

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 18 novembre 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme. Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4, 36 al. 1 et 39 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante de Bosnie-Herzégovine, Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), est née en 1960, a été scolarisée pendant quatre ans avant d'aider sa famille dans les travaux agricoles. Elle s'est mariée à l'âge de 17 ans. Elle a eu trois enfants nés de cette union en 1978, 1980 et 1990. Son mari a été tué lors de la guerre de Bosnie-Herzégovine. Son fils aîné a été porté disparu durant la chute de Srebrenica et son corps retrouvé en 2005. L'assurée est arrivée en Suisse le 6 janvier 2003, accompagnée de son fils cadet, et a demandé l'asile. Elle a épousé un compatriote à Lausanne le 1<sup>er</sup> juillet 2003, dont elle a divorcé le 16 mai 2007. Elle est actuellement titulaire d'un permis B. Sans formation professionnelle, elle n'a jamais travaillé en Suisse.

Le 22 juillet 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) invoquant des atteintes à la santé tant physiques que somatiques.

Sur formulaire *ad hoc* complété le 21 août 2013, elle a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis « toujours » à plein temps comme femme de ménage ou femme de chambre pour des raisons financières et « sociales ».

Dans un rapport à l'intention de l'office AI daté du 18 septembre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, psychiatre traitant depuis octobre 2005, a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail, constatés depuis 2005 :

- séquelles de l'état de stress post-traumatique (F 43.1) ayant entraîné :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F 33.3),
- modification durable de la personnalité (F 62.0),
- anxiété généralisée (F 41.1),
- disparition et assassinat des membres de famille (Z 63.4),
- victime d'un crime et d'actes de terrorisme (Z 65.4),
- expérience de violence, de guerre et d'autres hostilités (Z 65.5),
- difficultés liées à la situation psychosociale (Z 64.1),
- difficultés liées à une nouvelle étape de vie (Z 60),
- solitude (Z 60.2).

Le psychiatre traitant a mentionné l'existence de persécutions subies par sa patiente dans le cadre de la guerre de Bosnie-Herzégovine et de maltraitances infligée par son second mari débouchant sur la fuite du domicile conjugal deux mois après son mariage. L'humeur de la recourante durant les plusieurs années de suivi avait été particulièrement triste et larmoyante, les références au passé en Bosnie, ainsi qu'à la perte de son époux et de son fils systématiques et assorties d'un sentiment de culpabilité pour avoir survécu, puis s'être remariée. Le psychiatre observait que l'état d'esprit de sa patiente restait fondamentalement inchangé. Il considérait que la capacité de travail était nulle dans toute activité en raison d'une fatigue, d'une symptomatologie de l'état de stress post-traumatique et dépressif, d'un manque de concentration et d'idées noires. Au niveau professionnel, ces restrictions conduisaient à une diminution notable du rendement, à des « absences », de l'irritabilité, des mauvaises relations, une augmentation de la symptomatologie dépressive et des situations de mise en échec.

En réponse à la demande de l'office AI, le Prof. G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie, a complété un rapport médical en date du 16 octobre 2013, dans lequel il a posé le diagnostic incapacitant d'état anxio-dépressif chronique sur difficultés socio-professionnelles. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des acouphènes gauches, un fibroadénome utérin, une infection urinaire et une hypothyroïdie subclinique. Selon le Prof. G.\_\_\_\_\_,

l'assurée était en incapacité totale de travail à compter du 13 février 2010. Il estimait néanmoins qu'elle serait en mesure de travailler entre trois et quatre heures quotidiennement, par exemple dans une activité de nettoyeuse, à condition de se soumettre à une mesure de réentraînement au travail. Il a joint à son rapport un lot de pièces comprenant plus particulièrement des pièces médicales rendant compte d'examens pratiqués, notamment sur le plan gynécologique, entre 2003 et 2013. Parmi ces pièces figurait un courrier au conseil de sa patiente, daté du 29 avril 2005, dans lequel le Prof. G.\_\_\_\_\_ indiquait suivre sa patiente depuis le 17 mai 2004, que celle-ci présentait une anémie ferriprive et un état anxio-dépressif, lequel était traité par des tranquillisants et antidépresseurs, avec une réponse mitigée.

Sur la base des renseignements médicaux recueillis, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a proposé, par avis médical du 17 janvier 2014, la mise en œuvre de mesures de réadaptation dans une activité de nettoyeuse.

Au cours d'un entretien du 18 février 2014 avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'office AI, l'assurée a indiqué que mère au foyer, elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle en Bosnie et fait savoir qu'elle ne souhaitait pas s'engager dans les mesures proposées (compte-rendu du 19 février 2014).

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 3 juin 2014 que sa patiente présentait une incapacité totale de travailler depuis 2007, en raison d'un état dépressif, d'un manque d'élan vital ainsi que d'une fatigue extrême.

S'avisant de l'absence d'éléments clairs susceptibles de déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée de même que ses limitations fonctionnelles, le Dr F.\_\_\_\_\_ a suggéré dans un avis du 10 juillet 2014 que soit aménagée une expertise psychiatrique avec monitoring.

