

## **VD\_GERICHTE ZD17.035464 vom 26. Februar 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-02-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.035464](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.035464)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.035464 du 26 février 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.035464 del 26 febbraio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

juin 2017). Il a rejeté la demande de rente parce que les conditions générales d'assurance n'étaient pas remplies. La décision reprend en substance la motivation du projet du 27 janvier 2017. Dans une lettre du 13 juin 2017 à l'assurée, l'OAI a répondu à certaines de ses objections, en écrivant en particulier ceci : « A la question de savoir depuis quand précisément Madame V.\_\_\_\_\_ présentait une incapacité de travail de 40% au moins de manière durable, l'expert y a répondu de manière claire et motivée et fixe ce moment en 1981, soit lors de la première hospitalisation en [...] ; au vu de la nature de l'atteinte présentée par votre mandant, l'expert indique qu'il s'agissait d'une décompensation majeure inaugurale qui marque le déclenchement de la pathologie psychiatrique majeure, cyclique et récurrente qui persiste à ce jour. Il ne s'agit pas selon l'expert, d'une petite décompensation transitoire, mais d'une « véritable atteinte combinée sur le plan psychotique comme bipolaire avec une fragilité consécutive qui va demeurer et accompagner l'assurée ». L'expert indique certes qu'il n'est pas possible d'affirmer avec une certitude à 100% que Madame V.\_\_\_\_\_ ne disposait pas d'une capacité de travail à partir de 1981 ; mais de nombreux indices convergent pour conclure qu'au moins une incapacité de travail de 40% a dû exister à partir de 1981, voire avant. Selon l'expert, tout porte à croire que la première décompensation de 1981 s'est développée sur des traits prémorbides et, comme c'est le cas habituellement pour ce genre de troubles, après une phase prodromique qui pouvait déjà exister depuis des années. Ainsi, pour l'expert, se pose même la question de savoir dans quelle mesure l'assurée a réellement pu assumer un emploi avant 1981 plutôt qu'après cette décompensation. Il relève qu'il est plus probable qu'une incapacité de travail totale ait déjà été présente depuis 1981 ; il précise au vu de tout ce qui précède, que le début de la longue maladie doit se situer au moins en 1981. L'expert souligne par ailleurs le fait que c'est suite à l'établissement de l'anamnèse dans son ensemble de manière temporelle et

- 14 - cohérente que Madame V.\_\_\_\_\_ finit par admettre qu'elle n'a plus travaillé depuis 1981 au moins. Une nouvelle décompensation a eu lieu à la fin de l'année 1984, Madame V.\_\_\_\_\_ a dû être hospitalisée dans un hôpital psychiatrique ; cette décompensation montre les faibles ressources adaptatives de l'assurée et l'absence de rémission du premier épisode. Depuis son arrivée en Suisse, notre assurée n'a pas bénéficié d'une capacité de travail durable dépassant les 10-20%. Pour l'année 2007-2008 figure un montant de l'ordre de 13'061 [fr.] pour des activités des courtages, montant attribué par son époux qui l'a reçu par la vente des appartements. Le travail de Madame V.\_\_\_\_\_ s'est borné à quelques visites des appartements et à leur nettoyage ; il ne s'agit en aucun cas d'une réelle capacité de travail dans ce domaine. L'atteinte à la santé est d'une telle gravité que pour l'expert, même en dehors des périodes de crises une fragilité demeure de sorte qu'il n'est pas concevable de l'exposer à un stress professionnel d'aucune nature. Le fait que Madame

V.\_\_\_\_\_ n'ait été hospitalisée qu'une première fois en 1987 n'est pas déterminant dans la mesure où il ressort clairement du dossier qu'elle a bénéficié d'un important encadrement général à domicile (mari, amis, famille). [...] L'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, claire et dûment motivée, remplit à notre avis tous les critères pour avoir pleine valeur probante de sorte que nous n'avons pas de raison de nous en écarter. S'agissant du statut de l'assurée, il ressort que selon les déclarations de l'assurée et de son mari, en bonne santé, l'assurée aurait souhaité travailler à 100% pour évoluer sur le plan personnel et acquérir son indépendance financière, ceci depuis son arrivée en Suisse. Le couple affirme par ailleurs avoir tenté une réinsertion dans la vie professionnelle en Suisse, sans succès. Le statut de 100% active doit par conséquent être confirmé. » G. Par acte du 16 août 2017, V.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès et y compris l'expiration du délai d'attente prévu par la loi. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Dans sa réponse du 4 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours.

