

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 2 et 28 al. 1 LAI ; 29^{ter} RAI

E n f a i t :

A. Ressortissant angolais, né en 1970, X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est entré en Suisse le 2 février 1998. Il est titulaire depuis le 8 décembre 2014 d'un permis B (autorisation de séjour). Sans formation professionnelle, il a œuvré, entre 2004 et 2012, pour le compte de différents employeurs, en particulier des entreprises de travail temporaire, en exerçant des activités dans le domaine du nettoyage notamment.

Souffrant de troubles psychiques, l'assuré a déposé, le 19 mars 2015, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré.

Dans un rapport médical du 16 juin 2015, les Drs N._____, Q._____ et J._____, respectivement chefs de clinique et médecin assistant auprès de la Consultation de psychiatrie de liaison de la Policlinique T._____, ont posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état de stress post-traumatique et de schizophrénie indifférenciée existant tous deux depuis 2005. Ils ont indiqué se charger du suivi de l'assuré depuis le mois de novembre 2014, ajoutant que leur patient avait été hospitalisé à M._____ à trois reprises entre 2006 et 2012. S'agissant de la capacité de travail, les médecins prénommés ont considéré qu'elle était nulle à compter de décembre 2014.

Le 14 mars 2016, les Drs K._____ et E._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au Département de psychiatrie de l'Hôpital G._____ (site de M._____), psychiatres-traitants de l'assuré depuis le mois de juin 2015, ont posé les diagnostics incapacitants suivants : schizophrénie indifférenciée existant depuis 2009 environ, état de stress post-traumatique mis en évidence en 2006 ainsi que troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de

cannabis (utilisation nocive pour la santé) également mis en évidence en 2006. Ces spécialistes ont relevé dans l'anamnèse que le premier contact de l'assuré avec la psychiatrie avait eu lieu en juillet 2006, à la suite d'idées auto-agressives et d'alcoolisations épisodiques ; la symptomatologie présentée par leur patient, incluant des symptômes positifs et négatifs, ainsi que son évolution chronique, avait permis de conclure à l'existence d'une schizophrénie indifférenciée, trouble apparu alors que l'intéressé se trouvait déjà en Suisse. Ils ont relevé qu'après avoir exercé divers emplois temporaires, l'assuré était sans travail depuis l'automne 2014. Aucune activité professionnelle ne leur semblait possible, au vu de la sévérité des symptômes.

Analysant les rapports médicaux au dossier, le Dr P._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a conclu à l'existence d'une atteinte psychiatrique durablement incapacitante pour toute activité depuis le mois de décembre 2014 (avis du 7 juin 2016).

A la demande du SMR, le Département de psychiatrie de l'Hôpital G._____ lui a fait parvenir, le 9 août 2016, les compte-rendus des trois hospitalisations de X._____ à M._____, datés des 8 août 2006, 29 janvier 2010 et 29 janvier 2013.

Interpellé par le SMR, le Dr Q._____ a confirmé, par courrier du 29 septembre 2016, que l'incapacité de travail présentée par l'assuré était totale depuis le mois de décembre 2014. Il a ajouté qu'il n'était pas en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressé pour la période antérieure.

Dans un avis médical du 23 janvier 2017, le Dr P._____ a conclu que l'atteinte à la santé psychiatrique présentée par l'assuré était présente avant son entrée en Suisse en 1998, qu'elle s'était aggravée en 2006 en raison d'une décompensation consécutive à une alcoolisation massive et à une toxicomanie dans le contexte d'une séparation conjugale, avant de devenir totalement incapacitante dès le début 2014.

Auparavant, le taux d'incapacité de travail était de 40 à 50%, compte tenu de l'exercice effectif d'une activité professionnelle déclarée entre 60 et 50%.

Par projet de décision du 30 mars 2017, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Dans la mesure où il présentait une incapacité de travail supérieure à 40% lors de son entrée en Suisse, il ne comptait pas au moins une année de cotisations au moment de la survenance de son invalidité.

Représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 30 mai 2017. En premier lieu, il a fait remarquer que l'existence d'une atteinte à la santé n'impliquait pas nécessairement une incapacité de travail. Il a ainsi relevé qu'il n'existait aucun rapport médical avant celui du 8 août 2006 consécutif à sa première hospitalisation à M. _____ au mois de juillet précédent attestant d'une telle incapacité, de sorte que s'il avait été entravé dans ses activités professionnelles avant 2006, le dossier devrait contenir des documents constatant une telle incapacité. En second lieu, l'assuré a considéré qu'il était pour le moins téméraire de déduire que son incapacité de travail était de 40% au moins du seul fait qu'il exerçait une activité professionnelle oscillant entre 50 et 60%. Il convenait en effet de garder à l'esprit qu'il n'avait jamais déclaré vouloir travailler à 100% et encore moins pour la période antérieure à 2006.

Le 30 juin 2017, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet du 30 mars précédent. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 31 août 2017, X. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, à tout le moins, d'une demi-rente à compter du 1^{er} septembre 2015. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi

de la cause à l'office AI afin qu'il complète l'instruction puis rende une nouvelle décision.

Se fondant sur le rapport dressé le 14 mars 2016 par les médecins du Département de psychiatrie de l'Hôpital G._____, l'assuré a relevé qu'ils avaient fait remonter l'apparition de la schizophrénie indifférenciée aux environs de l'année 2009. Or, à cette date, il comptait déjà trois années de cotisations. S'agissant du diagnostic de stress post-traumatique, il a souligné que les symptômes de cette affection étaient susceptibles d'apparaître de nombreuses années après le traumatisme subi, si bien qu'il n'existait aucune raison de faire remonter lesdits symptômes avant son entrée en Suisse. De plus, ayant été recruté comme enfant-soldat contre son gré, il avait consommé des substances entraînant une dépendance depuis son jeune âge. Il était en effet de notoriété publique que ces enfants étaient systématiquement drogués pour les rendre insensibles au danger. Dès lors, on ne pouvait déduire que le stress post-traumatique datait de cette époque et que la consommation de produits conduisant à une toxico-dépendance en était la conséquence. Enfin, si une incapacité de travail devait être établie pour la période antérieure à son entrée en Suisse, elle devait découler de troubles psychiatriques et non pas de la consommation de substances psychotropes. Pour finir, l'assuré a reproché à l'office AI de ne pas avoir instruit la question de savoir à quel taux il aurait travaillé s'il avait été en bonne santé.

b) Dans sa réponse du 2 octobre 2017, l'office AI a indiqué que le dossier médical constitué dès 2006 et le parcours professionnel de l'assuré démontraient que les atteintes à la santé de ce dernier étaient invalidantes avant son entrée en Suisse ou en tout cas déjà lors de la prise de sa première activité professionnelle en 2004. Il a en conséquence proposé le rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 11 octobre 2017, l'assuré a souligné qu'en déduisant des périodes d'inactivité et des bas revenus perçus une incapacité de travailler pour des raisons médicales, l'office AI faisait

abstraction des difficultés rencontrées par les personnes étrangères et sans formation sur le marché suisse de l'emploi. Des périodes - fussent-elles longues - d'inactivités ne pouvaient donc pas constituer une preuve quant à une hypothétique incapacité de travail pour des raisons médicales. Il a confirmé pour le surplus ses conclusions.

d) Par pli du 23 octobre 2017, X. _____ a produit une copie du contrat conclu le 31 mai 2012 avec la société D. _____ SA. Sa durée - limitée à quelques mois - ainsi que le montant de la rétribution corroboraient les allégations avancées dans son écriture du 11 octobre précédent.

e) Le 24 octobre 2017, l'office AI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

f) A l'appui de ses ultimes déterminations du 25 octobre 2017, X. _____ a produit une copie de son inscription à l'assurance-chômage le 26 février 2010, dont il ressortait qu'il recherchait un emploi à 100% et qu'il avait été reconnu apte au placement. Réaffirmant que la pose d'un diagnostic n'impliquait pas nécessairement l'existence d'une incapacité de travail, l'assuré a relevé que si une telle incapacité devait néanmoins être reconnue lors de son entrée en Suisse, il convenait encore d'examiner - ce que n'avait pas fait l'office AI - si cette incapacité résultait d'une pathologie psychiatrique ou de la consommation de substances psychotropes. Aucune incapacité de travail au sens de la loi ne pourrait alors lui être reprochée puisque cette dernière éventualité ne relevait pas d'un cas d'assurance.

g) Le 31 octobre 2017, l'office AI a fait savoir que les arguments développés par l'assuré n'étaient pas de nature à remettre en question sa position, de sorte qu'il confirmait derechef ses conclusions.