L'expert, le Dr N.\_\_\_\_\_, a déposé son rapport en date du 25 septembre 2015. Excluant tout diagnostic affectant la capacité de travail, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé pour seul diagnostic celui d'un épisode dépressif majeur d'intensité modérée avec syndrome somatique (F 32.11), existant depuis 2006. Discutant des diagnostics posés par le Dr B.\_\_\_\_\_, notamment des séquelles d'un état de stress post-traumatique (F 43.1) ayant entraîné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F 33.3), une modification durable de la personnalité (F 62.0) et une anxiété généralisée (F 41.1), il a identifié deux sortes d'événements potentiellement traumatiques chez l'expertisée, savoir la disparition de son fils aîné et de son mari dans une situation de guerre, ainsi que les violences vécues avec son deuxième mari. Il considérait qu'elle ne répondait pas actuellement aux critères d'un état de stress post-traumatique (absence de flash-back et reviviscences, absence d'hyper-activation neuro-végétative). Par contre, il était vraisemblable qu'elle ait pu présenter ces symptômes dans le passé et que ces derniers aient évolué vers une modification durable de la personnalité et l'instauration d'une clinique dépressive et anxieuse dont l'intensité symptomatique autorisait le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité modérée. L'examen clinique ne permettait pas de mettre en évidence des symptômes d'anxiété parlant en faveur d'un trouble d'anxiété généralisée. Enfin, l'expert n'observait pas la présence de traits de personnalité dysfonctionnels.

L'expert a conclu que l'assurée ne présentait aucune limitation de la capacité de travail. Retenant que l'état de l'assurée était stable depuis l'épisode dépressif de 2006, il a souligné que les seules restrictions tenaient à son isolement social dû à ses difficultés linguistiques et d'intégration et a estimé que l'exigibilité était entière sans diminution du rendement du point de vue médico-psychiatrique, même s'il fallait tenir compte du fait que l'intéressée ne disposait d'aucune formation et que les seules tâches qu'elle avait assumées se limitaient à l'entretien de son ménage, ainsi qu'à l'aide apportée à sa mère dans l'exécution de travaux agricoles. Des mesures de réadaptation lui paraissaient utiles sous l'angle

médico-psychiatrique, mais non à l'aune des compétences sociales et de la capacité d'adaptation de l'assurée.

Par avis médical du 13 octobre 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ a déclaré se rallier à l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_, si bien qu'il concluait à l'absence d'incapacité de travail durable.

Le 15 octobre 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, motif pris qu'en l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi, sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Représentée par son conseil, l'assurée a soulevé, en date du 18 novembre 2015, des objections à l'encontre de ce projet. Se réservant la faculté de compléter ultérieurement sa motivation, elle a fait valoir que son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail avaient été sous-évaluées.

Dans le délai prolongé par l'administration, l'assurée a déposé en date du 9 février 2016 un rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, daté du 31 janvier 2016, dans lequel celui-ci confirmait son appréciation antérieure et prenait position sur le rapport d'expertise psychiatrique en reprenant certains éléments factuels et en discutant les diagnostics et arguments présentés par son confrère expert. Il observait par ailleurs n'avoir pas posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique mais celui de séquelles d'un état de stress post-traumatique bel et bien présent par le passé et ayant entraîné de nombreuses autres pathologies lourdes, en ce sens que le vécu et le passé traumatique avaient laissé des séquelles sur le fonctionnement psychique et avait modifié durablement la personnalité de sa patiente. Il qualifiait de gravissime la situation vécue par l'assurée, tant sur le plan conjugal que dans le contexte de guerre et de migration. Sa patiente ne s'estimait pas invalide, gardait espoir de pouvoir exercer une activité lucrative et à quelques reprises, avait tenté d'exercer en qualité de femme de ménage, mais sans succès, ce notamment en raison de son état de santé physique et psychique.

Sur la base de ce rapport, l'assurée demandait à l'office AI de réexaminer son projet de décision, dans un sens qui lui soit désormais favorable.

Dans un avis médical du 23 mars 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ ni plausible, ni crédible, au contraire de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_.

Statuant le 11 avril 2016, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet de décision du 15 octobre 2015. Il maintenait qu'en l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la loi, la capacité de travail était entière dans toute activité ce qui excluait le droit à une rente. Cette décision était accompagnée d'une motivation écrite datée du même jour.

**B.** Par acte du 17 mai 2016, Q.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont elle demande sous suite de frais et dépens l'annulation et, cela fait, le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle se prévaut en premier lieu de la mauvaise qualité de l'expertise psychiatrique du Dr N.\_\_\_\_\_, notamment d'erreurs factuelles, d'oublis et de contradictions internes. Au vu des insuffisances caractérisant l'instruction de son dossier, la recourante estime qu'il convient de diligenter une nouvelle expertise, que cela soit par la voie judiciaire ou au terme d'un renvoi de la cause à l'administration intimée. Elle sollicite encore l'assistance judiciaire. Elle a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier administratif.

Dans sa réponse du 15 juin 2016, l'office AI renvoie aux prises de position du SMR des 13 octobre 2015 et 23 mars 2016, ajoutant qu'il ne peut en l'état du dossier que confirmer la décision querellée. Il propose en conséquence le rejet du recours.

En réplique du 21 juin 2016, la recourante réitère sa requête tendant à l'administration d'une nouvelle expertise, déclarant que les seules appréciations des médecins du SMR ne sauraient suffire.

**C.** Le 20 mars 2017, le magistrat instructeur a ordonné une expertise psychiatrique et mandaté à cet effet le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin responsable du Centre d'expertises de l'Institut de psychiatrie légale du [...] (Centre hospitalier [...]).

