

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Pasche et M. Merz
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat, pour le compte d'Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 28, 28a, 36 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 26 août 2009, le Centre social régional de [...] a communiqué le cas de l'assurée J._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en juillet 1955 et d'origine brésilienne, en vue d'une détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Il était indiqué que l'assurée souffrait de dépression, angoisse, troubles du sommeil et de la mémoire. Elle avait travaillé dans la restauration, soit pendant trois mois chez [...].

Le 16 octobre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations AI, dans laquelle il était indiqué qu'elle était originaire du Brésil, qu'elle était entrée en Suisse le 21 novembre 1996 et qu'elle était citoyenne suisse depuis 2002. Elle n'avait pas appris de profession, n'exerçait pas d'activité lucrative, étant femme au foyer. Elle s'était mariée en 1997 et divorcée en 2008. Il était indiqué qu'elle souffrait de dépression chronique, troubles du sommeil, de la mémoire, kystes à la matrice, hernie à l'estomac, fibromyalgie, ablation de la vésicule biliaire. La dépression existait depuis l'adolescence, les autres maux s'étaient greffés par la suite.

L'extrait de son compte individuel AVS atteste qu'elle a travaillé de juillet à octobre 2001 chez [...] à [...].

Au moyen du formulaire 531bis, l'assurée a déclaré que si elle avait été en bonne santé, elle aurait toujours travaillé à 100% comme aide de cuisine, aide au ménage ou dans la restauration.

Dans un rapport médical du 28 mars 2007, la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que l'assurée lui avait été adressée en semi-urgence, en raison d'un état dépressif de très longue date, devenu aigu, avec demande d'hospitalisation. On extrait ce qui suit de ce rapport médical:

"Histoire personnelle

Patiente d'origine brésilienne. Elle décrit une vie là-bas difficile en raison de la pauvreté de ses parents. Elle aurait déjà fait un premier état dépressif à 15 ans, puis à nouveau à 20 ans où elle était traitée par des généralistes, mais aussi par des psychiatres et des médicaments. La patiente est tombée enceinte à l'âge de 28 ans, son ami n'a pas voulu assumer cette grossesse et l'a quittée. C'est le père de la patiente qui l'a aidée à élever sa fille Fanny, actuellement âgée de 23 ans. Au Brésil, la patiente a travaillé en école maternelle. (...) Concernant le travail, la patiente n'a travaillé qu'une fois en Suisse durant environ 3 mois dans un restaurant. Par la suite, elle a dû interrompre en raison de problèmes de santé physique. Elle a été opérée des tunnels carpiens.

Problèmes actuels

(...)

physiques:

La patiente présente un certain nombre de somatisations, mais aussi une hernie hiatale traitée et différents autres problèmes somatiques mineurs.

(...)

Status médical:

(...) Son français est limité, la communication semble possible, mais il y a certainement quelques troubles de la compréhension. La patiente demande d'emblée une hospitalisation en milieu psychiatrique. Elle ne présente pas de troubles de la conscience, de l'attention, de l'orientation (...). Elle reste à tout moment cohérente, sans symptôme floride de la lignée psychotique, ni trouble de la pensée. La thymie est triste, l'expression assez théâtrale, elle semble passablement énermée et perdue. Sa demande est celle d'une solution immédiate à ses symptômes (...).

(...)

Résumé anamnestique:

Il s'agit d'une patiente qui présente des symptômes mixtes, dépressifs, anxieux et somatoformes, voir histrioniques dans le contexte d'un conflit conjugal. Depuis fin 2006, la patiente a entamé une procédure de séparation et divorce et vit actuellement auprès de sa sœur. Elle est suivie par le service social de la commune.

Madame J. _____ a des demandes insistantes et revendicatrices pour les médicaments qui soulageraient sa souffrance mais qu'elle ne tolère pas forcément bien, multiples changements de médicaments depuis plusieurs années par le Dr [...], médecin traitant, faisant de probables états confusionnels sur Nozinan et Remeron.

Diagnostics:

- Troubles anxieux et dépressif mixte F41.2
- Dislocation de la famille par séparation et divorce Z63.5
- Difficultés liées à l'acculturation Z60.3
- Difficultés liées au logement et aux conditions économiques Z59.
(...)"

Dans son rapport médical du 3 octobre 2008, adressé à la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant depuis mai 2008, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a indiqué ce qui suit:

"Problème actuel:

Sa situation professionnelle et sociale est précaire. La patiente n'a pas de travail. Elle avait commencé un stage en décembre 2007 mais a dû arrêter en mars 2008 car elle allait trop mal. (...)

Elle décrit des troubles du sommeil (elle dort de 03:00 à 07:30), une diminution de l'appétit, des pleurs, des idées noires, des troubles de mémoire, une perte de plaisir, une humeur triste s'aggravant depuis janvier 2008 et des sentiments d'angoisse s'aggravant depuis février 2008. L'angoisse est moindre quand elle est entourée par des gens et se manifeste par une oppression thoracique, des bouffées de chaleur, des sueurs, la peau qui brûle, des palpitations. Ces angoisses sont constantes et elle n'a pas eu d'attaques de panique. Elle décrit une aggravation matinale.