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 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) 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 ss 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 let. b LPGA) et dans le respect des conditions de forme 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. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le point de savoir si le recourant présentait un nombre d'années suffisant de cotisations au moment de la survenance de son invalidité.

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 al. 1 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).

b) 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 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a et les références). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente d'invalidité présuppose notamment que l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Selon l'art. 29^{ter} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

c) 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 toutefois pas conclu de convention de sécurité sociale avec l'Angola.

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 fixait à un an la durée minimale de cotisations.

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 une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4).

4. En l'espèce, le recourant présente deux atteintes distinctes à la santé psychique – une schizophrénie et un état de stress post-traumatique (cf. avis médical du SMR du 7 juin 2016) – qui ont pour particularité d'avoir des symptômes variables et fluctuants. Or, il ressort du compte individuel du recourant qu'il a été en mesure d'exercer à plusieurs reprises une activité lucrative entre 2004 et 2012. En l'absence de tout indice qui laisserait à penser que le recourant n'était pas en mesure d'exploiter pleinement sa capacité de travail au cours de ces périodes, il convient de constater qu'une éventuelle incapacité de travail a été interrompue à plusieurs reprises entre 2004 et 2012. Force est de constater que rien n'indique que l'invalidité est survenue avant que le recourant ne commence à cotiser, voire même avant son arrivée en

Suisse. Il y a lieu au contraire de retenir que l'invalidité est survenue bien plus tard, soit à un moment où le recourant présentait un nombre d'années suffisant de cotisations.

Le point de vue de l'office AI, selon lequel le recourant avait toujours présenté une incapacité de travail de 40% au moins, repose sur de simples suppositions qui ne sont aucunement corroborées par des éléments de preuve objectifs. En particulier, le dossier tel que constitué ne contient aucun élément médical qui attesterait clairement et objectivement d'une incapacité de travail existant depuis une période antérieure au moment où le recourant a commencé à cotiser. S'il n'est pas contestable que le recourant a été hospitalisé pour des motifs psychiatriques en 2006, 2009 et 2012 et qu'il est fait état d'une symptomatologie psychiatrique (état de stress post-traumatique) à compter de 2006, on ne saurait néanmoins en tirer des conclusions quant à l'évolution précise des troubles psychiques du recourant au fil des années. De même, en tant qu'il voit le parcours professionnel chaotique du recourant comme étant le symptôme indubitable de ses troubles psychiques, l'office intimé ne saurait être suivi. Les raisons précises expliquant la brièveté des mandats et les longues périodes d'inactivité ne sont pas connues et ne sauraient résulter nécessairement d'éventuels troubles psychiques, tant il existe d'autres facteurs - notamment socioculturels, éducatifs ou linguistiques - qui peuvent entrer en ligne de compte. Rien au dossier ne permet par ailleurs d'étayer le fait que ce serait les effets d'une atteinte à la santé psychique qui auraient systématiquement entraîné la fin des rapports de travail ou les difficultés à retrouver un emploi. Le parcours professionnel du recourant démontre au contraire qu'il était en mesure d'exercer une activité lucrative, l'assurance-chômage l'ayant d'ailleurs reconnu apte au placement en 2010.

On précisera pour finir qu'il n'y a pas lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires. A l'évidence, il serait vain d'ordonner une expertise psychiatrique, compte tenu de la notoire difficulté à apprécier rétrospectivement un état psychique et son

évolution. Le recourant n'ayant pas fait l'objet d'un suivi spécialisé au long cours avant 2009 (cf. rapport de la Policlinique T. _____ du 16 juin 2015), il n'y a pas lieu d'attendre qu'un expert soit en mesure de disposer de données anamnestiques en suffisance pour pouvoir fonder une appréciation étayée de l'évolution de la pathologie.

5. a) Bien fondé, le recours doit être admis. La décision rendue le 30 juin 2017 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il examine les autres conditions du droit de X. _____ aux prestations de l'assurance-invalidité.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, le recourant a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

**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 30 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il statue sur le droit de X. _____ aux prestations de l'assurance-invalidité puis rende une nouvelle décision.

III. 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.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap (pour X. _____),
- 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).

Le greffier :