

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à **J.**_____, recourante, représentée par Me Christian Bacon,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 4 al. 2, 6, 9 al. 3, 36 al. 1 et 39 al. 3 LAI ; 29ter LAVS ; 50ss
RAVS**

E n f a i t :

A. Ressortissante brésilienne, née en 1985, N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), vit en Suisse depuis le 19 décembre 2013 au bénéfice d'un permis de séjour B. Mariée depuis le 22 juin 2015 et mère d'un fils né d'un premier lit, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse.

Souffrant plus particulièrement de troubles psychiques, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 12 février 2016. Elle a indiqué avoir été femme au foyer depuis 2013 et s'être établie en Suisse le 19 décembre 2013.

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 recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 19 juin 2016, il a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble schizo-affectif de type dépressif existant depuis le 2 juin 2015. Le Dr Z._____ a expliqué qu'il se chargeait du suivi de l'assurée depuis le 3 juillet 2015 et que l'incapacité de travail était totale depuis le 4 juillet 2015. Compte tenu de la nature chronique et invalidante du trouble psychique présenté par sa patiente, aucune activité professionnelle n'était exigible.

En réponse aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr Z._____ a indiqué en date du 18 octobre 2017 que, en ce qui concerne la symptomatologie liée à la psychopathologie de l'assurée, l'évolution était globalement stationnaire. Si elle faisait preuve d'une bonne adhésion au traitement, sa capacité de travail demeurerait toutefois nulle en toute activité depuis l'arrêt de travail établi le 4 juillet 2015. Aucune activité professionnelle n'était exigible en raison de la fragilité globale trop importante de l'intéressée.

Après avoir pris connaissance des pièces médicales au dossier, le Dr P._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (avis médical du 23 janvier 2018) que l'office AI a confiée au Département de Santé Mentale et Psychiatrie de l'Hôpital D._____.

Dans leur rapport du 25 novembre 2018, les Drs X._____, cheffe de clinique au Département de Santé Mentale et Psychiatrie de l'Hôpital D._____, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité avec prédominance de traits histrioniques et émotionnellement labiles, de troubles anxieux mixtes existant depuis 2015 et d'épisode dépressif moyen en rémission partielle depuis 2015. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des difficultés liées à l'acculturation. Les experts ont expliqué que la fragilité psychique de l'assurée s'était manifestée pour la première fois en 2015 quand elle s'est confrontée à son rôle de mère, d'épouse et de fille avec tous les conflits intrapsychiques que ses rôles constituaient. Sa fragilité s'est exprimée à l'époque avec des épisodes dissociatifs et par la suite avec des symptômes anxio-dépressifs. Lors de leurs évaluations, les experts ont mis en évidence des traits de personnalité borderline et histrioniques, ressortant à la faveur de l'exacerbation de l'état anxio-dépressif de l'intéressée quand elle s'est exposée à plusieurs facteurs de crise en 2015. Ils ont souligné que la gravité de l'atteinte était incompatible avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, de sorte que la capacité de travail était nulle dans toute activité correspondant spécifiquement aux aptitudes de l'expertisée. La situation devait faire l'objet d'une réévaluation dans un délai de six mois après la mise en place d'un suivi psychiatrique et d'un traitement pharmacologique adaptés.

Le 9 mai 2019, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif que les conditions générales d'assurance n'étaient pas remplies. Par ailleurs, aucune mesure de réadaptation professionnelle ne pouvait être envisagée, dès lors qu'elle

présentait une incapacité de travail durable et totale et, partant, une incapacité de gain ainsi qu'une invalidité de 100 %.

En l'absence de contestation, l'office AI a entériné son refus par décision formelle du 18 juin 2019.

Par courrier du 21 juin 2019 (timbre postal), l'assurée a signalé à l'office AI qu'elle avait entrepris des démarches afin de rattraper ses cotisations AVS/AI.

Dans une lettre du 9 juillet 2019, l'office AI a imparti à l'assurée un délai au 31 juillet 2019 pour qu'elle lui indique si elle souhaitait que sa lettre de contestation soit transmise au Tribunal cantonal pour valoir recours contre la décision du 18 juin 2019. Ce délai a été prolongé au 31 août 2019 (courrier de l'office AI du 26 juillet 2019).