Daté du 22 mars 2018, le rapport est co-signé par le Dr S.\_\_\_\_\_ et par H.\_\_\_\_\_, psychologue associée. L'expert a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel moyen (F 33.21), et de trouble de la personnalité anxieuse (F 60.6). L'appréciation diagnostique comportait par ailleurs une probable difficulté liée à l'éducation et à l'alphabétisation - illettrisme (Z 55.00). La capacité de travail était actuellement nulle compte tenu des troubles psychiques et de leur chronicisation et si l'assurée avait bénéficié d'arrêts de travail entre le 13 décembre 2006 et le 30 juin 2011 ordonnés par le Prof. G.\_\_\_\_\_, sa capacité de travail était probablement diminuée antérieurement, probablement déjà avant l'arrivée en Suisse, compte tenu du tableau clinique. Ces conclusions étaient étayées par la discussion qui suit :

Nous sommes en présence d'une femme de 57 ans, pour laquelle se pose tout d'abord la question du diagnostic psychiatrique. Il apparaît en effet du dossier que vous nous avez transmis, des divergences d'opinions diagnostiques. L'ensemble des professionnels consultés dans le cadre de la procédure AI, semblent s'accorder sur un trouble de l'humeur chez Madame Q.\_\_\_\_\_, avec toutefois de légères divergences. Nous retenons un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel peut être qualifié de moyen avec syndrome somatique. Le trouble de l'humeur se caractérise par un changement des affects et est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité. Un trouble dépressif se caractérise également par un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'activité. Nous retrouvons l'ensemble de ces caractéristiques chez Madame Q.\_\_\_\_\_, ainsi que les symptômes suivants associés : une diminution de l'estime d'elle-même et de la confiance en elle, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose et

pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil et de l'appétit. Nous n'observons en revanche pas de diminution de la concentration et de l'attention, ni d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires. Nous retenons un syndrome somatique dont les caractéristiques décrites par la CIM-10 et que nous retrouvons chez Madame Q. \_\_\_\_\_ sont : un réveil matinal précoce, une dépression plus marquée le matin, un ralentissement psychomoteur et un manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances habituellement agréables. Le syndrome somatique permet également de rendre compte du fait que la souffrance s'exprime chez Madame Q. \_\_\_\_\_ davantage dans la sphère corporelle et somatique que dans la sphère psychique, pour des raisons que nous expliciterons ci-après. Dans son rapport datant de février 2016, le Docteur B. \_\_\_\_\_ évoque un trouble dépressif récurrent qu'il qualifie de sévère. Nous retenons actuellement un état dépressif moyen et partageons les observations du Docteur B. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne le manque d'énergie et d'élan vital, la thymie triste, la distance émotionnelle, les sentiments de dévalorisation et de culpabilité, nous ne constatons toutefois pas chez Madame Q. \_\_\_\_\_ de manque de soin, les soins de base étant actuellement respectés. Nous ne constatons pas non plus une évolution « dans un état quasi végétatif ». Madame Q. \_\_\_\_\_ exprime en effet vivre « parce qu'il le faut ». Elle conserve toutefois la capacité de se rendre aux rendez-vous notamment dans le cadre expertal, de partager des moments de plaisir avec une amie, d'effectuer quelques tâches ménagères. Ainsi, si la symptomatologie dépressive est actuellement bien présente et handicapante, elle ne peut toutefois être qualifiée de sévère. Des périodes d'amélioration de l'état psychique avec une stabilisation de la symptomatologie étant décrites par le psychiatre traitant, il nous apparaît opportun de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, et non pas celui d'épisode dépressif retrouvé dans le rapport du Docteur N. \_\_\_\_\_ du 25 septembre 2015, qualifiant un épisode unique. Sur le plan de la symptomatologie anxieuse, les avis professionnels divergent. Le Docteur N. \_\_\_\_\_ ne met pas en évidence de symptômes d'anxiété parlant en faveur d'un trouble d'anxiété généralisée. Il relève toutefois des peurs et des angoisses diffuses, en lien avec les expériences traumatiques vécues et sans effet dans le fonctionnement au quotidien de l'assurée. Le Docteur B. \_\_\_\_\_ retient « des états d'anxiété et de tension importants, un évitement de la foule et de la confrontation à l'extérieur ». Il relate que « les rares moments à l'extérieur restent source d'anxiété extrême et d'attaques de panique, que Madame ne formule pas comme telles mais souligne que les sensations de tête qui tourne, de chaleur, de transpiration qui peuvent soudainement l'envahir et la forcer à rentrer chez elle le plus rapidement possible ». Lors de nos entretiens et malgré une investigation poussée, Madame Q. \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'évitement de la foule et/ou de l'extérieur. Elle ne relate pas non plus d'état de panique tant sur le plan psychique que physique, l'amenant à devoir regagner son domicile rapidement. Elle présente en revanche des symptômes anxieux, clairs, et réunit la quasi totalité des caractéristiques d'une personnalité anxieuse, à savoir : un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une perception d'elle-même comme socialement incompétente, sans attrait, ou inférieure aux autres, une préoccupation excessive par la crainte d'être critiquée ou rejetée dans les situations sociales, une restriction du style de vie résultant