- 15 - La recourante a répliqué le 26 octobre 2017 et l'OAI s'est déterminé sur la réplique le 16 novembre 2017. Le 17 janvier 2018, la recourante a écrit à la Cour des assurances sociales en indiquant notamment qu'elle ne voyait aucun inconvénient à ce que l'instruction soit considérée comme close. 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 domicile de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le présent arrêt fait suite à un arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, qui a défini l'objet du litige : il porte sur le droit à la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et il s'agit, singulièrement, de déterminer si l'on peut admettre que la recourante présentait une incapacité de travail totale déjà en 1984 (TF 9C\_262/2015 du 8 janvier 2016, consid. 2). Dans cet arrêt, à propos des règles applicables à la solution du litige, le Tribunal fédéral a renvoyé aux considérants de l'arrêt de la Cour de céans du 13 mars 2015, ainsi qu'à son premier arrêt dans la présente affaire (TF 9C\_262/2015, consid. 3). Il peut également, ici, être renvoyé à

- 16 - ces règles, qui ont du reste été rappelées dans la décision attaquée. En substance, la seule question à résoudre est de savoir si lors de la survenance de l'invalidité, l'assurée comptait trois années entières de cotisations AVS. Sont considérées comme années de cotisations les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations et celles pendant lesquelles son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29ter al. 2 LAVS ; CASSO AI 26/14 – 61/2015 du 13 mars 2015, consid. 4a). S'agissant de la recourante, il n'y a pas eu de cotisations, d'elle-même ou de son conjoint, avant la date du mariage le 29 novembre 1985 (CASSO AI 26/14 – 61/2015 du 13 mars 2015, consid. 4b). Il y a donc lieu d'examiner si l'incapacité de travail durable, de 40 % au moins, est survenue avant le mois de novembre 1988, date à laquelle la recourante pouvait se prévaloir en tout

cas des cotisations de son conjoint pendant trois années. La question du moment de la survenance de l'invalidité doit être résolue sur la base de constatations relatives à l'état de santé psychique de la recourante. 3. La décision attaquée repose sur l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_. Ce médecin a examiné et entendu la recourante en présence d'un interprète ; il a expliqué que la recourante avait pu s'exprimer efficacement en français, l'interprète n'ayant dû intervenir qu'à de rares occasions. La recourante ne prétend plus, comme elle l'avait fait dans son recours au Tribunal fédéral en 2015, que l'usage de la langue française pendant l'expertise empêche une constatation valable des faits. Il faut donc considérer que, du point de vue linguistique, la mission de l'expert a été remplie correctement. 4. La recourante admet que la décision attaquée, qui reprend en grande partie la teneur du projet de décision, est en définitive suffisamment motivée au regard des exigences de l'art. 49 al. 3 LPGA, dès lors qu'une motivation complémentaire a été fournie par l'intimé dans sa lettre du 13 juin 2017. Ses remarques au sujet de la motivation de la

- 17 - décision du 12 juin 2017 ne doivent ainsi pas être interprétées comme un grief. 5. La recourante critique l'application de la règle de la vraisemblance prépondérante, pour l'appréciation de la situation médicale. Elle soutient qu'on devrait admettre pour elle, à la date déterminante, une « présomption de pleine capacité de travail ». a) Dans son arrêt 9C\_262/2015, le Tribunal fédéral a rappelé que le litige portait au fond sur « l'absence de preuve ou de vraisemblance prépondérante d'une invalidité au sens de la LAI en 1985 » (consid. 6.2 in fine). Dans l'arrêt de la CASSO du 13 mars 2015 – qui, d'après l'arrêt du Tribunal fédéral précité, expose de manière correcte les règles applicables (cf. consid. 2 supra) –, il est indiqué que le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (consid. 2c de cet arrêt). On ne voit pas pour quel motif il y aurait lieu de ne pas appliquer cette règle dans le cas particulier. On ne voit en particulier pas de raison d'appliquer une présomption de capacité de travail pour le seul motif que l'expert Dr P. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu l'existence d'une preuve stricte ou irréfutable, pour la date de survenance de l'invalidité, mais qu'il a présenté ses conclusions de manière prudente, propres à permettre d'estimer quelle situation de fait apparaît la plus vraisemblable. Ce sont donc bien les règles habituelles, en matière d'assurances sociales, qui doivent être appliquées ici. b) La recourante affirme que la maladie psychique dont elle est atteinte est une maladie « évoluant par poussées », à des « intervalles très variables ». En invoquant cet argument devant l'intimé, elle avait comparé sa situation à celle d'une personne atteinte de spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew). Or cette affirmation ne repose sur aucune base scientifique. L'expert psychiatre Dr P. \_\_\_\_\_, pas plus que les autres psychiatres ayant examiné la recourante dans le cadre de traitements ou d'une expertise, n'ont mentionné une évolution « par

- 18 - poussées » de la schizophrénie ou du trouble schizo-affectif de type bipolaire. Au contraire, il est question d'une pathologie « cyclique et récurrente » (p. 57 de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_). Pour le reste, la recourante ne critique pas de manière concluante l'expertise psychiatrique. Elle reproche au Dr P. \_\_\_\_\_ d'utiliser des termes « hésitants ». Or cette épithète ne saurait être retenue pour qualifier la formulation des conclusions de l'expertise, en particulier des réponses aux « Questions complémentaires » sur la capacité de travail dans les années 1983-1984 (pp. 56 ss de l'expertise). L'expert a d'emblée relevé la difficulté de répondre, puisqu'il n'y a pas de « pièce médicale valable » à propos des

hospitalisations de 1981 et 1984. Il a pu toutefois compléter l'anamnèse, grâce à un long examen psychiatrique de la recourante et un long entretien avec son mari. En particulier, il a pu établir – au degré de la vraisemblance prépondérante, mais sur la base de déclarations de la recourante elle-même – que cette dernière avait déjà perdu son emploi lors de la première décompensation de 1981. C'est un élément déterminant, que la recourante n'avait pas pu communiquer jusque-là. Si le Dr P. \_\_\_\_\_ réserve l'existence d'une éventuelle preuve d'une activité lucrative postérieure à 1981 (p. 59 de son rapport), il le fait par prudence, sans pour autant affirmer que les déclarations anamnétiques de la recourante seraient inexactes. L'analyse de l'expert à propos de la « pathologie psychique majeure, cyclique et récurrente » (p. 57) n'est pas critiquable et les conclusions déduites de la décompensation en 1981, qui n'était pas une décompensation transitoire mais une grave atteinte entraînant une fragilité durable (ibid.), n'ont pas à être remises en question. Le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_, qui est complet et cohérent – et qui n'est pas en contradiction avec les autres avis médicaux figurant au dossier, à propos de l'incapacité de travail avant l'arrivée en Suisse – est probant. L'intimé était fondé à retenir ses conclusions. c) Comme la première décompensation de 1981 a privé la recourante d'une grande partie de sa capacité de travail, dans toute activité (réduction d'au moins 40 %, d'après l'expert), l'invalidité est survenue – selon les critères des art. 4 al. 2 et art. 28 al. 1 let. b LAI – une

- 19 - année plus tard, en 1982, soit plusieurs années avant l'arrivée en Suisse et la période de cotisation effective (par elle-même ou par son mari). Pour les motifs déjà exposés dans la lettre de l'intimé du 13 juin 2017, on ne voit pas pourquoi il faudrait faire un calcul plus précis de comparaison des revenus (avec ou sans invalidité), en employant une formule mathématique ou un tableau, puisqu'il n'y avait pas, à l'époque déterminante, d'activité professionnelle que la recourante aurait pu exercer avec une capacité de travail de 60 % au moins, et puisqu'avant le mariage, elle ne pouvait pas être considérée comme partiellement active et partiellement ménagère. d) C'est donc sans violer le droit fédéral que l'intimé a appliqué la « clause d'assurance » et qu'il a rejeté la demande de rente d'invalidité ordinaire. 6. La contestation ne porte plus sur le refus d'une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité, après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Cette question a été traitée dans l'arrêt de la Cour de céans du 13 mars 2015 ; il peut être renvoyé à cette décision. 7. a) Il résulte des considérants que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 20 -