Antécédents psychiatriques:

La patiente dit toujours s'être sentie mal, ayant des troubles du sommeil dès l'âge de 17 ans. Elle décrit plusieurs périodes dans lesquelles elle se sentait triste, avait moins de plaisir, pleurait fréquemment, ruminait et avait moins d'appétit pendant plusieurs mois. Elle décrit une telle période en avril 2006, ainsi que deux ans après son mariage. Cependant, entre ces périodes, elle se dit quand-même affectée par des sentiments de tristesse et d'injustice surtout par rapport aux comportements de son mari envers elle.

Contexte familial, social et professionnel:

(...) Dès son arrivée en Suisse, elle s'est mariée avec un homme qu'elle décrit comme froid, méchant, contrôlant et ne respectant pas des désirs sur le plan affectif et sexuel. Elle dit avoir été souvent dépressive avec des idées noires. Elle a demandé le divorce en 2006 après 10 ans de mariage (...). C'est alors qu'elle va habiter chez sa sœur et qu'elle cherche de l'aide auprès de son généraliste le Dr [...] (...) et auprès de (...) vous-même. Elle dit avoir bénéficié d'entretiens mensuels et de médication jusqu'à son déménagement chez sa fille à [...] en juillet 2007, moment où elle a arrêté tout suivi. Elle a habité en colocation avec sa fille jusqu'à mars 2008 (...). La patiente a fini par trouver une chambre d'hôtel payée par l'aide sociale.

(...) Elle a peu d'expérience professionnelle. La seule expérience a été faite en 2001 quand elle a travaillé pendant 3 mois chez [...]. Elle a dû arrêter le travail à cause de ses problèmes aux mains, pour lesquels elle a été opérée. Depuis, elle dit ne plus trouver de travail et se sentir désespérée à ce sujet, ce qui a été appuyé par l'expérience difficile de son stage de décembre 2007 à mars 2008 dans le triage de vêtements. Elle ne supportait pas ses collègues, les trouvant trop agressifs. Elle pleurait fréquemment sur son travail et avait des pensées suicidaires. Son chef a demandé au chômage d'arrêter le stage.

Status:

(...) La présentation est correcte et elle est orientée aux quatre modes. Elle présente des sentiments de tristesse, des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit, des pleurs, des idées noires, des troubles de mémoire, une perte de plaisir présente de longue date et s'aggravant depuis janvier 2008. Elle présente également des sentiments d'angoisse s'aggravant depuis février 2008. On relève des troubles affectifs (humeur déprimée, perte d'espoir, irritabilité, discordance affective), des troubles du dynamisme et de la psychomotricité (diminution du dynamisme), des troubles de l'attention et de la mémoire (troubles de la concentration), des troubles formels de la pensée (fuite d'idées, pensée bloquée, ruminations) et une logorrhée. Il n'y a pas de signes d'abus d'alcool ou de substances psycho-actives, ni de symptôme psychotique. Elle se défend par la projection, la dévalorisation de l'objet et le déni.

Diagnostics:

- Dépression chronique, épisode actuel moyen avec symptomatologie somatique
- Anxiété généralisée

Diagnostic différentiel:

trouble bipolaire, épisode mixte.

Discussion:

Cette patiente décrit des symptômes d'un trouble de l'humeur se manifestant par un sentiment de tristesse, des pleurs, des troubles de sommeil, une diminution de l'appétit et une perte de plaisir étant présents de longue date. Nous mettons par ailleurs en évidence un trouble anxieux se manifestant par des sentiments d'angoisse, des bouffées de chaleur, des transpirations, des palpitations. Comme diagnostic différentiel, nous évoquons un trouble bipolaire, épisode mixte, car la patiente a évoqué une fuite des idées, des barrages et elle parle de manière logorrhéique. La patiente demande de l'aide pour pouvoir trouver un appartement, un travail et une médication. (...). Elle est ambivalente pendant l'investigation, voulant rompre à plusieurs moments. Nous notons une problématique autour d'une insatisfaction chronique qu'elle semble avoir mise en place pour se défendre contre ses angoisses. Elle semble dépendante des autres pour pouvoir fonctionner. (...)"

Dans son rapport médical du 29 octobre 2009 adressé à la Dresse L._____, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a expliqué que l'assurée lui avait été adressée car elle se plaignait de céphalées très importantes et de troubles de la mémoire. L'examen neurologique était rassurant et il avait surtout eu l'impression, lors des entretiens avec l'assurée, que celle-ci présentait "une importante surcharge fonctionnelle liée à un contexte existentiel dans la mesure où la pension payée par son ex-mari (...) arrivait à échéance en 2010" et que l'assurée "ne s'estimait pas en mesure de pouvoir s'engager dans une activité professionnelle

malgré une formation à l'origine dans le secrétariat et plus tard d'enseignante dans son pays d'origine".