du besoin de sécurité, un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui, de peur d'être critiquée, désavouée ou rejetée. Un trouble de la personnalité définit un état qui a tendance à persister et qui est l'expression caractéristique de la manière de vivre d'un individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Selon la CIM-10, il représente des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui, par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. Afin de retenir un trouble spécifique de la personnalité, nous devons retrouver chez l'individu des attitudes et des comportements nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, par exemple l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser et le mode de relation à autrui. Ce mode de comportement anormal doit être durable, persistant et non limité à des épisodes de maladie mentale. Il doit s'agir d'un mode de comportement anormal, profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. Ces manifestations apparaissent dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte. Le trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable et est habituellement associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. A la différence de nos collègues, nous retenons donc, chez Madame Q.\_\_\_\_\_, un trouble pré-existant aux multiples traumatismes vécus. En effet, Madame Q.\_\_\_\_\_ présente des symptômes d'angoisse, sous une forme peu classique, se manifestant essentiellement dans le corps ainsi qu'ils sont décrits dans le rapport du Docteur B.\_\_\_\_\_. Elle décrit également une peur diffuse avec une tendance à sursauter et une sensibilité exacerbée au bruit. Madame Q.\_\_\_\_\_ est toutefois catégorique et affirme avoir présenté ces symptômes de très longue date, avant même le début de la guerre. Ces symptômes se manifestent par ailleurs indépendamment, qu'elle soit chez elle ou à l'extérieur. En ce qui concerne le diagnostic d'état de stress post-traumatique ainsi que l'a constaté le Docteur N.\_\_\_\_\_, nous ne retrouvons pas chez Madame Q.\_\_\_\_\_ de flash-back ou de reviviscence, ni d'hyper-activation neurovégétative. Nous ne pouvons exclure qu'elle ait présenté ces symptômes dans le passé. Il est par ailleurs malaisé d'évaluer si ces derniers auraient pu évoluer vers une modification durable de la personnalité. En effet, si la clinique dépressive est vraisemblablement post-traumatique, les traits de personnalité essentiellement dans le domaine anxieux, semblent toutefois préexister au traumatisme. Nous pouvons par ailleurs penser qu'ils ont peut-être constitué un facteur de fragilité empêchant la résilience. Enfin, un dernier point nous apparaît, quand bien même nos collègues n'en font pas ou peu état, il s'agit des compétences cognitives, notamment de l'alphabétisation. Nous avons en effet été frappés par la nécessité d'utiliser avec Madame Q.\_\_\_\_\_ un langage et un vocabulaire très simples. Dès lors et comme mentionné ci-dessus, nous avons procédé à une rapide évaluation de ses capacités à la lecture, l'écriture et au calcul dans sa langue d'origine. L'évaluation est bien entendu trop sommaire pour pouvoir retenir un diagnostic formel. Une évaluation des compétences cognitives à l'aide de la WAIS-IV, permettrait d'affiner le diagnostic. Cette évaluation devrait toutefois être réalisée dans la langue d'origine de l'expertisée, et non via un traducteur, car cela compromet la validité du test. Selon nos observations toutefois,

Madame Q. \_\_\_\_\_ semble présenter un illettrisme, qui paraît par ailleurs compatible avec le court parcours scolaire de l'expertisée. Comme en témoigne l'ensemble de ces constatations, le tableau clinique est complexe. En effet, nous avons évoqué les difficultés une à une, mais elles sont bien entendu intriquées entre elles. Nous avons brièvement évoqué l'hypothèse selon laquelle le trouble de la personnalité anxieuse péjore la résilience et par conséquent, l'évolution du trouble dépressif. Par ailleurs, les difficultés cognitives et d'alphabétisation rendent plus difficile l'évaluation de l'expression symptomatique dans son ensemble. Nous partageons à cet égard l'avis du Docteur B. \_\_\_\_\_, qui relate que « l'assurée n'a pas les capacités cognitives d'expression pour pouvoir faire part de son état et de ses souffrances dans un langage occidental ». Ces aspects peuvent également constituer des facteurs qui favorisent une expression corporelle des symptômes.

En ce qui concerne la capacité de travail, rappelons que Madame Q. \_\_\_\_\_ n'a jamais travaillé en dehors du cercle familial dans son pays d'origine. Indépendamment de raisons contextuelles, (milieu agricole précaire, guerre, etc), nous pouvons faire l'hypothèse que des raisons individuelles, notamment les limitations cognitives restreignant les processus d'apprentissage et le trouble de personnalité anxieuse marqué par l'appréhension, la dévalorisation de soi et la crainte paralysante d'être critiquée, ont pu participer à cet état de fait.

En synthèse, Madame Q. \_\_\_\_\_ dispose de faibles ressources cognitives et psycho-affectives (probable illettrisme, pensée opératoire, peu de capacités introspectives, trouble de la personnalité anxieuse, trouble dépressif récurrent). Par conséquent, compte tenu de ce tableau, l'exposition aux événements de vie douloureux a constitué un stress majeur et les capacités de résilience ont été diminuées par les troubles préexistants. La dimension traumatique et ses conséquences dans la durée paraît dès lors bien présente, même si les manifestations actuelles ne constituent pas un diagnostic psychiatrique de syndrome de stress post-traumatique stricto sensu. C'est toutefois bien cette dimension traumatique et les capacités de résilience diminuées qui confèrent au tableau un aspect cristallisé, immuable. En effet, Madame Q. \_\_\_\_\_ apparaît figée, son parcours de vie semblant s'être arrêté à la mort de son fils. C'est également ces aspects qui ont vraisemblablement décompensé le trouble de la personnalité anxieuse préexistant et qui nourrissent le terrain de la dépression. La dimension traumatique et les faibles ressources cognitives et psycho-affectives rendent le tableau particulièrement complexe. Ainsi aux manifestations « classiques » d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité anxieuse, s'ajoute chez Madame Q. \_\_\_\_\_ un aspect figé et inéluctable lié à des traumatismes importants, qui l'amène à dépendre quasi entièrement d'un fils probablement parentifié de longue date, et qui limite ses capacités d'adaptation sociale, notamment sa capacité de travail.

