

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 255 vom 8. März 2024**

VD Tribunal cantonal, 2024-03-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_255](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__255)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 255 du 8 mars 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 255 del 8 marzo 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 35**

par. 5 de la convention susdite. Cela posé, il est constant que si l'assuré comptabilise certes une période de cotisation inférieure aux trente-six mois requis par la législation suisse, il peut en revanche se prévaloir d'une période de cotisation supérieure à une année en Suisse (cf. consid. 4c/aa/bbb supra), conformément au prérequis posé à l'art. 15 par. 3 de la convention du 8 juin 2018 pour pouvoir prétendre à une totalisation des périodes de cotisation. L'intéressé n'a en revanche pas cotisé au Kosovo (cf. courrier de la Centrale suisse de compensation du 29 janvier 2021), si bien qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte une quelconque période d'assurance dans ce pays au sens de l'art. 15 par. 1 de la convention du 8 juin 2018. Reste l'hypothèse prévue à l'art. 15 par. 2 de la convention, soit la prise en considération des périodes d'assurance accomplies dans un Etat tiers. A cet égard, l'office intimé a manifestement considéré, sur la base de l'art. 15 par. 2 de la convention, que les 67 mois de cotisation enregistrés en Allemagne pouvaient être pris en compte pour combler la période d'assurance en Suisse afin d'arriver, s'agissant de l'atteinte rénale, aux trente-six mois de cotisation requis à l'art. 36 al. 1 LAI. Cette position ne peut toutefois être suivie. Selon le texte clair de la convention du 8 juin 2018, la totalisation des périodes d'assurance avec les cotisations effectuées dans un Etat tiers ne peut en effet intervenir que pour autant, d'une part, que cet Etat ait également conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse et, d'autre part, que cette convention prévoie la totalisation des périodes d'assurance pour déterminer la naissance du droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Dans le cas particulier, il faut par conséquent examiner ce qu'il en est vis-à-vis de l'Allemagne, pays où l'assuré a cotisé durant 67 mois. Il y a plus particulièrement lieu de se référer à la Convention sur la sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République fédérale d'Allemagne, conclue le 25 février 1964 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1966 (RS 0.831.109.136.1), aux Conventions complémentaires des 24 décembre 1962 (RS 0.831.109.136.11), 9 septembre 1975 (RS 0.831.109.136.121) et 2 mars 1989 (RS 0.831.109.136.122), ainsi qu'à l'arrangement administratif du 25 août 1978 (RS 0.831.109.136.13). Or la lecture de ces textes ne révèle aucune disposition permettant de prendre en considération des périodes d'assurance en Allemagne pour satisfaire aux conditions d'assurance en matière de rentes d'invalidité suisses (voir également à cet égard TFA H 194/02 du 10 octobre 2003 consid. 2.2 et TFA I 435/00 du 3 mai 2000 consid. 1b). De ces éléments, on peut donc déduire que la convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Allemagne ne prévoit justement pas la totalisation des périodes d'assurance du point de vue du droit à la rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, au sens de l'art. 15 par. 2 de la convention du 8 juin 2018. Sous cet angle, il n'est dès lors pas possible de prendre en compte les cotisations réalisées en Allemagne. Le droit communautaire ne permet pas davantage une prise en compte des cotisations allemandes. On notera en particulier que l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une