Dans son rapport médical du 9 décembre 2009, la Dresse L._____ a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une dépression chronique avec symptomatologie somatique, une anxiété généralisée, des troubles bipolaires, des troubles du sommeil, des angoisses, des troubles de la concentration ainsi que de l'appétit. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a indiqué une diverticulose, des polypes sigmoïdiens, une hernie hiatale, une sub-occlusion chronique du sigmoïde, status post cholécystectomie, ablation d'un fibrome de la matrice. Elle a constaté un problème de surcharge fonctionnel dans un contexte existentiel difficile à résoudre malgré le traitement psychiatrique. Elle a posé un pronostic réservé pensant que l'assurée ne pourrait pas retrouver du travail et qu'elle aurait besoin d'un appui psychiatrique constant et des services sociaux. Elle a également mentionné que depuis qu'elle connaissait l'assurée, soit depuis 2008, celle-ci n'avait jamais eu de travail et que par conséquent, on pouvait considérer que l'incapacité de travail était totale depuis 2008. Selon elle, aucun travail n'était possible pour l'assurée.

Dans son avis médical du 3 mars 2010, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a relevé ce qui suit:

"La Dresse L._____, médecine générale FMH, atteste une incapacité de travail dans toute activité du monde de l'économie depuis mai 2008, date du début de son suivi médical. Elle retient comme diagnostic influençant l'exigibilité, une dépression chronique avec symptomatologie somatique et une anxiété généralisée qui sont confirmées par un consilium psychiatrique réalisé en octobre 2008 à la consultation de [...] par le Dr B._____. Par contre un trouble bipolaire a été retenu qui n'a été retenu ni évoqué par les psychiatres consultés. L'assurée n'a pas de suivi psychiatrique habituel. (...) Le neurologue consulté a noté une impression d'importante surcharge fonctionnelle liée à un contexte existentiel et social.

Il convient donc de mettre en place un examen psychiatrique SMR ou une expertise psychiatrique en présence d'un interprète (...)"

L'assurée a été soumise à l'expertise du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en date du 30 juillet 2010, en présence d'un interprète. Dans son rapport d'expertise du 16 août 2010, ce médecin a indiqué notamment ce qui suit:

"Extraits du dossier:

(...) L'assurée fait remonter la dépression à l'adolescence en précisant que les autres maux sont apparus par la suite.

(...)

Préambule:

L'assurée a été examinée avec l'aide d'un interprète français/portugais. Malgré cette mesure, elle s'est montrée brouillonne. L'anamnèse a été difficile. Il est vraisemblable qu'on n'ait pas à disposition toutes les informations et que d'autres ne parviennent au dossier que dans un second temps.

Le soussigné est toutefois d'avis qu'il a obtenu les informations nécessaires pour répondre à vos questions au vu de ce qu'il y a déjà au dossier au sujet de Mme J._____.

Anamnèse personnelle:

L'assurée dit être née dans une ville du nord est du Brésil (...).

Au départ, elle dit que son développement psychomoteur (acquisition de la marche, du langage et de la propreté) aurait été rigoureusement normal. Dans un deuxième temps, elle finit par admettre avec honte qu'elle était en retard, sans pouvoir ou vouloir donner d'autres précisions.

La scolarité aurait été laborieuse. L'assurée aurait effectué onze ans d'école. Elle aurait échoué quatre années scolaires.

Par la suite, l'assurée rapporte l'histoire embrouillée d'une formation comme auxiliaire enseignante entre 1987 et d'une activité dans ce métier entre 1990 et 1993 dont la nature paraît avoir été essentiellement occupationnelle. Elle aurait dû interrompre cette activité parce qu'elle échouait régulièrement les tests qui lui étaient imposés. L'assurée ne rapporte pas d'autre activité professionnelle au Brésil.

L'expertisée dit être venue en Suisse en 1996. Elle dit n'avoir travaillé qu'à partir de 2001 pour une période de trois mois aux cuisines d'un restaurant [...]. Elle dit avoir été remerciée, sans qu'on en sache plus.

Tant l'assurée que le dossier ne rapportent pas d'autres emplois qu'un stage de quelques mois en 2007-2008 qu'elle a dû arrêter parce que, selon le dossier, elle allait trop mal.

(...)

Antécédents psychiatriques et affection actuelle:

L'assurée rapporte des troubles psychiques aussi loin qu'elle se souvienne. Une première pathologie dépressive et anxieuse franche se serait manifestée à l'âge de 15 ans. L'expertisée dit avoir été examinée et traitée par un médecin psychiatre. Depuis lors, elle dit avoir été

longtemps sous une médication psychotrope. Elle parle d'au moins deux rechutes au Brésil, l'une à 20 ans et la dernière à 28 ans dans le post-partum de la naissance de sa fille.

C'est dans le contexte du conflit conjugal, de l'acculturation difficile en Suisse et d'une certaine précarité économique que l'expertisée présente à nouveau des troubles psychiatriques. Dans la règle, elle a été suivie par ses médecins de premiers recours. Elle a consulté quelques temps au service psychosocial de Bulle puis à la consultation psychiatrique de [...] à Lausanne. Il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu spécialisé. Tant l'assurée que les documents au dossier ne rapportent pas de rémission.

(...)