Dans ses déterminations du 25 avril 2018, la recourante a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise précitée, selon lesquelles les troubles psychiques et leur chronicisation faisaient obstacle à

l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle depuis le mois de décembre 2006 à tout le moins.

Par courrier du 2 mai 2018 se référant à un avis médical du SMR du 24 avril précédent retenant une incapacité de travail antérieure à l'arrivée en Suisse, ce en raison de la diminution des compétences cognitives et d'un trouble de la personnalité existant depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte, l'office AI a indiqué que si une incapacité de travail en lien avec les affections pouvait être admise sur la base de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, il n'en demeurerait pas moins que cette incapacité existait selon toute vraisemblance avant l'entrée en Suisse de la recourante. Les conditions d'assurance pour l'octroi d'une rente ordinaire n'étaient par conséquent pas satisfaites. Il en allait de même pour une rente extraordinaire, l'intéressée étant arrivée en Suisse à l'âge de 43 ans et ne pouvant dès lors pas compter le même nombre d'années d'assurance que les personnes du même âge. Partant, l'intimé a proposé la confirmation de la décision attaquée quant à son résultat.

S'exprimant par pli du 22 mai 2018, la recourante a relevé qu'en concluant à la confirmation de la décision attaquée au motif que l'incapacité totale de travail en toute activité existait avant son entrée en Suisse, l'office AI avait procédé à une substitution de motifs. Le point de vue de l'administration n'était cependant pas corroboré par les pièces médicales au dossier. Outre que l'expert S.\_\_\_\_\_ avait usé de l'adverbe « probablement » pour déterminer l'époque à laquelle la diminution de la capacité de travail avait selon lui débuté, il avait également souligné l'absence d'informations médicales au dossier pour la période antérieure à l'arrivée en Suisse, soit avant 2003. Par ailleurs, à l'instar du Dr N.\_\_\_\_\_, il avait également mentionné l'exercice d'une activité lucrative en milieu agricole avant son arrivée en Suisse. Dès lors, l'hypothèse la plus probable était celle d'une invalidité apparue bien après son établissement en Suisse.

Le 16 juillet 2018, le conseil de la recourante a produit un rapport du 2 juillet 2018, co-signé du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin et psychiatre

psychothérapeute et de la psychologue et psychothérapeute FSP X.\_\_\_\_\_, pour valoir déterminations sur l'expertise judiciaire et l'avis subséquent du SMR. Ces praticiens ont notamment observé ce qui suit :

Le CMR (recte : SMR) affirme en effet que le trouble de la personnalité existe depuis l'adolescence de la patiente voire depuis le début de l'âge adulte, or il a été démontré que ce dernier découle du stress post-traumatique lui-même s'étant déclaré après son arrivée en Suisse et après même le début de son suivi psychologique. Précisons que l'état stress post-traumatique s'est déclaré en raison du vécu de guerre et de la perte tragique de son mari et de son fils aîné, exécutés durant le conflit en Bosnie.

L'état de stress post-traumatique ne s'est pas déclaré immédiatement, Madame et son psychisme continuant à fonctionner de manière probablement dissociée pour assurer la survie physique et psychique de ses deux autres enfants. Par ailleurs, les dépouilles de son mari et de son fils ont été retrouvées bien plus tard, un fait non sans une importance cruciale, à prendre en compte lorsqu'on parle d'un PTSD et/ou d'élaboration du deuil chez les personnes ainsi traumatisées.

De fait et avec certitude, nous confirmons que l'état de stress post-traumatique chez cette patiente s'est déclaré après son arrivée en Suisse et a eu lieu durant le suivi. Il a de fait été constaté par nous-mêmes une première fois. Les autres diagnostics posés, dont celui de la modification durable de la personnalité, découlent de cet état de stress et non d'une scolarité fort pauvre ou des capacités cognitives diminuées.

Madame a certes su faire preuve de résilience et a pu mettre en œuvre et mobiliser des ressources, de fonctionner et d'avoir un semblant de stabilité sur le plan psychique et physique notamment pour pouvoir être là pour son fils cadet alors très jeune. Notons qu'elle est aussi en traitement psychothérapeutique depuis de longues années, et qu'elle cherche à se sortir de la dynamique actuelle, étant investie dans le travail thérapeutique et compliant à tous les traitements médicamenteux proposés.

Mais avec le temps et les réminiscences des traumatismes et d'autres vécus difficiles, les défenses psychiques se sont affaiblies, rendant impossible une quelconque activité ou réadaptation professionnelle. Par ailleurs, le traitement thérapeutique n'a pas été allégé au sens propre du terme, mais espacé en raison des modestes visées thérapeutiques et de traitement.

Nous pouvons en effet dans le cas de cette patiente tout au plus espérer une stabilisation dans son état actuel, mais aucunement une guérison.