part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes ou ALCP ; RS 0.142.112.681) ne relève pas d'une convention bilatérale de sécurité sociale conclue entre la Suisse et un Etat tiers, tel qu'expressément requis à l'art. 15 par. 2 de la convention du 8 juin 2018, mais d'une norme de droit supranational s'inscrivant dans un régime communautaire particulier. L'art. 2 par. 2 de la convention du 8 juin 2018 exclut, du reste, différents textes de son champ d'application matériel (sauf disposition contraire), dont les « traités et autres accords internationaux en matière de sécurité sociale conclus par l'un ou l'autre des Etats contractants avec un Etat tiers » et « une législation supranationale de sécurité sociale, ainsi que les dispositions d'application qui s'y rapportent ». En tout état de cause, il demeure que celui qui n'est ni suisse, ni ressortissant communautaire n'est pas au nombre des sujets auxquels s'applique l'ALCP et, comme tel, ne bénéficie d'aucun droit à être traité de la même manière qu'un ressortissant suisse ou communautaire résidant en Suisse (TF 9C\_873/2012 du 25 février 2013 consid. 4.2.1 et les références citées). Ainsi, l'ALCP, singulièrement la législation communautaire en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, ne sont pas applicables dans le cas d'espèce, faute pour le recourant d'être un ressortissant « des Etats membres de la Communauté européenne » (art. 1 ALCP). Au demeurant, il convient de préciser que la rente de l'assurance-invalidité suisse est calculée de manière autonome, sans prise en compte de périodes d'assurance étrangères (ATF 133 V 329 consid. 4.4) ; il n'y a par conséquent pas lieu de procéder à la totalisation et à la proratisation au sens de l'art. 52 al. 1 let. b du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), dans la mesure où le calcul opéré selon la législation suisse aboutit le plus souvent à une rente d'un montant égal ou supérieur (art. 52 al. 4 et annexe VIII, partie 1, du règlement n° 883/2004 en corrélation avec l'art. 46 al. 1 du règlement n° 883/2004). Il découle de ce qui précède que, pour ce qui est du cas d'assurance survenu le 14 septembre 2010 au plan rénal, le recourant ne peut exciper d'aucune norme de droit international afin de satisfaire aux conditions d'assurances présidant à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité suisse. cc) Il apparaît en définitive que, pour ce qui est des suites de son atteinte rénale, le recourant ne comptabilise pas au moins trois années de cotisations au sens de l'art. 36 al. 1 LAI – que ce soit en vertu de droit interne (comme lors de la décision du 10 juin 2014) ou de la convention applicable aux ressortissants kosovars depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2019. Il s'ensuit qu'il ne peut prétendre à une quelconque rente d'invalidité du fait de cette atteinte et de ses suites. C'est en conséquence à tort que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une quelconque rente d'invalidité en lien avec l'atteinte rénale susdite. Dans ces conditions, on peut laisser indécidée la question de la nature de la correspondance de l'OAI du 16 août 2016, consécutive à la demande de prestations déposée le 14 juin 2016 en lien avec une attestation du Dr D. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2026 se rapportant à la seule atteinte rénale. Il résulte en effet des considérants qui précèdent que le recourant ne présentait, à cette époque, aucune atteinte à la santé susceptible de fonder un droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, faute pour lui de remplir les conditions d'assurance requises en la matière. d) Il ne fait en revanche aucun doute que la décompensation psychique intervenue en 2020 constitue un nouveau cas d'assurance. Certes, la situation sur le plan somatique a vraisemblablement joué un rôle dans le développement et l'évolution du débordement des capacités psychiques de l'assuré, la problématique physique étant intolérable de par le fonctionnement psychique de l'intéressé (cf. rapport du Dr O. \_\_\_\_\_

du 16 avril 2021 p. 4) et ayant de surcroît été directement mise en lien avec la détérioration des troubles psychiatriques signalée courant 2021 (cf. rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2021 p. 1). Pour autant, force est de rappeler que le recourant ne présentait aucune atteinte psychiatrique incapacitante lors de la décision de refus de prestations du 10 juin 2014, conformément aux conclusions émises à l'époque par le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique du 19 juin 2013), et qu'il a depuis lors développé des affections décrites par le Dr O. \_\_\_\_\_ comme particulièrement intenses, notamment du point de vue de la dépression ; on notera plus spécifiquement que même en cas d'amélioration des troubles somatiques et d'allègement du suivi y relatif, le Dr O. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail ne dépasserait pas 10 à 15 % et ce à l'issue d'un délai de cinq ans (cf. rapport du 16 avril 2021 p. 4). Dès lors, la décompensation signalée au décours de la demande de prestations du 29 mai 2020 doit de toute évidence être considérée comme une atteinte matériellement et temporellement distincte, justifiant une analyse sous l'angle d'un nouveau cas d'assurance. Sur ce plan, il n'est en outre pas contesté ni contestable que le recourant peut se prévaloir d'une période de cotisation suffisante au regard de l'art. 36 al. 1 LAI. Il incombe par conséquent à la Cour de céans de déterminer si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, du fait de ses troubles psychiques. aa) Dans son rapport du 16 avril 2021, le Dr O. \_\_\_\_\_ a fait état d'un suivi psychiatrique remontant au 1<sup>er</sup> décembre 2020 et a estimé que l'assuré se trouvait depuis lors dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité, évoquant dans ce contexte les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptôme psychotique), d'anxiété généralisée et de personnalité émotionnellement labile type impulsif, une dépendance à l'alcool étant de surcroît suspectée. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a plus particulièrement considéré que l'assuré était sous le coup d'un débordement de ses capacités psychiques l'empêchant d'envisager un retour sur le marché de l'emploi et que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible. Ultérieurement, dans un rapport du 14 septembre 2021, le Dr O. \_\_\_\_\_ a encore signalé une dégradation de l'épisode dépressif et de la consommation d'alcool, estimant que dans ces conditions la capacité de travail devait être considérée comme nulle dans toute activité depuis le début du suivi. Sur la base de ces éléments, le SMR a retenu que l'atteinte à la santé psychique, clairement détaillée par le Dr O. \_\_\_\_\_, était incompatible avec toute activité depuis le mois de décembre 2020 (cf. avis médicaux des Drs BB. \_\_\_\_\_ et CC. \_\_\_\_\_ du 29 avril 2021), respectivement que l'assuré présentait une décompensation dépressive et anxieuse ainsi qu'un épuisement des ressources adaptatives et que celui-ci était exposé de manière convaincante par le psychiatre traitant (cf. avis médical du Dr BB. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2021). Sur cette base, le SMR – et corrélativement l'OAI – a en définitive retenu une date d'aggravation au 4 novembre 2020, expliquant qu'il s'agissait de la date de « l'infection rénale, de l'aggravation notoire de la fonction rénale et de la nécessité de mise en place d'un traitement psychiatrique encore en place à ce jour » (cf. loc. cit.). bb) Si l'analyse faite par le Dr O. \_\_\_\_\_ ne repose pas à proprement parler sur le schéma usuel à l'aide de la grille d'indicateurs définie par la jurisprudence (au sens de l'ATF 141 V 281), on doit néanmoins admettre que l'examen fait par le psychiatre traitant décrit de manière convaincante la nature et l'intensité des affections retenues, la manière dont celles-ci se reflètent sur le fonctionnement de l'assuré, leur interaction avec les autres comorbidités de l'intéressé et leur portée en termes de traitement et de réadaptation. Les médecins du SMR ont du reste entièrement souscrit aux conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_. C'est dès lors à l'unanimité que

les médecins intervenus dans la présente affaire ont considéré que l'atteinte psychique du recourant était totalement invalidante et la Cour de céans ne décèle, du reste, aucune raison pertinente de s'écarter de cette évaluation ; le recourant, d'ailleurs, n'en disconvient pas. La seule discordance constatée concerne le début de l'incapacité totale de travail reconnue à raison de l'atteinte psychique. Si le Dr O. \_\_\_\_\_ a en effet attesté une telle incapacité à compter du début de la prise en charge initiée le 1<sup>er</sup> décembre 2020, les médecins du SMR ont quant à eux initialement abondé dans ce sens avant de retenir la date du 4 novembre 2020 en se fondant néanmoins essentiellement sur des éléments relevant du volet somatique qui ne peuvent être pris en compte dans le présent contexte (cf. consid. 5c supra). Attendu que seuls les paramètres en lien avec l'aspect psychique sont ici déterminants, c'est bien au 1<sup>er</sup> décembre 2020 que doit être fixé le début de l'incapacité totale de travail constatée sur le plan psychiatrique. Il suit de là, en définitive, que dans la mesure où le recourant présente un nouveau cas d'assurance sous la forme d'une atteinte psychique à la santé rendant totalement inexigible depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2020 l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, il peut se prévaloir d'une invalidité complète justifiant l'ouverture du droit à une rente entière d'invalidité à l'issue d'un délai de carence d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021. Quant aux arguments du recourant concernant l'ouverture d'un droit à la rente avant cette date (cf. mémoire de recours du 12 mai 2022 p. 5 ss), ils ne peuvent qu'être rejetés. D'une part, l'aspect somatique – respectivement son importance avant la décompensation psychique constatée en décembre 2020 – ne saurait justifier l'octroi de prestations pour les motifs exposés plus haut en lien avec les conditions d'assurance (cf. consid. 5c supra). D'autre part, l'art. 29bis RAI invoqué par le recourant vise les cas de reprise de l'invalidité après suppression de la rente et n'est dès lors clairement pas applicable dans le cas particulier. 8. a) Il suit de là que le recourant ne peut en définitive prétendre qu'à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2021, en lieu et place d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2020 suivie d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2021 tel que retenu dans la décision attaquée. Cette issue aboutit par conséquent à un résultat qui est moins favorable pour le recourant, dès lors qu'il se voit en définitive dénier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 30 novembre 2021 à concurrence d'un montant total de 12'783 francs. b) Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Toute reformatio in pejus implique par conséquent que la personne concernée soit expressément informée de cette possibilité afin d'évaluer les mesures à prendre en toute connaissance de cause (ATF 137 V 314 consid. 3.2). C'est ici le lieu de relever que dans la mesure où l'art. 61 let. d. LPGA a pour objectif de faire prévaloir, dans la procédure cantonale, une mise en œuvre correcte du droit matériel sur les intérêts juridiques de l'assuré, cette disposition doit être interprétée dans le respect du principe de la légalité et de l'égalité de traitement. Conformément à son objectif et à sa position systématique, cette disposition ne présuppose pas que la juridiction cantonale ne puisse réformer in pejus la décision attaquée que si celle-ci est indubitablement erronée et que la correction revêt une importance considérable (ATF 144 V 153 consid. 4.2.4). c) En l'occurrence, le recourant a expressément été rendu attentif à la possibilité d'une reformatio in pejus par avis de la juge instructrice du 14 septembre 2023 lui impartissant un délai pour retirer cas échéant son recours. Après avoir obtenu une prolongation de délai, le recourant, par acte du 19 octobre 2023, a expressément déclaré maintenir son pourvoi. Pour le reste,

on doit admettre qu'en présence d'une problématique relevant de la stricte application des dispositions légales en matière de conditions d'assurance – sans aucune marge d'appréciation à ce niveau – et compte tenu des montants visés par la réforme en question (12'783 fr.), l'intérêt subjectif du recourant à la protection de ses intérêts juridiques ne l'emporte pas, in casu, sur les principes de la légalité et de l'égalité de traitement au point qu'il faille renoncer à réformer la décision du 24 mars 2022 à son détriment. 9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 24 mars 2022 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la partie recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisque X. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 31 mai 2022. Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Me Olivier Carré a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 12 mai 2022 et peut donc prétendre à une équitable indemnité pour son mandat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courrier du 10 novembre 2022 complété le 19 octobre 2023, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans la présente cause entre le 12 mai 2022 et le 19 octobre 2023, faisant état de 20 heures et 51 minutes. S'il convient d'en tenir compte dans une certaine mesure pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, les 6 heures et 20 minutes consacrées à la rédaction d'une réplique de cinq pages apparaissent clairement excessives, en comparaison avec les 3 heures facturées pour la rédaction d'un mémoire de recours de neuf pages. On observe également plusieurs contacts téléphoniques ou épistolaires ainsi que des conférences (avec d'autres avocats, l'OAI, la caisse AVS, le Dr M. \_\_\_\_\_, l'assuré ou certains membres de sa famille) pour plus de 7 heures, dont le lien avec la conduite de la présente affaire apparaît discutable et qui dépassent manifestement les besoins de la présente procédure judiciaire. On relève de surcroît 2 heures et 35 minutes d'étude du dossier et de recherches juridiques en 2023, qui n'ont néanmoins débouché sur la production d'aucune prise de position au fond mais uniquement sur l'envoi de deux courriers à la Cour de céans en octobre 2023, l'un pour demander une prolongation de délai et l'autre pour maintenir la position défendue jusqu'alors. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 13 heures, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 2'646 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3 bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.