Désormais représentée par Me Christian Bacon, avocat, l'assurée a fait savoir à l'office AI par courrier du 2 octobre 2019 qu'il convenait de transmettre sa lettre de contestation au Tribunal cantonal.

Le 21 octobre 2019, l'office AI a transmis au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence les documents suivants : le lettre de contestation de l'assurée reçue le 24 juin 2019, la décision du 18 juin 2019 et le courrier de Me Bacon du 2 octobre 2019.

B. a) Par acte du 21 juin 2019 (timbre postal), N._____ a indiqué qu'elle était en train d'entreprendre des démarches en vue de rattraper ses cotisations AVS/AI. Elle a dès lors demandé à l'office AI de réexaminer son dossier à la lumière de ces éléments.

b) Dans sa réponse du 20 janvier 2020, l'office AI s'est référé à son courrier du 9 juillet 2019 dans lequel il mentionnait notamment ce qui suit : « malgré ce rattrapage de vos cotisations, les conditions d'assurance susmentionnées continuent à ne pas pouvoir être remplies. Car les années de cotisations requises et déterminantes pour le droit à la

rente sont celles qui sont antérieures à la survenance de l'invalidité. »
L'office AI a en conséquence proposé le rejet du recours.

c) En réplique du 24 février 2020, l'assurée a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision du 18 juin 2019 en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle a relevé que, bien qu'il ait fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique du 25 novembre 2018, l'office AI avait retenu qu'elle ne pouvait prétendre au versement d'une rente en raison du fait qu'elle n'aurait pas cotisé durant trois ans à l'échéance du délai d'attente, soit au mois de juillet 2016. Or les cotisations manquantes avaient été portées à son compte individuel. Dès lors, elle totalisait à ce jour trois années complètes de cotisations pour les années 2012 à 2014 pour un revenu annuel de 17'880 fr. ainsi que l'attestait l'extrait de son compte individuel daté du 18 février 2020 produit à l'appui de son écriture. L'assurée a expliqué que, si le paiement rétroactif de cotisations était limité à cinq ans, l'employeur défaillant était amené, pour la période antérieure, à rembourser à la Caisse de compensation le montant de son dommage, soit le montant des cotisations non versées. Ce montant versé au titre de la réparation du dommage causé à la Caisse de compensation profitait à l'assurée, raison pour laquelle ses cotisations avaient effectivement pu être rattrapées. Il en résultait qu'elle remplissait les conditions posées à l'obtention d'une rente d'invalidité, dès lors qu'elle pouvait se prévaloir de trois années de cotisations antérieures à la date de survenance de son invalidité (arrêtée au mois de juillet 2016).

d) Dupliquant en date du 6 mars 2020, l'office AI a indiqué qu'il n'avait aucun élément supplémentaire à apporter de sorte qu'il renvoyait à sa réponse du 20 janvier 2020 ainsi qu'à la décision attaquée. Il a derechef conclu au rejet du recours.

C. Par décision du 17 décembre 2019, N._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 octobre 2019. Elle était

exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Christian Bacon lui a été désigné.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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.

b) En l'occurrence, le recours a été adressé le 21 juin 2019 (timbre postal) à l'office intimé lequel, conformément au souhait de la recourante (cf. courrier du 2 octobre 2019), l'a transmis à la Cour de céans en date du 21 octobre 2019 comme objet de sa compétence. Respectant pour le surplus les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente ordinaire d'invalidité, voire à une rente extraordinaire, singulièrement sur le moment de la survenance de l'invalidité et sur le point de savoir si les conditions d'assurance étaient alors remplies.

3. Ressortissante brésilienne, la recourante vit en Suisse sans interruption depuis le 19 décembre 2013. En l'absence de convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Brésil, seul le droit interne suisse est applicable à la présente cause.

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 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité.