Dans une écriture du 17 août 2018, l'OAI a maintenu que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées et produit un avis du SMR du 15 août 2018, signé du Dr F.\_\_\_\_\_, selon lequel l'incapacité de travail

durable ne pouvait être survenue après l'arrivée en Suisse dans la mesure où, sur le plan chronologique, un trouble de la personnalité anxieuse se développe à l'adolescence/l'âge jeune adulte et la difficulté liée à l'éducation et à l'alphabétisation et un illettrisme ne peut intervenir *a posteriori* ou se perdre. Par ailleurs, un état de stress post-traumatique dure tout au plus une année et peut conduire à une modification durable de la personnalité mais pas à un trouble de la personnalité anxieuse.

La recourante n'a pas procédé plus avant.

### **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 17 mai 2016 contre la décision de l'office AI du 11 avril 2016 a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si et, le cas échéant, à partir de quand les atteintes à la santé de la recourante ont entraîné une incapacité de travail dans une mesure de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable et une fois déterminée la date de la survenance d'une éventuelle invalidité, si la condition de la durée de cotisations est réalisée.

La décision litigieuse n'est certes pas fondée sur la réalisation des conditions d'assurance. Cependant, l'OAI a conclu au rejet de la demande de prestations au motif que dites conditions n'étaient pas

réalisées et la recourante, par son conseil, a eu l'opportunité de se déterminer sur ce point de telle sorte qu'une substitution de motifs peut être envisagée sans violation du droit d'être entendu des parties (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb).

**3.** En premier doit être déterminé le droit applicable.

La cinquième révision de la loi sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215), la quatrième révision de cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3837, FF 2001 3045) ainsi que la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (RO 2002 3371, FF 1999 4168) ont modifié un certain nombre de dispositions concernant notamment le droit à la rente d'invalidité.

Le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité, ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité, s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA ainsi que de la quatrième révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 2 et 3.6 ; TF I 392/05 du 24 août 2006 consid. 3.2). La cinquième révision de la LAI n'a pas non plus apporté de modifications substantielles aux principes régissant l'évaluation du degré d'invalidité selon le droit antérieur de sorte que l'ancienne jurisprudence demeure valable dans ce domaine (TF 8C\_373/2008 du 28 août 2008, consid. 2.1).

En cas de changement de règles de droit, la législation en principe applicable est celle qui était en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

En l'occurrence, les faits juridiquement déterminants se sont produits au mois de juillet 2013, date de la demande de prestations AI, qui a fait partir le délai permettant de déterminer la naissance du droit à la rente.

Le droit à la rente devra dès lors être examiné sous l'angle des dispositions légales en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**4. a)** Selon le droit fédéral, 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 art. 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 être raisonnablement 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.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux de 50 % au moins, trois quarts de rente pour un taux

de 60 % au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

**c)** 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.

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). 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 (TF 9C\_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 ; TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

**d)** 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.

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.

**e)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, dans sa version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, ont droit aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent trois années entières au moins de cotisations, soit personnellement, soit par le biais de leur conjoint lorsque celui-ci a versé au moins le double de la cotisation minimale (cf. art. 29<sup>ter</sup> al. 2 LAVS en relation avec l'art. 32 al. 1 RAI et 50 RAVS).

**5. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**b)** En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise

judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références).

**6. a)** En l'espèce, la recourante présente des atteintes somatiques, dont aucun rapport médical n'indique qu'elles seraient incapacitantes. En effet, le Prof. G.\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail en raison d'un état anxio-dépressif chronique.

**b)** L'assurée présente également des atteintes psychiques que l'expert psychiatre S.\_\_\_\_\_ et le psychiatre traitant considèrent comme pleinement incapacitantes et chronicisées, au contraire de l'expert N.\_\_\_\_\_. Les conclusions de ce dernier expert ne sont actuellement plus soutenues par l'intimé et peuvent être écartées, ce d'autant que cette expertise n'a pas été réalisée selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 28, étendus aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et présente des lacunes, notamment s'agissant des éléments anamnestiques, ne permettant pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

**c)** S'agissant des diagnostics relevant de la sphère psychique, l'expert judiciaire et les médecins traitants s'accordent pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'expert le qualifiant de moyen et les médecins traitants de sévère. Le trouble dépressif récurrent étant par définition fluctuant, cette différence n'est pas déterminante dans le cas d'espèce. Au demeurant, l'expert qualifie de moyen l'épisode actuel, soit celui contemporain aux examens cliniques, ce qui n'exclut pas l'existence d'épisodes sévères à d'autres périodes.

L'expert S. \_\_\_\_\_ retient encore un trouble de la personnalité anxieuse. Les médecins psychiatres traitants diagnostiquent quant à eux une anxiété généralisée à titre de séquelles d'un état de stress post-traumatique (rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2013), respectivement considèrent que le trouble de la personnalité retenu par l'expert judiciaire résulte du stress post-traumatique, lequel serait au demeurant survenu après l'arrivée en Suisse et après même le début du suivi de la recourante (rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2018).

Cette dernière appréciation ne manque pas de surprendre sachant que la définition de l'état de stress post-traumatique selon la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (ci-après : CIM-10), spécifie que la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. Or, il est constant que la recourante a subi des événements traumatisants dans le cadre de la guerre de Bosnie-Herzégovine, éventuellement dans les suites immédiates de son mariage le 1<sup>er</sup> juillet 2003, ce qui rend peu crédible l'allégation d'un état de stress post-traumatique postérieur au début de la thérapie. Au demeurant, le premier médecin psychiatre traitant, consulté depuis octobre 2005, n'a pas observé lors de la thérapie les symptômes typiques de l'état de stress post-traumatique, notamment la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars. Bien au contraire, l'état de stress post-traumatique est antérieur à la première consultation d'octobre 2005 dans la mesure où le Dr B. \_\_\_\_\_ retient exclusivement des pathologies séquellaires à cette atteinte.

