par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 26 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

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 (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 :