Plaintes actuelles:

Les plaintes de l'assurée sont des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'appareil locomoteur, entre autres choses. Elles comprennent également des plaintes plus purement psychiatriques du registre dépressif et anxieux. Celles-ci dominent le tableau symptomatologique.

Les douleurs touchent essentiellement les lombes. Elles irradient dans le membre inférieur gauche jusqu'aux deux premiers orteils. Elles descendent moins bas à droite. Elles augmentent à l'effort. Elles augmentent également au maintien de positions fixes. Ces douleurs font actuellement l'objet d'investigations.

Par ailleurs l'expertisée rapporte une symptomatologie dépressive comprenant la tristesse, la perte du plaisir et une fatigue anormale. Elle relate encore des difficultés de concentration et des oublis. Les troubles du sommeil touchent essentiellement le début et le milieu de la nuit. L'appétit serait diminué. L'assurée dit qu'elle a récemment perdu du poids. Mme [...] réfute les idées suicidaires et la culpabilité pathologique.

L'assurée décrit par ailleurs une angoisse relativement importante ayant ses manifestations somatiques (oppression thoracique, bouffées de chaleur, sudations, palpitations), qui ne surviennent pas en crise. Il ne s'agit donc pas d'attaque de panique, mais d'un état ayant un caractère permanent. Elle se dit fortement irritable. Elle dit avoir l'impression d'être constamment à bout. Tous ces symptômes dureraient depuis des années.

(...)

Observations:

L'assurée (...) est constamment au bord des larmes. (...)

L'assurée se montre très en confiance avec une attitude infantile. Elle collabore au mieux. L'entretien a pourtant été difficile. Mme [...] est prolix. Il est difficile de cadrer son discours. De simples questions comme celle de l'âge de son père reçoivent la réponse de longs monologues explicatifs qu'il est difficile de faire tarir.

La présentation est déroutante. Elle peut effectivement évoquer un état mixte. L'humeur peut être rapidement changeante. L'expertisée s'effondre en larmes dès qu'on aborde des sujets tristes ou traumatiques. Elle se montre par ailleurs vive avec un discours qui peut être accéléré.

(...)

L'impression globale est celle d'une personne démunie et souffrante (...). Même si l'assurée montre un bon instinct de survie et saisit bien les différents canaux à même de lui octroyer des ressources, elle semble désemparée et est vraisemblablement incapable de se débrouiller de façon autonome.

Tests psychologiques:

Dans le contexte d'un tableau dépressif et malgré ses caractéristiques atypiques, le soussigné a effectué l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton.

En date du 30.07.2010, l'assurée obtient un score de 19, ce qui est à la limite inférieure de l'état actuel moyen (17 à 26).

Diagnostic:

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de:

- Trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) F32.1
- Trouble anxiété généralisée (F41.1)

(...)

Le tout évoque fortement un trouble envahissant du développement et des séquelles de psychose infantile.

Résumé du cas:

(...)

L'impression globale de tous les intervenants est celle d'une personne qu'il ne sera probablement jamais possible d'intégrer dans le monde ordinaire du travail. Il est par ailleurs probable que l'assurée n'a jamais été capable de s'intégrer durablement dans le monde ordinaire du travail.

Appréciation diagnostique:

En l'état, le soussigné rejoint les appréciations diagnostiques qui figurent jusqu'ici au dossier, à savoir celle d'un trouble dépressif majeur (épisode actuel moyen, chronique) et le trouble anxiété généralisée.

- *Trouble dépressif*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs majeurs sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent les affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elle seule.

(...) Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, pour les activités habituellement agréables (2), et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'appétit et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6), et de la modification de l'appétit (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère.

- L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.
- L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.
- L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

Dans le cas présent, on a essentiellement une symptomatologie dépressive. L'assurée rapporte les critères cardinaux de l'épisode dépressif (tristesse, fatigue, perte d'intérêt). Elle rapporte des critères secondaires qui ont été mentionnés dans ses plaintes. On est alors en droit de retenir un épisode dépressif. Tant les critères de la CIM-10 que le score de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton font qualifier cet épisode de gravité moyenne. L'histoire de l'assurée parle plutôt contre une récurrence. Il pourrait s'agir d'un seul et même épisode dépressif débuté à 15 ans qui n'a jamais vu de rémission complète. Sachant que la symptomatologie actuelle a vraisemblablement duré au moins depuis deux ans, on peut utiliser le qualificatif de chronique, comme le prévoit le DSM-IV-TR dans ce cas.

Au terme de cette réflexion diagnostique, le soussigné retient le trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique), selon la terminologie du DSM-IV-TR.

La possibilité d'un trouble bipolaire reste ouverte, la présentation actuelle de l'assurée évoquant occasionnellement un épisode dit mixte au vu d'une humeur instable et d'un discours prolix et parfois accéléré.

- *Trouble anxiété généralisée*

Le trouble anxiété généralisée était d'abord un groupe résiduel du chapitre des troubles anxieux. Il a peu à peu pris du galon et gagné en spécificité. Le DSM-IV-TR le définit aujourd'hui comme une situation clinique d'anxiété et de soucis excessifs (travail, performances scolaires, rôle sociaux) durant au moins six mois que le sujet considère comme anormaux et qui engendrent une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Le tableau clinique doit encore comprendre au moins trois symptômes sur une liste de six. Ces symptômes sont la fatigabilité (1), l'irritabilité (2), la tension musculaire (3), l'agitation ou la sensation d'être à bout (4), les difficultés de concentration ou les trous de mémoire (5), et la perturbation du sommeil: endormissement, sommeil fragmenté et non récupérateur (6).

Le trouble apparaît la plupart du temps dans l'enfance et l'adolescence, un début après l'âge de 20 ans possible. L'évolution est

chronique et fluctuante. Le trouble anxiété généralisée s'aggrave constamment au cours des périodes de stress.

Dans le cas présent, on a tout de même une personne anormalement inquiète qui tend à se faire des soucis excessifs depuis des années, même si sa situation existentielle a aussi pu le justifier. De façon plus caractéristique, on trouve encore l'irritabilité qui est une plainte spontanée de l'assurée. On trouve la fatigabilité, la tension musculaire anormale et l'impression d'être au bout du rouleau. On trouve différentes plaintes intellectuelles (oublis, troubles attentionnels) et la perturbation du sommeil.

Même si certains de ses symptômes se recoupent avec le tableau dépressif, il paraît justifié de retenir le trouble anxiété généralisée, l'état anxieux allant au-delà de ce qu'on attend dans un simple épisode dépressif.

- *Autres pathologies psychiatriques*

Les douleurs de l'appareil locomoteur sont en cours d'investigations. Même si leurs fondements organiques étaient minces, le soussigné ne pense pas qu'on doive retenir un trouble somatoforme. Un tel trouble n'a apparemment jamais été évoqué au dossier. Les plaintes purement psychiatriques dominent le tableau clinique.

La question d'un trouble de la personnalité peut se poser chez une assurée qui a tout de même été instable et qui a présenté des troubles psychiques au moins dès les débuts de l'âge adulte. En l'état du dossier, on peut néanmoins admettre que la dépression et l'anxiété chronique telles que définies par les troubles de l'axe I du DSM retenus plus haut suffisent à décrire le parcours clinique de Mme J._____. Pour ce motif, le soussigné ne note pas de trouble de la personnalité dans ce cas. On doit néanmoins noter des traits dépendants marqués.

La question d'un retard mental léger se pose également chez une personne qui montre peu d'efficacité intellectuelle et dont les capacités adaptatives paraissent très restreintes. Cette hypothèse aurait ses fondements dans un éventuel retard développemental et des difficultés scolaires majeures qui paraissent se dégager de l'anamnèse. Le tout évoque fortement un trouble envahissant du développement et des séquelles de psychose infantile, en particulier.

Appréciation assécurologique

Actuellement, on se trouve face à la situation d'un trouble dépressif chronique et d'un trouble anxiété généralisée.

Ces deux troubles engendrent des limitations. Le trouble dépressif vaut pour une diminution du rendement que déterminent la perte d'intérêt et la fatigue anormale. Les difficultés attentionnelles perturberaient le fonctionnement de l'assurée, même dans une activité d'aide de cuisine. Ses troubles de concentration et les oublis la rendraient peu fiable.

L'assurée est très sensible au stress. Elle s'effondre en larmes dès qu'il y a pression. Un tel comportement de réponse au stress ne serait tout simplement pas supportable sur les lieux du travail.

Le trouble anxiété généralisée vient en sommation des limitations relevant du trouble dépressif. Il explique l'intolérance au stress. Il contribue au mauvais fonctionnement intellectuel (oublis, inattentions). Il fonde l'irritabilité qui peut être problématique dans les relations interpersonnelles.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère que cette assurée n'est pas à même d'œuvrer dans le monde ordinaire du travail. Elle ne l'a probablement jamais été sur la durée. L'incapacité de travail est de 100% (...) et remonte à de nombreuses années et peut-être au début de l'âge adulte, sachant que l'assurée n'a jamais fait preuve d'une véritable intégration professionnelle sur la durée. Elle remonte au moins à 2001, soit au seul emploi que l'assurée paraît avoir exercé en Suisse, en l'état des informations à disposition.

(...)

Sur le plan professionnel, le soussigné ne voit pas ce qu'on peut proposer à cette assurée. Le stage tenté en 2007 a tourné court. Un reclassement professionnel n'a aucun sens. Une mesure d'aide au placement pourrait se justifier si l'état de santé de l'assurée allait vers une amélioration conséquente, ce qui paraît improbable. L'observation actuelle parle pour une situation définitivement fixée.

Conclusions:

En conclusion, Mme J. _____ est une ressortissante brésilienne de 55 ans qui donne les antécédents d'une enfance vraisemblablement carencée, d'un probable retard mental et de difficultés scolaires.

La suite est faite de troubles psychiques au moins dès l'âge de 15 ans et de l'installation d'un trouble anxieux et d'un trouble dépressif sans rémission jusqu'ici.

Pour le reste, l'assurée ne semble jamais avoir occupé un emploi stable et lui assurant son revenu, hormis pour une période d'auxiliaire dans une école dont on ne sait pas grand-chose. Elle n'est vraisemblablement pas capable de vivre de façon complètement autonome. Un retard mental ou une pathologie liée à un trouble bipolaire pourrait en être l'explication, sans qu'on en sache plus. D'autres hypothèses pourraient être retenues, comme celles de séquelles d'une psychose infantile.

Le soussigné a renoncé à aller plus loin dans les investigations, puisque, de toute évidence, l'expertisée ne peut pas fonctionner dans le monde ordinaire du travail. Il n'est d'ailleurs pas exclu qu'on doive mettre en place des mesures d'interdiction civile (tutelle ou curatelle), si les proches et les intervenants sociaux n'étaient plus à même d'assurer la gestion des affaires de l'assurée" .

Dans son rapport du 28 septembre 2010, le Dr Z. _____ du SMR a considéré que l'expertise du Dr D. _____ était précise et convaincante et a fait siennes les conclusions de ce dernier.

Par communication du 14 janvier 2011, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé.

Par projet de décision du 29 mars 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée que la demande de rente était rejetée au motif qu'elle ne remplissait pas les conditions générales d'assurances fixées par l'art. 36 LAI. En effet, la survenance de l'invalidité, concernant le droit à la rente, était antérieure à son arrivée en Suisse, car les pièces médicales au dossier indiquaient qu'elle présentait une atteinte à la santé avec répercussion négative sur sa capacité de travail et de gain depuis de nombreuses années, avant son entrée en Suisse.

Par acte du 9 mai 2011, l'assurée a fait valoir des objections au projet de décision précité. Elle a invoqué que son état de santé était grave, qu'elle souffrait d'une hernie discale et d'autres problèmes de santé l'empêchant de travailler. Elle a produit un certificat médical du 9 mai 2011 émanant de son médecin généraliste traitant, la Dresse C._____. Cette dernière a indiqué que l'état de santé psychique de l'assurée s'était nettement aggravé depuis le refus de rente et que par ailleurs, elle présentait des atteintes à sa santé physique qui avaient un effet sur sa capacité de travail. Elle faisait valoir que ces pathologies physiques n'avaient pas fait l'objet de mesures d'instruction.

Par courriers des 11 mai et 7 juin 2011 adressés respectivement à la Dresse C._____ et à l'assurée, l'OAI leur a répondu que le certificat médical du 9 mai 2011 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

Par décision du 7 juin 2011, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité de l'assurée, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision du 29 mars 2011.

B. Par acte du 5 juillet 2011, J._____ a formé recours contre la décision du 7 juin 2011 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. A l'appui de ses

conclusions, elle a fait valoir que les diverses pathologies physiques dont elle souffrait, attestées par la Dresse C._____, étaient apparues après son arrivée en Suisse et lui donnaient donc droit à des prestations de la part de l'assurance-invalidité. Elle demandait une instruction complémentaire à ce sujet, afin de déterminer quelles étaient les troubles physiques dont elle souffrait et cas échéant quelle était sa capacité de travail résiduelle à ce titre. Elle a par ailleurs fait valoir que, selon elle, l'expertise du Dr D._____ faisait remonter son incapacité de travail de 100% à "au moins 2001", soit après son arrivée en Suisse, sans attester précisément d'une date antérieure de la survenance de son invalidité. A cet égard, elle demandait une instruction complémentaire pour déterminer la date précise de survenance de son incapacité de travail, du chef de ses problèmes psychiatriques.

Dans sa réponse du 9 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, retenant que la recourante était empêchée de travailler pour des raisons de santé bien avant son arrivée en Suisse en 1996 et que par conséquent les exigences de l'art. 36 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, ne pouvaient être satisfaites. L'OAI a par ailleurs indiqué que le droit éventuel de l'assurée à des prestations complémentaires était en cours d'examen.

Dans sa réplique du 29 septembre 2011, la recourante, nouvellement représentée par Me Philippe Graf, pour le compte d'Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne, a fait valoir que si, selon l'expertise du Dr D._____, les troubles de dépression majeure et d'anxiété généralisée étaient "possiblement apparus avant qu'elle n'ait atteint l'âge de vingt ans", le Dr D._____ ne faisait nulle part dans son rapport, coïncider l'apparition desdits troubles avec la reconnaissance de l'incapacité de travail qui en a progressivement résulté. Pour l'assurée, l'expertise mettait bien plutôt en exergue l'impact progressif des troubles psychiatriques de la recourante sur sa capacité de travail, et le caractère dès lors différencié de celle-ci, par rapport à l'apparition des troubles psychiatriques. Elle requérait par conséquent que le Dr D._____ se prononce sur les trois questions suivantes: "1) la survenance de

l'incapacité de travail de [la recourante] peut elle être fixée, avec certitude, à un moment antérieur à 2001?; 2) dans l'affirmative, à partir de quelle date [la recourante] peut-elle être considérée comme incapable de travailler dans le monde ordinaire du travail, et à quel taux?; 3) Cette incapacité de travail a-t-elle évolué depuis lors?". La recourante a précisé qu'elle tenait dès lors à reformuler les conclusions qu'elle avait prises dans son recours de la manière suivante:

"Préalablement

Un complément judiciaire d'expertise est mis en œuvre par la Cour de céans, auprès du Dr D._____.

Au fond

La décision rendue le 7 juin 2011 par l'office AI du canton de Vaud est annulée, et le dossier renvoyé audit office pour nouvelle décision, laquelle tiendra compte des conclusions du complément d'expertise mise en œuvre. "

La recourante a encore produit un certificat médical établi le 4 juillet 2011 par la Dresse C._____, dont on extrait ce qui suit:

"Je ne reviendrai pas sur les pathologies psychiatriques, c'est-à-dire le symptôme dépressif sévère (et ce bien après son arrivée en Suisse) et un trouble anxieux généralisé. La patiente souligne que les symptômes sont apparus depuis son mariage en Suisse et donc après son arrivée en Suisse.

Il est clair que son état psychologique entraîne une incapacité totale de travail.

La patiente présente par ailleurs plusieurs pathologies somatiques:

- Une thyroïdite auto-immune avec une pathologie tumorale non exclue. Une intervention chirurgicale est en attente. La patiente est suivie au CHUV.
- Un diabète non-insulino-dépendant traité par des antidiabétiques oraux diagnostiqué en 2011.
- Une hernie discale L5-S1 diagnostiquée en août 2010 par IRM.
- Des lombalgies chroniques avec irradiation dans les deux membres inférieurs.
- Une diverticulose sigmoïdienne.
- Une hernie hiatale avec reflux.
- De nombreuses interventions chirurgicales (amygdalectomie, cholécystectomie sur calculs en 2005, canal carpien bilatéral en 2002, fibromes en 2004).

Au vu de son état de santé, Mme J._____ n'est absolument pas capable de travailler. Gérer le stress est totalement hors de ses

capacités. Par ailleurs, ses deux pathologies endocriniennes (diabète et thyroïde) sont des pathologies qui entraînent aussi une diminution de ses capacités de travail. (...)"

Dans sa duplique du 26 octobre 2011, l'OAI a maintenu sa position, expliquant qu'il n'était pas nécessaire de requérir un complément d'expertise du Dr D._____, son expertise permettant de conclure dans le sens d'une très grande vraisemblance à une incapacité de gain importante et durable déjà dès les début de l'âge adulte de l'assurée. Par ailleurs les renseignements fournis par la Dresse C._____ n'étaient pas de nature à jeter un doute sérieux sur le contenu de l'expertise.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances sociales compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte

les autres conditions de forme (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Plus précisément, la question se pose de savoir si elle remplit les conditions générales d'assurance telles que fixées par l'art. 36 LAI.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste en principe 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 matière de droit à la rente d'invalidité la question peut se poser de savoir si le moment déterminant pour fixer le droit applicable est celui de la survenance de l'invalidité (en l'espèce: avant le 1^{er} janvier 2008, cf. infra, consid. 3) ou le moment du dépôt de la demande de rente (en l'espèce: le 16 octobre 2009). Toutefois, dans le cas présent, la question peut rester ouverte, dès lors que les dispositions entrant en ligne de compte, en particulier l'art. 36 LAI, n'ont pas subi de modifications déterminantes pour l'issue du litige. Par ailleurs, 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).

b) 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.

c) 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.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon cette dernière disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

d) Par ailleurs, en vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente ordinaire d'invalidité, si lors de la survenance de l'invalidité, il compte trois années au moins de cotisations en Suisse (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 5^e révision de l'AI [ci-après: Message 5^e révision AI], FF 2005 4215, 4291). Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cette disposition soumettait le droit à une rente d'invalidité à la condition que l'assuré compte, au moment de la survenance de l'invalidité, une année au moins de cotisations (cf. RO 1959 857). La durée minimale de cotisations, ouvrant le droit à une rente ordinaire d'invalidité, a été augmentée pour éviter que des personnes ne s'inscrivent par précaution à l'AI après seulement un an de séjour en Suisse (Message 5^e révision AI, FF 2005 4215, 4291).

En vertu de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à sa santé peut ouvrir le droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5, consid. 2b; TF I 573/06 du 17 août 2007, consid. 4.1). Selon la jurisprudence, s'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur

en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) (TF I 573/06 du 17 août 2007, consid. 4.1).

e) Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis

exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

3. La recourante requiert la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du Dr D._____, afin que ce dernier précise la date de la survenance de l'invalidité, en particulier qu'il examine s'il est possible de fixer avec certitude une invalidité antérieure à 2001, ainsi que son évolution dans le temps.

a) Dans son rapport d'expertise du 16 août 2010, le Dr D._____ a expliqué que la recourante présentait un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen chronique ainsi qu'une anxiété généralisée. S'agissant du premier trouble, il explique qu'il pourrait s'agir d'un seul et même épisode dépressif qui aurait débuté à l'âge de quinze ans, l'assurée ayant rapporté une première pathologie franche, de nature dépressive et anxieuse à cet âge-là. Compte tenu de l'histoire de l'assurée qui parle plutôt contre une récurrence, il pourrait s'agir d'un seul et même épisode dépressif. L'expert explique que les troubles psychiques engendrent des limitations fonctionnelles, en particulier une diminution de rendement, une

diminution de sa fiabilité, ainsi qu'une très grande sensibilité au stress qui serait tout simplement insupportable au travail. Pour ces raisons, l'expert estime que la recourante est totalement incapable de travailler. Quant à la date de survenance de l'invalidité, l'expert a expliqué qu'elle remontait à de nombreuses années, selon toute vraisemblance dès les débuts de l'âge adulte, étant donné que l'assurée n'avait jamais fait preuve d'une véritable intégration professionnelle sur la durée.

Les conclusions de ce médecin sont claires, motivées de manière rigoureuse et sérieuse, tiennent compte des explications ainsi que des plaintes de l'assurée et emportent ainsi conviction. Si l'expert a précisé que l'invalidité totale de la recourante, en raison de ses troubles psychiques, remontaient au moins à 2001, celle-ci ayant pu à cette époque conserver son emploi d'aide de cuisine dans un restaurant [...] seulement pour une période de trois mois, il apparaît nettement plus vraisemblable que son invalidité ait débuté bien avant, soit au début de l'âge adulte. En effet, l'anamnèse montre que déjà, lorsqu'elle vivait au Brésil, la recourante n'a pas été en mesure de s'intégrer professionnellement dans la durée, en raison de son état de santé.

Seuls deux médecins font remonter l'incapacité totale de travailler de la recourante, pour des motifs psychiques, à une période postérieure à son arrivée en Suisse. D'une part, la Dresse L. _____ estime que cette dernière est totalement incapable de travailler depuis 2008; cette appréciation n'emporte pas conviction car la Dresse L. _____ la motive uniquement par le fait qu'elle ne suit la recourante que depuis cette date, sans se fonder sur une anamnèse ou une analyse médicale de la période antérieure à l'année 2008. D'autre part, la Dresse C. _____ a relevé, dans son certificat médical du 4 juillet 2011, que "la patiente souligne que les symptômes sont apparus depuis son mariage en Suisse donc après son arrivée en Suisse". Cette allégation n'emporte pas conviction non plus, dans la mesure où elle est contredite par les déclarations de l'assurée dans le cadre de l'expertise du Dr D. _____, ainsi que par le rapport médical de la Dresse P. _____ du 28 mars 2007

qui fait état d'un premier épisode dépressif à l'âge de 15 ans puis d'un second à l'âge de 20 ans.

Dès lors, les avis des Dresses L. _____ et C. _____ ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise du Dr D. _____. Il faut donc retenir qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante s'est retrouvée en incapacité de travail de longue durée, en raison des atteintes à sa santé psychique, au moins dès les débuts de l'âge adulte. Il n'est pas nécessaire, selon les principes jurisprudentiels rappelés plus haut (supra, consid. 2f), que ce fait soit établi au degré de la certitude, mais il suffit que des motifs importants plaident pour son exactitude, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération, ce qui est le cas en l'espèce. Dans ces conditions, il n'y pas lieu de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr D. _____, comme le requiert la recourante.

b) La recourante fait encore valoir que les diverses pathologies physiques dont elle souffre, et qui sont notamment attestées par la Dresse C. _____ par certificat médical du 4 juillet 2011, sont apparues après son arrivée en Suisse et lui donnent droit à des prestations AI. A cet égard, elle requiert une instruction complémentaire, afin de déterminer la nature de ces troubles et leur impact sur sa capacité de travail résiduelle.

La mesure d'instruction requise n'apparaît cependant pas nécessaire dans la mesure où les troubles psychiques que présente la recourante sont suffisamment graves pour avoir causé une invalidité totale dès les débuts de l'âge adulte. Les éventuelles limitations fonctionnelles supplémentaires découlant de ses atteintes à la santé physique ne sauraient constituer un nouveau cas d'assurance, distinct de l'invalidité découlant de l'atteinte à la santé psychique, et modifier le moment de la survenance de l'invalidité (cf. TF I 573/06 du 17 août 2007, consid. 5.4).

c) Dès lors que la survenance de l'invalidité de la recourante se situe à un moment antérieur à son arrivée en Suisse, elle n'a pas pu être en mesure de satisfaire à l'exigence posée par l'art. 36 al. 1 LAI, que ce soit dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, qui prévoyait que le droit à une rente ordinaire d'invalidité était subordonné au fait que l'assuré compte une année au moins de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, ou dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, date à partir de laquelle la durée minimale de cotisations a été portée à trois ans au moins.

4. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Des frais judiciaires, à hauteur de 400 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LAI et 55 al. 1 LPA-VD a contrario).

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

- I.** Le recours formé le 5 juillet 2011 par J._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 2011 par l'Office l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Des frais judiciaires, à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de J._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf pour le compte d'Intégration Handicap (pour J. _____r
- 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 :