Par ailleurs, les troubles spécifiques de la personnalité, dont le trouble de la personnalité anxieuse, sont caractérisés par des perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité; elles s'accompagnent en général d'un

bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte (CIM-10 F.60).

Les auteurs du rapport médical du 2 juillet 2018 s'écartent ainsi complètement des critères de la CIM-10, non seulement en soutenant que l'état de stress post-traumatique serait survenu bien après l'arrivée en Suisse mais encore en imputant à cette atteinte le trouble de la personnalité retenu par l'expert, alors qu'il est médicalement admis qu'un tel trouble apparaît avec l'adolescence ou le début de l'âge adulte. A les lire, le trouble de la personnalité serait donc apparu chez la recourante passé la quarantaine. Leur appréciation en perd toute crédibilité.

L'expert judiciaire n'a au demeurant pas exclu que la recourante ait présenté les symptômes d'un état de stress post-traumatique par le passé et a considéré que la clinique dépressive était vraisemblablement post-traumatique, rejoignant en cela le Dr B.\_\_\_\_\_. En revanche, il n'a pas pu évaluer si ces symptômes post-traumatiques avaient pu évoluer vers une modification durable de la personnalité dans la mesure où des traits de personnalité essentiellement dans le domaine anxieux semblaient préexister au traumatisme.

S'agissant de cette symptomatologie anxieuse, l'expert a détaillé les éléments anamnestiques et les symptômes autorisant à retenir le diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse et à écarter celui d'anxiété généralisée posé par le Dr B.\_\_\_\_\_, en l'absence notamment de mention par l'assurée d'état d'évitement ou de panique. Par ailleurs, l'affirmation catégorique de la recourante quant à l'existence de symptômes caractéristiques avant même le début de la guerre vient clairement étayer le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité.

Il apparaît ainsi que les diagnostics ont été rendus *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la CIM-10, et discutés exhaustivement, en se basant sur une anamnèse circonstanciée, le dossier médical, les entretiens avec les médecins traitants et

thérapeute. L'expert a par ailleurs expliqué en quoi son analyse différerait de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu d'autres pathologies.

**d)** Les conclusions de l'expertise judiciaire quant à l'existence actuelle d'une incapacité de travail totale ne sont pas contestées par les parties. Demeure litigieuse la question de savoir à partir de quand la recourante a présenté une incapacité de travail et à quel taux.

La recourante conteste une incapacité de travail antérieure à 2006 en se prévalant de l'absence d'informations médicales attestant d'une quelconque incapacité de travail avant cette échéance d'une part et de son travail dans l'agriculture d'autre part.

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, l'évaluation rétrospective de la capacité de travail sur plusieurs années n'est pas rare et peut relever de la compétence d'un expert, auquel il incombe de se livrer à cette appréciation rétrospective à l'aide des données existantes, notamment anamnestiques et médicales, ainsi que de l'examen de la personne concernée. En l'occurrence, se fondant sur le tableau clinique, l'expert S.\_\_\_\_\_ conclut que la capacité de travail était probablement diminuée antérieurement à l'arrêt de de travail attesté par le Prof. G.\_\_\_\_\_ depuis le 13 décembre 2006, probablement déjà avant l'arrivée en Suisse en 2003. En l'espèce, l'expert n'exprime pas une simple hypothèse mais une probabilité, laquelle suffirait pour retenir une telle incapacité de travail selon la règle de la vraisemblance prépondérante (sur cette notion, ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il justifie au demeurant son appréciation en expliquant que les événements traumatiques vécus par la recourante et ses capacités de résilience diminuées par les troubles préexistants ont vraisemblablement décompensé le trouble de la personnalité anxieuse et contribuer à la dépression. Il observe encore que le parcours de vie de la recourante semble s'être arrêté à la mort de son fils. Cette analyse est cohérente au vu de la trajectoire de vie de la recourante et étaye le constat d'une incapacité de travail durable et importante antérieure à l'arrivée en Suisse. Elle repose par ailleurs sur une

anamnèse circonstanciée et une analyse fouillée de l'apparition et de l'évolution des atteintes à la santé psychique de la recourante.

Certes, le premier arrêt de travail dont a bénéficié la recourante, signé en l'occurrence du Prof. G.\_\_\_\_\_, débute le 13 décembre 2006 et le Dr B.\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail totale dès 2007 seulement (rapport médical du 3 juin 2014). Néanmoins, le Prof. G.\_\_\_\_\_ suivait la recourante depuis le 17 mai 2004, notamment pour un état anxio-dépressif répondant de manière mitigée au traitement médicamenteux et dans son rapport médical du 18 septembre 2013 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne des diagnostics incapacitants constatés en 2005 déjà, en l'occurrence depuis le début du suivi en octobre 2005. De surcroît, l'indication dans le rapport précité d'un état d'esprit fondamentalement inchangé permet de déduire que l'incapacité de travail totale attestée dès 2007 devait en fait déjà être présente au début de la prise en charge thérapeutique, ce qui est au demeurant corroboré par l'échec des tentatives d'exercice d'une activité professionnelle, imputé en l'occurrence à l'état de santé, notamment psychique, de la recourante. Ces éléments médicaux tendent plutôt à confirmer la conclusion de l'expert.