5. a) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1).

b) La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (*System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles*) : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1).

c) S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

6. a) Il convient dans un premier temps de déterminer à quel moment un cas d'invalidité est survenu.

b) En l'espèce, il ressort sans contestation aucune des rapports du psychiatre traitant et des experts de l'Hôpital D. _____ que les troubles incapacitants sur le plan psychique ont été diagnostiqués pour la première fois en 2015 et qu'à partir de juillet 2015, la recourante a présenté une incapacité totale de travail ainsi que l'a retenu l'office AI à juste titre. Dès lors, compte tenu du délai d'attente d'une année, l'invalidité était réputée survenue au mois de juillet 2016. Or, à cette date, force est de constater que, selon l'extrait de son compte individuel tel qu'établi au 4 mars 2016, elle ne pouvait se prévaloir d'une durée de cotisations de trois ans au moins. Il convient donc de retenir que la recourante ne remplissait pas les conditions d'assurance fixées par la loi et que, partant, elle ne peut prétendre à l'octroi d'une rente ordinaire d'invalidité.

7. La recourante fait valoir avoir entrepris des démarches en vue de rattraper le paiement de ses cotisations AVS/AI.

a) La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Selon l'art. 29ter al. 2 LAVS, sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des

cotisations (let. a), pendant lesquelles son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (let. b) et pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (let. c).

S'agissant du mode de calcul des rentes ordinaires, l'art. 32 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que les art. 50 à 53bis RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité. Des règles sont notamment prévues au sujet des années de cotisations d'un assuré, par rapport à celles de sa classe d'âge (art. 52 RAVS ; à ce sujet : TF I 1054/06 du 26 novembre 2007 consid. 3). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale (art. 50 RAVS).

b) La recourante ne saurait rien tirer en sa faveur des éventuelles doubles cotisations payées par son époux pour combler sa propre lacune de cotisation. Dans la mesure où la recourante est mariée depuis le 22 juin 2015, seules les cotisations versées à partir de l'année qui suit le mariage peuvent être prises en compte. Or, lors de la survenance de l'invalidité en juillet 2016, elle ne comptait pas trois années de cotisations. Par ailleurs, dès lors que le rattrapage de cotisations effectué par la recourante ne peut porter que sur un rétroactif de cinq années au maximum – soit seulement à partir de janvier 2014 pour un rattrapage effectué en 2019 –, il convient de constater qu'elle ne comptait pas trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Le rattrapage de cotisations remontant à 2014 n'est donc pas suffisant.

c) En cours de procédure judiciaire, la recourante a produit un nouvel extrait de son compte individuel daté du 18 février 2020, lequel fait état de cotisations versées de janvier 2012 à décembre 2014. Outre qu'en l'espèce, à la date de la décision litigieuse (18 juin 2019), la condition des trois années de cotisations n'était pas remplie, on remarque que l'ancien

employeur qui a versé les cotisations est en fait son époux. Or, dans sa demande de prestations, la recourante n'avait pas annoncé d'activité lucrative mais avait au contraire indiqué avoir été femme au foyer depuis 2013 jusqu'au jour du dépôt de dite demande. De surcroît, lors de l'expertise à l'Hôpital D._____, elle a déclaré avoir été femme au foyer tout en signalant avoir séjourné en Suisse illégalement (cf. p. 5 du rapport d'expertise du 25 novembre 2018). En la mettant au bénéfice de ses premières déclarations, non influencées par le sort de la présente procédure, on doit considérer qu'elle ne travaillait pas les années en question et que les cotisations versées rétroactivement par l'époux sont à cet égard douteuses. Comme indiqué plus haut, les cotisations de l'époux ne peuvent être prises en compte que pour la période après mariage. Enfin, dans la mesure où la recourante vit en Suisse depuis le mois de décembre 2013 (cf. la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 12 février 2016 et le permis de séjour délivré en faveur de l'assurée), seules les cotisations versées dès cette date peuvent être prises en compte (cf. art. 1a al. 1 let. a LAVS), ce qui est insuffisant pour comptabiliser trois années de cotisations jusqu'au mois de juillet 2016.

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

8. En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

9. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En

l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christian Bacon. Sur la base de la liste des opérations produite le 24 février 2020, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 10 heures et 7,8 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 1'823 fr. 40, auquel s'ajoutent les débours par 91 fr. 15 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % par 147 fr. 40, ce qui représente un montant total de 2'061 fr. 95.

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Christian Bacon, conseil d'office, est arrêtée à 2'061 fr. 95 (deux mille soixante et un francs et nonante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Bacon, avocat (pour N. _____),
- 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 :