Enfin, étant rappelé que la capacité de travail doit être évaluée sur la base d'observations médicales, l'existence d'un travail dans l'agriculture ne contredit quoi qu'il en soit pas l'expertise. Il s'agissait en effet d'une activité consistant seulement en une aide apportée à l'exploitation agricole familiale. Il ne saurait donc en être déduit le constat d'une capacité de travail permanente et durable.

Force est en conséquence de constater qu'en l'absence d'élément susceptible de remettre en cause l'appréciation de l'expert S.\_\_\_\_\_, il convient de retenir que la capacité de travail de Q.\_\_\_\_\_ est nulle depuis 2003 à tout le moins et que l'incapacité totale de travail a perduré depuis lors sans changement.

**7.** En tenant compte d'une incapacité de travail totale existant déjà lors de l'arrivée en Suisse le 6 janvier 2003, l'invalidité est réputée survenue le 5 janvier 2004 au plus tard.

Il ressort du compte individuel de la recourante du 30 juillet 2013 que le versement de cotisations a débuté au 1<sup>er</sup> janvier 2004 au titre de personne sans activité lucrative, auquel s'ajoutaient les cotisations versées par son époux pendant la durée du mariage, en l'occurrence depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 également. Dès lors que la recourante ne justifiait pas, personnellement ou par le biais de son conjoint, de trois ans de cotisations à la date de la survenance de l'invalidité, soit le 5 janvier 2004, le droit à une rente ordinaire d'invalidité n'est pas ouvert.

Il en irait au demeurant de même en retenant comme point de départ de l'incapacité de travail le début des consultations auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, soit octobre 2005, étant rappelé que selon la jurisprudence, une diminution de 20 % de la capacité de travail est déjà considérée comme pertinente s'agissant de la détermination du délai d'attente.

**8.** Doit enfin être examiné le droit de la recourante à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité.

Selon l'art. 39 al. 1 LAI, en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), le droit à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité est réservé aux ressortissants suisses.

A teneur de l'art. 42 al. 1 LAVS, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins.

La condition de la durée d'assurance complète est réalisée lorsqu'une personne a été assurée obligatoirement ou facultativement sans interruption depuis le 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'accomplissement de sa 20<sup>e</sup> année jusqu'à la survenance de l'évènement assuré (ATF 131 V 390 consid. 2.4).

Par l'exigence liée au nombre d'années, l'art. 42 al. 1 LAVS ne vise pas les requérants qui comptent une lacune de cotisations du fait de leur non-assujettissement à l'assurance pendant une certaine période de leur vie depuis le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date où ils ont eu vingt ans révolus. Il vise des personnes qui, n'ayant pas encore atteint l'âge déterminant ou qui, tout en ayant été assujetties à l'assurance-invalidité suisse depuis cette limite d'âge, n'ont pas, avant la survenance du risque, cotisé du tout ou pendant une année (jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement trois ans (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), faute d'y avoir été obligées. Le but de la réglementation sur les rentes extraordinaires de l'AI est de ne pas pénaliser – parce qu'elles n'ont pas été tenues de payer des cotisations pendant une année avant la réalisation du risque – les personnes pouvant atteindre une durée d'assurance complète en vue de l'octroi d'une rente de vieillesse AVS. Peuvent donc se voir allouer une rente extraordinaire d'invalidité exclusivement des personnes qui sont encore susceptibles d'atteindre une durée d'assurance complète, en vue de l'octroi d'une rente de vieillesse de l'AVS, jusqu'au 31 décembre précédant l'âge terme (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1 et les références).

Par ailleurs, dans la mesure où une rente extraordinaire serait octroyée à un ressortissant suisse, elle doit également, pour éviter une discrimination directe fondée sur la nationalité, être accordée à une personne de nationalité étrangère pouvant se prévaloir du principe d'égalité de traitement, comme si cette personne possédait la nationalité suisse (ATF 131 V 390 consid. 7.2). En l'occurrence, la Convention de sécurité sociale conclue entre la Suisse et la Yougoslavie du 1<sup>er</sup> mars 1964, laquelle est toujours applicable à la Bosnie-Herzgovine et à ses ressortissants, prévoit, sous réserve des dispositions de la Convention et de son Protocole final, que les ressortissants suisses et yougoslaves

« jouissent de l'égalité de traitement quant aux droits et aux obligations résultant des dispositions des législations énumérées à l'article premier » (art. 2 de la Convention).

En l'espèce, la recourante est arrivée en Suisse le 6 janvier 2003, soit à près de 43 ans ; elle n'a pas cotisé auparavant (cf. extrait du compte individuel du 30 juillet 2013). Elle ne compte donc pas le même nombre d'années de cotisations qu'un assuré de sa classe d'âge. Les conditions à l'octroi d'une rente extraordinaire ne sont donc pas remplies.

**9.** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 11 avril 2016 doit être confirmée par substitution de motifs.

**a)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGa).

**b)** La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 17 mai 2016 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Une indemnité partielle de 1'828 fr. 45, pour la période courant du 17 mai 2016 au 31 décembre 2017 a déjà été versée au conseil d'office selon décision du 29 janvier 2018. Ce dernier a produit sa liste finale des opérations le 31 octobre 2019. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Carré est arrêtée à 854 fr. 90, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, par substitution de motifs.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 854 fr. 90 (huit cent cinquante-quatre francs et nonante centimes) débours et TVA compris, pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 octobre 2019.

**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 :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :