

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mars 2015

---

Présidence de       Mme    DESSAUX  
Juges    :       Mmes    Thalmann et Röthenbacher  
Greffier       :       M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à Saint-Prex, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4, 28 al. 1 let. b, 36 al. 1 et 39 al. 1 LAI ; 29<sup>ter</sup> al. 2 et 42 al. 1 LAVS**

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

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante) a déposé le 1<sup>er</sup> avril 2010 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente. Les indications suivantes figurent dans cette demande :

L'intéressée est née le 20 juin 1954 au Brésil, pays dont elle était ressortissante. Elle était domiciliée au Brésil dès sa naissance jusqu'au mois de septembre 1985. Le 29 novembre 1985, elle a épousé N.\_\_\_\_\_, citoyen suisse. Elle a acquis la nationalité suisse à la date de son mariage, et elle a pris domicile en Suisse. Elle a eu une activité lucrative au Brésil de juin 1975 à octobre 1983. En Suisse, d'après la demande, F.\_\_\_\_\_ n'a pas exercé d'activités lucratives, sinon lors d'une collaboration occasionnelle avec son époux, pour l'assister dans une activité de courtage immobilier (quelques heures de travail au cours des dernières années - cf. aussi l'extrait du compte individuel du 21 avril 2010, dont il ressort qu'elle a cotisé deux mois en 1989 alors qu'elle travaillait dans une fabrique de biscuits puis, en tant que personne de condition indépendante, entre 2005 et 2007).

A propos de l'atteinte à la santé, l'intéressée a indiqué qu'elle souffrait de schizophrénie bipolaire (chronique) depuis 1983. Elle était en traitement auprès de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie à Morges, et avait effectué plusieurs séjours psychiatriques à l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_. A la rubrique « remarques complémentaires », elle a écrit :

"Depuis 1987, la maladie et les séjours hospitaliers ne m'ont pas permis de rechercher ou de trouver un travail fixe à long terme. Mes principales préoccupations, hors des tâches ménagères, ont été la garde d'enfant(s) à titre privé (temps très partiel).

Point 6.5; les incapacités de travail ont été multiples, à chaque crise (avec ou sans hospitalisation), mais comme j'étais sans emploi

salarié, il n'a pas été possible de revendiquer des indemnités journalières de l'assurance maladie".

**B.** L'OAI a instruit l'affaire. Il a demandé un rapport médical au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à Yens et médecin traitant de l'assurée, qui a suivi F.\_\_\_\_\_ depuis 1985. Ce médecin a notamment écrit ce qui suit, dans son rapport du 26 avril 2010 :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail:

Probable trouble schizo-affectif type dépressif (F 25.1) versus schizophrénie paranoïde (F 20.0).

[...]

Anamnèse: schizophrénie connue de longue date. 5 hospitalisations à Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ ces 20 dernières années. Suivie par le Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre à Morges. Au plan somatique, obésité depuis que je la connais. Hypertension traitée depuis 2006".

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a joint un rapport du 6 mai 2009 de l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ (secteur psychiatrique Ouest), à propos d'une hospitalisation d'un mois en janvier-février 2009.

L'OAI a également demandé un rapport à la psychiatre Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin traitant depuis 1992. Le 29 avril 2010, elle a indiqué qu'elle retenait comme diagnostic un trouble schizo-affectif (code CIM-10 F25.0), existant depuis 1983. Dans la rubrique « anamnèse », elle a écrit ce qui suit :

"Patiente d'origine brésilienne, mariée et en Suisse depuis 25 ans, sans enfant. Son père, décédé, et 3 de ses frères seraient atteints de schizophrénie.

Au Brésil, elle suit une scolarité secondaire, puis fait une formation de réceptionniste-téléphoniste. Arrivée en Suisse, elle travaille 3 jours dans une usine de biscuits, par périodes a gardé des enfants pour le repas de midi; actuellement elle s'occupe de son ménage. Son parcours est émaillé de très nombreuses décompensations psychotiques, environ 1 par an, qui n'ont nécessité que 5 hospitalisations en milieu psychiatrique, grâce à l'investissement de son mari.

La demande d'une rente AI aurait pu se faire depuis plusieurs années, mais, par fierté, la patiente ne voulait pas entrer en matière".

La Dresse K.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était de 100% « anamnestiquement depuis 1983 » dans l'activité de réceptionniste-téléphoniste, et elle a ajouté : « pendant les décompensations psychotiques, de longue durée et à répétitions, impossibilité d'être dans la réalité ».

**C.** L'OAI a envoyé à l'assurée un questionnaire en vue de la « détermination du statut (part active/part ménagère) ». Elle a répondu le 3 mai 2010, en précisant qu'en bonne santé elle aurait travaillé à 100 % dès son arrivée en Suisse, son mari apportant les explications complémentaires suivantes (en précisant notamment qu'il devait l'aider à répondre au questionnaire) :

"[...] De plus, l'invalidité de mon épouse étant d'ordre psychotique chronique, pendant les périodes de fortes crises (et parfois d'internement), elle n'est plus capable de discernement, et dans ce cas elle ne peut plus du tout répondre valablement aux questions. Ce n'est pas le cas ces jours-ci, mais je tiens cependant à vous le signaler.

Le diagnostic de la maladie invalidante de mon épouse est connu depuis 1985, mais nous avons toujours espéré une guérison durable et tenté une réinsertion dans la vie professionnelle en Suisse, hélas sans succès. Les trop courtes périodes de "bonne santé" n'ont jamais permis de lui trouver d'autres occupations que de la garde occasionnelle d'enfant, quelques heures par mois!

Dans la situation actuelle, les hautes doses de médicaments ne lui permettent pas de travailler correctement pour un employeur: elle serait inévitablement à l'assurance maladie. En redescendant les doses de médicaments, on s'expose inévitablement au retour des crises fortes de la maladie, et parfois à l'internement, comme cela a été le cas plusieurs fois déjà et encore ces deux dernières années. En période de crise, elle n'est même plus à même de s'occuper de sa part de ménage".

L'OAI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 26 novembre 2010, l'enquêtrice a conclu que sans maladie, l'intéressée travaillerait à 100% ; elle a évalué à 9% le degré des empêchements, dans la tenue du ménage, dus à l'invalidité. L'enquêtrice a reproduit les déclarations du mari, à propos de l'atteinte à la santé. En substance, selon le mari, la demande de prestations AI aurait pu être présentée depuis de nombreuses années, soit depuis 1985 - car les crises ont commencé vers 1985 -, mais le couple estimait pouvoir alors vivre

sans ces prestations. Ce n'est qu'ensuite, avec l'aggravation des signes de la maladie, qu'ils se sont résolus à déposer une demande. Les périodes de crises reviennent 3 à 4 fois par an, ce qui représente une période de décompensation totale de 6 à 8 mois.

**D.** Sur la base des avis médicaux du dossier, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a rédigé un rapport le 11 août 2010 (signé par les Drs T. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_), dont la conclusion est la suivante :

"Elle présente une pathologie psychiatrique avec trouble schizo-affectif de type dépressif versus schizophrénie paranoïde, évoluant depuis 1983. Elle a été hospitalisée par le Secteur psychiatrie Ouest de l'Etat de Vaud du 16.01 au 16.02.2009 pour une décompensation psychotique avec diminution du sommeil, hallucinations auditives, idées délirantes et discontinuité de la pensée.

L'incapacité de travail est certainement à 100% depuis cette date de janvier 2009".

Les médecins précités du SMR ont rédigé un avis médical complémentaire le 24 janvier 2011, dont la conclusion est la suivante :

La longue maladie remonte probablement à 1983 et l'incapacité de travail remonte également probablement à 1983 sur des éléments anamnestiques car nous n'avons pas d'éléments médicaux pour nous préciser l'état clinique ou les capacités de travail entre 1983 et 2009".

**E.** Le 31 janvier 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus de prestations. La motivation est la suivante :

"Il ressort de l'instruction de votre dossier que votre état de santé empêche l'exercice d'une activité professionnelle depuis 1983.

C'est donc l'ancien droit qui s'applique à votre situation.

Selon l'article 36 de la loi sur l'assurance-invalidité en vigueur jusqu'au 31.12.2007 (aLAI) ont droit à une rente ordinaire, les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. L'article 4 alinéa 2 LAI pose le principe selon lequel l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

En matière de rente, selon l'article 29 alinéa 1 lettre a LAI en vigueur jusqu'au 31.12.2007, la survenance est fixée à l'issue d'un délai de carence d'une année pendant laquelle l'incapacité de travail a été, en moyenne de 40% au moins.

Au vu des renseignements en notre possession, votre atteinte à la santé occasionne une incapacité de travail complète dans n'importe quelle activité lucrative depuis 1983. La survenance pour le droit à la rente peut dans votre cas être fixée en 1984, soit à l'échéance d'un délai de carence d'une année conformément à l'article 29 aLAI précité. Or, à cette date vous ne comptiez pas une année entière de cotisations. En effet, il ressort des pièces au dossier que vous êtes arrivée en Suisse en septembre 1985.

Au vu de ce qui précède, vous ne totalisez donc pas une année de cotisations à la survenance de l'invalidité de sorte que vous ne remplissez pas les conditions générales en matière de rente d'invalidité".

L'assurée a, avec son époux, formulé des objections, faisant notamment valoir qu'il serait faux de prétendre que son état de santé empêchait l'exercice d'une activité professionnelle depuis 1983 déjà, et que l'amélioration passagère pendant les années 1990 jusqu'en 2005 pouvait laisser présager des possibilités de travailler. Elle ajoutait néanmoins qu'« une date précise du début de l'infirmité, de même que la progression du taux d'infirmité dans le temps, est rationnellement impossible à formuler ».

Le 18 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assurée une décision formelle de refus de prestations, avec une motivation correspondant à celle du préavis du 31 janvier précédent.

**F.** Par acte du 3 mai 2011, F. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Au cours de la procédure, elle a produit une lettre écrite le 29 septembre 2011 par la Dresse K. \_\_\_\_\_ à son avocat. Ce médecin expose ce qui suit :

"J'ai connu la patiente en 1992, alors que je travaillais au secteur psychiatrique ouest, et elle est suivie à ma consultation à Morges depuis 2004.

Depuis 1992, j'estime son incapacité de travail à 70% (en dehors des périodes de décompensation où elle est en incapacité de travail à 100%). Bien qu'elle n'a pu travailler dans sa formation, elle a pu tenir

correctement son ménage, s'occuper d'enfants pour les repas de midi, et faire des « extras » (cueillettes de fruits en particulier), ce qui correspond à une capacité de travail à 30%.

Je peux penser, selon l'anamnèse, que cette incapacité de travail à 70% a commencé un peu avant 1990, époque à laquelle les épisodes de décompensation sont devenus plus rapprochés".

La Cour de céans a par ailleurs demandé à l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ (secteur psychiatrique Ouest) de produire son dossier relatif aux hospitalisations de la recourante. Le 1<sup>er</sup> novembre 2011, cet hôpital a envoyé sept rapports d'hospitalisation.

Le rapport du 20 janvier 1987 concerne le premier séjour, entre le 26 novembre 1986 et le 10 janvier 1987. Le diagnostic des médecins est le suivant : « Troisième décompensation psychotique d'allure hystérisiforme, dans le cadre d'une schizophrénie de type paranoïde ». A propos du motif d'hospitalisation, il est indiqué qu'il s'agissait d'une admission volontaire pour décompensation psychotique aiguë après une crise de type hystérisiforme ; il est fait mention de deux hospitalisations antérieures, en Italie et au Brésil, probablement pour les mêmes raisons. Dans le chapitre « anamnèse », il est précisé : « en 81, alors qu'elle va trouver sa sœur en Italie, elle fait sa première décompensation ; deuxième décompensation en 84 ?, cette fois au Brésil ».

Le rapport du 16 octobre 1989, après le 2<sup>ème</sup> séjour à l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ du 9 au 24 juillet 1989, indique comme diagnostic une nouvelle décompensation psychotique dans le cadre d'une schizophrénie paranoïde. Dans l'anamnèse, il est mentionné que la recourante est retournée au Brésil avec son mari à la fin de l'année 1988, et qu'elle a subi là-bas une décompensation, sans hospitalisation (grâce à la présence permanente de la famille auprès d'elle).

Les autres rapports concernent des hospitalisations en février 1990, en mars 2005, en juin 2008, en juillet-août 2008 et en janvier-février 2009, toujours avec le même diagnostic.

Les 21 et 22 novembre 2011, les parties ont produit leurs déterminations au sujet du dossier transmis par l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_. Elles ont en substance confirmé leurs positions.

L'OAI a déposé un avis médical du SMR du 10 novembre 2011 des Drs T.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, selon lequel les documents transmis par l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ démontrent que l'assurée a déjà eu des décompensations psychotiques dès 1981 et en 1984.

Par arrêt du 19 décembre 2011 (cause n° 124/11 - 48/2012), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 18 mars 2011. Elle a en substance retenu, à l'instar de l'OAI, que les éléments du dossier étaient suffisants pour admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la grave pathologie dont souffrait l'intéressée depuis une trentaine d'années au moins la limitait très sensiblement dans sa capacité de travail au moins depuis 1983. En revanche, comme elle ne comptait pas, lors de la survenance de l'invalidité, une année entière de cotisations, elle n'avait pas droit à une rente ordinaire d'invalidité. En outre, arrivée en Suisse à l'âge de 31 ans, elle n'avait pas cotisé auparavant. Elle ne comptait donc pas le même nombre d'années de cotisation qu'un assuré de sa classe d'âge. Les conditions à l'octroi d'une rente extraordinaire n'étaient donc pas non plus remplies.

**G.** F.\_\_\_\_\_ a recouru contre ce jugement devant le Tribunal fédéral qui l'a admis par arrêt du 5 septembre 2012 (n° 9C\_230/2012). En bref, il a considéré que, en retenant sur la base des éléments au dossier que l'assurée avait présenté, au degré de la vraisemblance prépondérante, une diminution significative de sa capacité de travail à partir de 1983 au moins, la Cour de céans avait procédé à une constatation manifestement inexacte des faits car aucun élément au dossier ne permettait de déterminer si et, le cas échéant, à partir de quand elle aurait subi des atteintes à la santé entraînant une incapacité de travail. Le Tribunal fédéral a donc renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, laquelle comprendrait une expertise psychiatrique et

porterait le cas échéant sur l'existence de périodes de cotisations de l'intéressée. Il a ajouté qu'en déterminant le taux d'invalidité, l'administration tiendrait compte d'un possible changement de statut entre l'arrivée en Suisse de l'assurée et le dépôt de sa demande de prestations en avril 2010.

**H.** Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a proposé un premier expert en la personne de la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Q.\_\_\_\_\_. Le 29 avril 2013, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation particulier à faire valoir, hormis le fait qu'il lui paraissait indispensable d'avoir un expert plus proche de son domicile, compte tenu de ses difficultés à se déplacer seule sur de longues distances. Elle a par ailleurs demandé à pouvoir être assistée d'un interprète de langue portugaise, précisant encore qu'elle n'avait pas de remarque particulière quant au questionnaire. L'OAI a ensuite suggéré de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le 21 mai et le 3 juin 2013, F.\_\_\_\_\_ a présenté des objections à l'encontre de ce choix, lesquelles ont été rejetées par décision incidente de l'OAI du 4 juin 2013. Cette décision n'a pas été contestée.

Le 8 juillet 2013, l'époux de l'assurée a écrit au Dr B.\_\_\_\_\_ une lettre cosignée par celle-ci à la teneur suivante :

"Votre courrier du 4 juin nous est bien parvenu et a retenu notre attention.

Mon épouse, Madame F.\_\_\_\_\_ et moi-même, après plusieurs réflexions, avons finalement décidé d'accepter et de se soumettre à votre expertise, parce que l'AI qui vous mandate a fait fermement obstacle à nos propositions d'autres experts que nous avons jugés neutres et qu'il utilise son droit de choix. Nous ne souhaitons pas à nouveau entreprendre des démarches judiciaires compliquées et coûteuses.

Cependant, renseignement pris, nous tenons à vous signaler qu'il n'existe aucune disposition légale à ce qu'un proche ou une personne n'accompagne la personne soumise à une expertise. A contrario, et suite à une polémique médiatisée à laquelle vous avez été personnellement confronté et dans laquelle vos méthodes discutables ont été mises en cause, le droit de la personne expertisée à être accompagnée d'un proche a été reconnu.

Mon épouse, Mme F. \_\_\_\_\_, est en permanence sous dosage élevé de médicaments neuroleptiques, anxiolytiques et antidépresseurs, et est actuellement en période de haut risque de décompensation. Les dosages actuels dépassent la norme ambulatoire et il est nécessaire qu'elle soit accompagnée, tant pour sa sécurité physique, que pour la sécuriser psychologiquement dans une telle épreuve. Il est donc hors de question qu'elle soit seule et livrée à elle-même dans une telle expertise par un médecin qui lui est totalement inconnu, fût-il néanmoins un expert reconnu.

J'accompagnerai donc mon épouse à cette expertise, et je vous demande donc d'y accepter ma présence passive, sauf si bien sûr vous me solliciteriez à répondre à une question.

Je peux néanmoins comprendre qu'il ne vous convienne pas que j'agisse en tant que traducteur. Il faudra donc solliciter les services d'un traducteur de portugais (brésilien) en français et vice-versa. Mon épouse comprend certes relativement bien le français et le parle un peu (mais pas couramment), mais pas pour ce qui concernerait des termes techniques médicaux et compliqués. En revanche, si elle lit le français, très lentement avec des lunettes de lecture, elle n'écrit pas en français !

Dans votre courrier, vous demandez un CV, je vous transmets le seul que nous avons établi il y a une vingtaine d'années lorsqu'elle était en recherche d'un travail manutentionnaire en Suisse, et que nous avons complété dernièrement.

Concernant les prescriptions médicales, vous les trouverez également en annexe. Les dosages fluctuent, et font partie du dossier dont vous devriez avoir reçu copie. Si vous voulez une formule officielle, veuillez vous adresser à la Dresse K. \_\_\_\_\_ qui consulte à Morges.

Sans autre réponse ou information de votre part, mon épouse et moi-même viendrons à l'expertise comme prévu le 25 juillet 2013 à 10 h 30.

(...)"

Dans une lettre du 25 juillet 2013 à Me Nordmann, l'époux de l'assurée a rapporté en ces termes le déroulement de l'expertise :

"D'une façon générale le passage chez le Dr B. \_\_\_\_\_ semble s'être bien passé, mais, ... à toutes fins utiles et en style télégraphique, voici le résumé et mes notes de notre rendez-vous à l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_.

Nous nous sommes présentés très ponctuellement au rendez-vous à 10:30 ce 25 juillet :

- à la réception une dame nous a reçus et nous lui avons répondu que mon épouse avait rendez-vous pour une expertise,

- cette dame m'a aimablement proposé d'aller faire un tour pendant l'expertise,
- je lui ai signalé mon courrier du 8 juillet indiquant les raisons de ma présence,
- 2 autres personnes étaient présentes dans le bureau, une dame et un homme, sans le savoir à ce moment que l'homme était le Dr B. \_\_\_\_\_,
- la dame de la réception a acquiescé et a ouvert un dossier dans lequel ma lettre du 8 juillet était au-dessus, donc ils l'avaient bien réceptionnée,
- la dame a demandé la carte d'identité de mon épouse pour en faire une copie, puis a dit à mon épouse qu'elle devait remplir un questionnaire elle-même,
- le monsieur (Dr B. \_\_\_\_\_) a dit d'attendre et de se rendre à la salle d'attente, ce que nous avons fait,
- environ dix minutes plus tard la dame de la réception amène un questionnaire de 3-4 pages en français, à remplir en préambule dans la salle d'attente, par mon épouse,
- la dame précise à mon épouse qu'elle ne doit pas trop réfléchir aux réponses, que ce n'est pas important ...
- j'essaie de me distancier de ce questionnaire, mais mon épouse n'y comprend rien, ni au sens des questions, ni à la manière d'y répondre (systèmes à coches avec appréciations de 1 à 5), je lui donne alors quelques explications tout en lui répétant que je ne peux pas répondre pour elle,
- mon épouse se butte aux questions (trop compliquées) qu'elle ne comprend pas, et elle me demande de l'aide (traductions),
- je lui dis que je ne devrais pas intervenir, mais traduit tout de même la première question,
- la deuxième dame qui était à la réception vient et rappelle que je ne peux répondre pour mon épouse,
- je lui réponds que je ne le souhaite pas, mais vu la complexité des questions, elle ne les comprend pas et me demande de l'aide, je signale que nous avons demandé la présence d'un traducteur de portugais brésilien,
- la dame reprend le questionnaire et dit qu'elle va en chercher un en portugais.

Il est 10:45

La deuxième dame amène un questionnaire (un peu différent semble-t-il) à mon épouse et l'invite à y répondre, seule, dans une petite salle à côté de la salle d'attente:

- ma femme s'y rend et commence à y répondre, je ne m'en mêle pas, je reste dans la salle d'attente sans intervenir,
- pendant que mon épouse lit et répond aux questions le monsieur (Dr B. \_\_\_\_\_) passe par là et dit à mon épouse qu'il viendra dans 5 minutes pour procéder à l'expertise, il est environ 11:00,
- lorsqu'elle a rempli le questionnaire, mon épouse va le déposer à la réception, et on l'invite à retourner à la salle d'attente, il est environ 11:15,
- nous discutons, mon épouse et moi sur le questionnaire dont elle me dit qu'il est plus court et semble tout de même différent du français, avec plein de questions idiotes ou sans véritable sens pour elle.

Il est environ 11:40 lorsque le monsieur qui était à la réception se présente comme étant le Dr B. \_\_\_\_\_ et invite mon épouse à venir pour l'expertise:

- je me lève aussi, et le docteur se présente également à moi-même, en me proposant d'aller à l'extérieur "boire un verre",
- mon épouse rétorque spontanément que je vais "aller avec elle" à l'expertise, je m'étonne et indique que nous avons clairement mentionné ce fait dans notre lettre et que sans réponse de sa part (du Dr B. \_\_\_\_\_) il était implicitement accepté que j'assiste, passivement et en retrait, à l'expertise,
- le Dr B. \_\_\_\_\_ répond fermement que ce n'est pas possible, que c'est interdit,
- je lui indique qu'il n'y a aucune disposition légale interdisant la présence d'un proche,
- il répond simplement que ce n'est pas possible, et menace que si mon épouse ne veut pas venir à l'expertise seule, il l'annulera,
- mon épouse, irritée également, et à voix assez forte, m'enjoint de "laisser tomber" et qu'elle va aller seule à l'expertise,
- je précise au Dr B. \_\_\_\_\_ que sa manière de faire n'est pas correcte, parce que s'il n'était pas d'accord avec ma proposition dans ma lettre, il aurait dû m'en faire part, alors que sans réaction de sa part, je pouvais m'attendre à son acceptation,
- le Dr B. \_\_\_\_\_ me prie de m'asseoir et de laisser mon épouse seule à l'expertise,
- je demande au Dr B. \_\_\_\_\_ où est le traducteur, il me répond qu'il n'y en a pas, je lui dis pourtant que c'était clairement demandé [dans] notre lettre,
- en passant devant le bureau de réception, il demande à son assistante (la première dame de la réception), de participer à l'expertise.

A cet instant je constate que le Dr B. \_\_\_\_\_ a réussi à déstabiliser et à stresser mon épouse et moi-même. L'expertise commence vers 11:45. Je reste dans la salle d'attente.

Après quelques minutes, ayant dû sortir pour recharger le parcomètre pour éviter une amende, je retourne dans l'office et l'assistante de réception est en train de faire des copies:

- elle m'interpelle pour "s'excuser" du retard dû à cause d'un problème de machine à copier (pour copier le dossier de mon épouse),
- je réponds que c'est tout de même un comble que pour un rendez-vous fixé depuis près de 2 mois, d'une part, le dossier n'est pas copié, et d'autre part on nous fait attendre plus d'une heure pour une expertise bien programmée et pour laquelle nous nous sommes présentés à l'heure ...
- après quelques minutes la dame ressort de l'expertise et vient me demander si j'ai le curriculum de mon épouse,
- je lui indique que le CV, tout comme la recette des médicaments consommés actuellement, et nos demandes ont été envoyés avec notre lettre du 8 juillet,
- je demande si notre lettre a bel et bien été lue,
- la dame dit que la lettre a été lue ...

Vers 12:25 mon épouse ressort de l'expertise avec le Dr B. \_\_\_\_\_ qui s'empresse de me dire que l'entretien s'est bien passé avec la présence de son assistante...

- je réitère néanmoins mon insatisfaction et le gros déficit de communication de sa part,
- le Dr B. \_\_\_\_\_ "s'excuse" en disant que c'est l'AI qui n'accepte pas et que l'AI déclare "non valable" une expertise en présence d'un proche,
- je rappelle qu'il n'y a aucune disposition légale,
- le Dr B. \_\_\_\_\_, lui, dit qu'il se conforme strictement aux exigences de l'AI,
- il finalise en disant qu'il n'y a aucune raison de refuser l'AI à mon épouse, et ne fait aucune allusion concernant les rentes,
- faisant allusion aux médicaments, il semble dire que le traitement actuel de mon épouse est adéquat.

Nous quittons le centre médical vers 12:30.

En discutant ensuite avec mon épouse en rentrant à la maison, je lui demande comment s'est passée l'expertise:

- elle a simplement dit que cela s'était assez bien passé,
- elle a même qualifié le Dr B. \_\_\_\_\_ de "gentil" (à prendre comme quoi le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a pas été arrogant ou agressif), les questions auraient plutôt tourné sur sa famille (son père, sa mère, s'ils étaient toujours vivants, ...),
- peu ou pas de questions concernant la période avant la venue en Suisse,
- plutôt des questions sur sa vie actuelle, ses activités, ses rapports avec moi-même et ma famille en Suisse.

Voilà en gros ce qui s'est passé lors des 2 heures passées au Centre Médical G. \_\_\_\_\_."

Daté du 17 octobre 2013, le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, cosigné par P. \_\_\_\_\_, psychologue FSP responsable des tests psychométriques, s'ouvre par une anamnèse circonstanciée (pp. 2-10), relate les indications subjectives de l'assurée (plaintes et fonctionnement psycho-social en-dehors du cadre professionnel - p. 11), comporte le résultat des tests psychométriques effectués puis rend compte de l'examen clinique du 25 juillet 2013 (pp. 12-17). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a ensuite retenu pour seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une schizophrénie paranoïde (p. 18). Il n'a posé aucun diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Sous l'intitulé « discussion », l'expert s'est exprimé comme suit (pp. 19-22) :

"Mme F. \_\_\_\_\_ est une femme née au Brésil le 20.06.1954. Quatrième d'une fratrie de 13 enfants, l'assurée a eu une enfance a priori sans grandes particularités, en tous les cas sans notion de

graves carences affectives ou de maltraitances, pour ce que nous en connaissons à travers le recueil anamnestique et l'ensemble des éléments au dossier.

Il semble exister une hérédopathie importante de troubles psychiatriques au sein de sa famille directe. Le dossier mentionne un frère apparemment schizophrène, et en 2008 - dans l'hétéro-anamnèse obtenue de son époux - trois frères seraient quant à eux schizophrènes. Quant à Mme F.\_\_\_\_\_, elle évoque des problèmes de dépendance éthylique chez deux de ses frères, ainsi que d'un oncle maternel. On peut parler dans ce cas d'un terrain de vulnérabilité constitutionnelle.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par Mme F.\_\_\_\_\_, leur incidence sur sa capacité de travail, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

\*\*\*\*\*

Le long entretien que nous avons eu avec Mme F.\_\_\_\_\_, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue **psychopathologique**, frappe d'emblée en début d'entretien, l'anosognosie presque totale de ses difficultés. Mme F.\_\_\_\_\_ n'a pas véritablement une conscience morbide de sa problématique psychique. Le discours est assez impersonnel, traduit maladroitement les propos entendus ou glanés au cours de son passé médical - et celui de son époux - car elle ne s'estime pas véritablement malade. L'assurée ne reconnaît pas l'existence d'une souffrance psychique ou d'un délire, mais parle de "maladie" ou de stress, lorsqu'elle fait état de ses différentes hospitalisations psychiatriques.

Le diagnostic de **schizophrénie paranoïde** n'est pas remis en question dans l'ensemble du dossier médical. On sait que Mme F.\_\_\_\_\_ a présenté une première décompensation en 1981, autrement dit à l'âge de 27 ans, ce qui rentre dans la tranche d'âge moyenne d'apparition des troubles schizophréniques chez la femme. La première hospitalisation avait été motivée par un voyage en Italie où elle venait visiter sa soeur, puis une seconde hospitalisation a eu lieu au Brésil en 1984 apparemment, qui doit faire suite - ou précède - la rencontre avec son époux. Mme F.\_\_\_\_\_ avait été - suite à son hospitalisation - mise sous traitement d'Haldol dépôt (ou déjà dès 1981 ?), médication apparemment interrompue lorsqu'elle est venue en Suisse en 1985.

Il est difficile de savoir si Mme F.\_\_\_\_\_ a véritablement pu réaliser une activité professionnelle au Brésil après 1981, en tous les cas

probablement dès 1984 date de sa deuxième hospitalisation, et à son arrivée en Suisse en octobre 1985.

Depuis 1984, l'évolution de la maladie est marquée par des décompensations aiguës très symptomatiques qui se manifestent à la fois par un comportement globalement désorganisé, un délire de concernement et des troubles de l'affectivité. On note qu'il n'y a pas eu de stabilisation, en tous les cas jusqu'en 1990. Le dossier médical nous apprend (rapport des [Drs] H.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du 15.04.2005, faisant suite à l'hospitalisation du 10.03.2005 au 31.03.2005) que c'est grâce à un important encadrement général à domicile : son mari, amis et famille d'origine brésilienne, ainsi qu'une infirmière, associé de surcroît à un traitement pharmacologique important, malgré quelques épisodes d'exacerbation symptomatique depuis 1990, qu'il n'y a pas eu de nouvelle hospitalisation intercurrente. Là encore, l'hospitalisation de 2009 est marquée par d'importants troubles du comportement, d'agitation, l'impossibilité d'établir la communication, troubles logiques de la pensée et un délire paranoïde avec une invasion hallucinatoire importante.

Par la suite, l'évolution a été plus déficitaire du point de vue de son fonctionnement global si l'on fait référence aux hospitalisations de 2008 et 2009.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL**

S'agissant de sa capacité de travail, apparemment Mme F.\_\_\_\_\_ a pu exercer une activité lucrative - que rétrospectivement on ne peut pas apprécier en termes de rentabilité - de 1981 à sa deuxième hospitalisation en 1984 au Brésil. Par la suite, il n'y a plus eu véritablement de stabilisation. Peu après son arrivée en Suisse en octobre 1985, les hospitalisations se sont succédées depuis 1986, avec des périodes de rémission plus ou moins partielles, au prix d'un important soutien familial, ainsi qu'une prise en charge pharmacologique et médicale importante. Le dossier médical indique que les capacités d'adaptation aux changements et au stress de cette assurée sont particulièrement limitées et que pour pouvoir fonctionner à minima, Mme F.\_\_\_\_\_ doit être entourée en permanence de son époux, dans un environnement social et familial "protégé", assorti d'un traitement médicamenteux lourd, faute de quoi les décompensations aiguës sont telles que de nouvelles hospitalisations sont nécessaires.

On note lors de notre entretien, que Mme F.\_\_\_\_\_ a une anosognosie importante de ses difficultés, autrement dit, elle n'a pas de prise de conscience véritable de son dysfonctionnement, ce qui est aussi un indice de la gravité des troubles psychiques. Globalement, il semble exister une vision un peu paranoïde de son environnement, avec une ambivalence fondamentale, accompagnée d'une ambivalence psychotique majeure. Les pulsions affectives à l'égard de son époux véhiculent à la fois l'amour, la dépendance et la haine et la colère. Cela s'accompagne d'une certaine discordance, étrangeté, qui entraîne l'effondrement progressif des rapports du sujet au monde et va de pair avec des troubles de la logique et de la pensée.

En d'autres termes, il apparaît que sa capacité de travail a toujours été nulle dans une activité lucrative au moins dès 1984. A ce titre,

Mme F.\_\_\_\_\_ n'a pu probablement travailler que dans un environnement protégé à domicile, en s'occupant de garde d'enfants.

Depuis 1981, la succession de décompensations - notamment depuis celle de 1984 - indique que probablement, par rapport à son fonctionnement pré-morbide, autrement dit avant le développement de la maladie, Mme F.\_\_\_\_\_ a donc conservé un certain déficit, obérant toute possibilité d'insertion professionnelle véritable dans l'économie libre. Il est d'ailleurs classique chez la majorité des sujets souffrant de schizophrénie (entre 50 à 70%), que les incapacités de travail soient de longue durée.

Mme F.\_\_\_\_\_ se trouve dans le cas de figure d'une schizophrénie paranoïde, pour laquelle toute trace de rémission semble marquée surtout par un handicap résiduel et de nombreuses récives, témoignant de l'importance de cette pathologie. D'ailleurs, le dossier médical ne laisse que peu de doute sur la gravité du trouble psychique de cette assurée et de ses répercussions.

En conclusion, Mme F.\_\_\_\_\_ a développé depuis 1981 - probablement déjà avant, car en général il existe déjà des prodromes dans les mois et années précédant une première décompensation - une évolution déficitaire, chronique, avec de nombreuses récives, qui ont empêché toute insertion socio-professionnelle en Suisse. Il est probable qu'après sa deuxième décompensation de 1984, au Brésil, où il lui avait déjà été prescrit un traitement d'Haldol dépôt que l'assurée avait voulu interrompre, vu le manque de conscience morbide de ses difficultés psychologiques que l'incapacité de travail fut totale."

L'expert a conclu son rapport en répondant aux questions de l'OAI :

## **"6. REPONSES AUX QUESTIONS**

### **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

#### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

##### **Au plan physique**

Nihil.

##### **Au plan psychique et mental**

Schizophrénie paranoïde avec symptômes résiduels et déficitaires sous forme d'anosognosie, troubles logiques de la pensée, affectivité perturbée, très grande réactivité au stress, ambivalence au premier plan, climat légèrement paranoïde, dépendance totale à son époux.

##### **Au plan social**

Dépendance à son époux, besoin d'un environnement stable et bienveillant, sinon risque de décompensation psychotique.

## **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

### **2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?**

Incapacité de travail totale probablement depuis 1984, date de sa deuxième décompensation. Par la suite, toute l'évolution a été marquée par la chronicité des troubles, la multiplication des hospitalisations, la récurrence malgré une prise en charge familiale et psychiatrique très soutenue.

### **2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Nulle depuis 1984.

### **2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?**

Non.

### **2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

80 à 100%.

### **2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

1984.

### **2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Défavorablement.

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?**

Non

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

**Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:**

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

**Si non, pour quelles raisons?**

Pas indiqué.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?**

**2.1. Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

L'assurée bénéficie d'une prise en charge médicale idoine.

**2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?**

--

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?**

**3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?**

--

**3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?**

--

**3.3. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

--

**3.4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?**

--

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de notre parfaite considération."

Dans un avis médical du 29 octobre 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a écrit ce qui suit :

"L'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ confirme que l'assurée présente une schizophrénie paranoïde depuis 1981 en tous cas. Il ajoute qu'il est probable que l'incapacité de travail est totale depuis 1984, date d'une 2<sup>ème</sup> décompensation psychotique au Brésil.

Il confirme ainsi le contenu de l'avis SMR du 10.11.2011, qui situait la LM [réd. : longue maladie] en 1983."

I. Le 13 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'allocation de toutes prestations, motif pris qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit en 1985, elle ne comptait pas une année entière de cotisations dès lors qu'elle était arrivée en Suisse en septembre 1985 à l'âge de 31 ans.

En date du 5 décembre 2013, l'assurée a présenté des objections à l'encontre de ce projet, faisant valoir que l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ serait dénuée de toute valeur probante.

Par lettre du 8 janvier 2014, l'OAI a pris position sur les griefs soulevés par l'assurée, avant de rendre, le 9 janvier 2014, une décision formelle entérinant le refus de prestations annoncé le 13 novembre 2013 avec une motivation identique à celle du projet.

J. Par acte du 11 février 2014, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour de céans en concluant avec dépens à sa réforme « dans le sens de l'octroi d'une rente AI entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2011 (dépôt de la demande AI le 25 mars 2010) ». A titre subsidiaire, elle demande son annulation. En substance, la recourante oppose divers arguments à l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ pour lui contester toute valeur probante. Elle observe que, en n'ayant pas été invitée à poser des questions à l'expert, celui-ci a essentiellement abordé la situation actuelle, où l'invalidité doit clairement être admise (ce qui n'est pas contesté), alors que le litige se situe ailleurs, à savoir sur l'existence ou non d'une invalidité dans les années 1983-1985. A cet égard, elle fait valoir que, lors de son arrivée en Suisse au printemps 1985, elle était totalement capable de travailler, ce qu'elle n'avait toutefois pas fait parce qu'elle avait uniquement un visa de touriste et ne savait pas le français. Or, l'expert a omis d'examiner s'il existait une invalidité comme ménagère, puisqu'il écrit que « [l]a capacité de travail a toujours été nulle dans une activité lucrative au moins dès 1984 » et ajoute que « Mme F.\_\_\_\_\_ n'a plus probablement travaillé que dans un environnement protégé à domicile, s'occupant de la garde d'enfants ». La recourante déduit de ce passage qu'une personne qui peut travailler à domicile en s'occupant de la garde

d'enfants n'est pas invalide comme personne au foyer. La recourante met encore en exergue des inexactitudes affectant l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ ; celui-ci se trompe sur la date de son arrivée en Suisse qu'il situe en automne 1985 alors qu'elle remonte au mois de mars de cette même année et il fait en outre état d'un suivi psychiatrique entre mars 1985 et fin novembre 1986 qui n'a tout simplement pas existé ; l'expertise est par ailleurs entachée d'approximations et de doutes dont témoigne l'usage des termes « probable » et « probablement ». La recourante renvoie pour d'autres exemples attestant le manque de rigueur ayant présidé à la rédaction du rapport d'expertise à ses déterminations du 5 décembre 2013 (époque d'un voyage au Brésil ayant suivi une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ en janvier 1987 et mention de trois frères schizophrènes dans la famille de l'assurée). A cela s'ajoute que l'expertise s'est déroulée en français, idiome que la recourante affirme mal maîtriser, alors qu'elle avait expressément sollicité la présence d'un traducteur portugais dans sa lettre du 8 juillet 2013. La recourante estime par conséquent que l'office intimé ne saurait se fonder sur l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ pour retenir l'existence d'une invalidité à l'époque de son arrivée en Suisse.

Dans sa réponse du 14 avril 2014, l'OAI rappelle qu'il convient au préalable de déterminer en fonction de quel statut l'éventuelle invalidité de la recourante doit être évaluée. Sur la base du dossier constitué, il considère qu'il existe suffisamment d'éléments plaidant en faveur d'un statut d'active dès son arrivée en Suisse. Il s'agit ensuite de répondre à la question de savoir à partir de quelle date l'état de santé a rendu inenvisageable l'exercice d'une activité lucrative. Dans ce but, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr B. \_\_\_\_\_. Après avoir réfuté les griefs de la recourante quant au sens de sa mission et quant à l'existence ainsi qu'à la date d'apparition d'une affection incapacitante en renvoyant à divers passages de l'expertise, l'intimé s'étonne des approximations reprochées à l'expert. Pour sa part, il y voit plutôt une marque d'humilité dans l'exercice d'un mandat qui ne relève pas d'une science exacte. Celle-ci est au demeurant compatible avec le fait qu'il s'agit dans le cas présent de déterminer l'apparition d'une atteinte

incapacitante remontant à une trentaine d'années. Quant au fait que l'expert a retenu que la recourante serait arrivée en Suisse à l'automne 1985 et non en mars de cette année-là, il résulte d'une information fournie par la recourante elle-même (cf. demande de prestations du 25 mars 2010, ch. 4.1). En conséquence, l'intimé est d'avis que le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ est probant et qu'il était fondé à en reprendre les conclusions dans la décision querellée. Partant, il propose le rejet du recours et la confirmation de cette dernière.

En réplique du 6 mai 2014, la recourante réitère et développe ses arguments précédents. S'agissant tout d'abord de son statut lors de son arrivée en Suisse, elle déclare qu'en remplissant le formulaire « détermination du statut (part active / part ménagère) » en 2010, elle s'est prononcée sur la situation existant à ce moment-là et non sur celle prévalant en 1985. Se référant à l'avis du SMR du 11 août 2010, aux indications de son mari lors de l'enquête économique sur le ménage et aux remarques complémentaires de l'enquêtrice, elle soutient que son statut (ménagère ou active professionnellement) n'est pas clairement déterminé pour 1985. Il n'est donc pas établi qu'à son arrivée en Suisse en 1985, elle aurait le moindre handicap comme ménagère. Il s'ensuit qu'une pleine capacité doit être présumée, que ce soit comme ménagère ou comme active, à son arrivée en Suisse en 1985, le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ n'établissant pas la preuve d'une quelconque incapacité à ce moment-là, mais se livrant plutôt à une reconstitution ex post des premières périodes d'incapacité, ce qui ne saurait suffire. Il revient bien plutôt dans ce contexte à l'administration intimée d'apporter la preuve de l'incapacité, ce qu'elle n'a pas fait en l'état. Elle observe enfin que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ n'a pas apporté d'élément nouveau depuis l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 5 septembre 2012 puisqu'elle ne permet pas de répondre à la question de savoir s'il y a eu, au degré de vraisemblance prépondérante, une diminution significative de la capacité de travail depuis 1983 au moins. En effet, même si les prémisses de la maladie remontent à l'époque où la recourante vivait encore au Brésil, cela ne signifie pas pour autant qu'elle était (déjà) incapable de travailler au début de la dite maladie. Au contraire, le dossier montre clairement que cette

incapacité est survenue progressivement, jusqu'à l'empêcher d'exercer n'importe quelle activité et en particulier une activité lucrative, laquelle est devenue nécessaire à la suite des diminutions de revenu subies par son mari. En conséquence, la recourante maintient ses conclusions.

Dupliquant le 27 mai 2014, l'OAI déduit du courrier accompagnant le questionnaire complété le 3 mai 2010 que les époux ont espéré dès l'arrivée en Suisse de la recourante que son état de santé lui permettrait de travailler, autrement dit que dès son entrée en Suisse, elle aurait souhaité exercé une activité lucrative, si son état de santé le lui avait permis. Réfutant la thèse de la recourante selon laquelle la capacité de travail devrait être présumée, l'intimé rappelle que l'expert n'a pas à prendre position avec une certitude absolue – ce qui resterait dans la majeure partie des cas, pour un expert médical, un vœu pieux –, mais seulement au degré de la vraisemblance prépondérante. Il estime par ailleurs qu'une demande déposée plus tôt aurait permis de conclure plus aisément à ce qu'elle se trouvait déjà en situation d'incapacité de travail au moment de son arrivée en Suisse. Quant à l'absence d'élément nouveau depuis l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 septembre 2012, l'intimé écarte cette objection en se prévalant du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ du 17 octobre 2013. Fondé sur ce qui précède, il maintient intégralement les conclusions de sa réponse du 14 avril 2014.

Dans ses déterminations du 23 juin 2014, la recourante retranscrit une déclaration de son époux dont il ressort qu'il se serait trompé au moment de remplir le formulaire du 3 mai 2010 et que la diminution de la capacité de travail remonterait à 1987 – année de sa première hospitalisation en Suisse – et non 1985. Au demeurant, dès son arrivée en Suisse en 1985, elle aurait été assez active au point de garder plusieurs enfants ce, trois à quatre jours par semaine. Elle aurait également travaillé chez des viticulteurs. Il s'ensuit que, selon le mari de la recourante, la diminution de sa capacité de travail ne peut être antérieure à 1987, voire éventuellement après les seconde et troisième hospitalisations en Suisse dans les années 90. Pour le surplus, elle réitère ses critiques à l'endroit de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, en particulier quant

à l'absence d'interprète et quant au fait que l'expert n'aurait pas clairement saisi le sens des questions à résoudre. Elle requiert encore la production par ce dernier du questionnaire en français et en portugais qui lui ont été soumis.

Aux déclarations du mari relatées dans la dernière écriture de la recourante, l'office intimé oppose, dans sa lettre du 24 juillet 2014, la jurisprudence fédérale imposant de retenir les premières affirmations en présence de propos divergents, d'autant que les nouvelles déclarations s'écartent sur plus d'un point des précédentes. En conséquence, celles-ci doivent prévaloir et la date de 1985 doit être retenue. Renvoyant pour le surplus à ses explications précédentes auxquelles il déclare n'avoir rien à ajouter, l'intimé maintient derechef sa position.

S'exprimant une ultime fois en date du 28 août 2014, la recourante retranscrit une nouvelle déclaration de son époux en vue de préciser différents points de leur situation personnelle et professionnelle. Pour le reste, elle considère qu'il appartient à l'assurance-invalidité de fournir la preuve d'une incapacité de travail durable préexistant à son arrivée en Suisse en 1985, que cette preuve ne saurait se fonder sur l'expertise réalisée par le Dr B.\_\_\_\_\_ et qu'une incapacité de travail durable n'est pas rendue vraisemblable à l'époque de son séjour au Brésil. Il en irait différemment si le dossier contenait des rapports médicaux antérieurs à 1985 dont on pourrait déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle présentait alors une incapacité de travail. A défaut d'avoir établi l'existence d'une invalidité préexistante, il convient donc d'admettre qu'elle est invalide en Suisse depuis plus d'un quart de siècle, ce qui lui ouvre le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**K.** Le 10 septembre 2014, le magistrat instructeur a invité la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS à produire l'extrait du compte individuel de l'époux de la recourante, ce qu'elle a fait en date du 16 septembre 2014.

Se déterminant en date du 2 octobre 2014 sur les pièces produites, la recourante a fait savoir que le dossier lui paraissait complet, si bien qu'elle ne sollicitait pas la production d'autres documents ni l'audition de témoins. Ses seules critiques portaient sur le déroulement de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, au cours de laquelle, contrairement à ce qu'elle avait demandé, elle n'a pas bénéficié des services d'un interprète dans sa langue maternelle et s'était vue refuser la présence de son époux à ses côtés.

Cette écriture a été transmise à l'office intimé, qui n'a pas réagi.

### **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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

**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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2. a)** L'issue du litige dépend dans un premier temps du 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.

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 raisonnablement être 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**c)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure devant le tribunal cantonal des assurances - de même que la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA) - dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). Le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396) ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 ss consid. 3 p. 352 s; ATF du 12 juin 2007, 4A\_45/2007 consid. 5.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il ne s'agit pas, pour l'administration ou le tribunal, de déterminer si les rapports médicaux fournissent une preuve stricte du fait pertinent. En effet, en ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les

faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2; TF 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; TF 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2).

**3.** La contestation porte en l'espèce sur le moment de la survenance du cas d'assurance, la nature de la maladie affectant la recourante n'étant pas discutée, ni le fait que ses premiers symptômes remontent probablement à 1981 (cf. rapport d'expertise du 17 octobre 2013, p. 22) La question décisive est de savoir si, au moment de son entrée en Suisse, la recourante présentait déjà une incapacité de travail durable de 40% au moins. Aux fins d'apporter une réponse sur ce point, l'OAI a, conformément à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 5 septembre 2012 (cf. considérant 3.2), diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr B.\_\_\_\_\_. Faisant siennes les conclusions de l'expert, l'intimé considère que l'atteinte à la santé présentée par la recourante entraîne une incapacité de travail complète dans n'importe quelle activité depuis 1984. Pour sa part, la recourante conteste ce point de vue et s'en prend à la valeur probante de l'expertise en formulant divers griefs à son endroit, tant sous l'angle de son contenu (consid. 3a infra) que de son déroulement (consid. 3b infra).

**a)** Un des premiers moyens invoqué par la recourante concerne son statut à son arrivée en Suisse. Affirmant qu'à ce moment-là, elle ne cherchait pas un travail rémunéré régulier mais qu'elle était femme au foyer, elle reproche ainsi à l'expert de ne pas avoir traité sa capacité de travail en cette qualité. Or, il convient d'observer que l'argument d'un statut de ménagère est avancé pour la première fois, dans le cadre de la

présente procédure, à l'occasion du recours du 11 février 2014 contre la décision entreprise. La lettre du 22 mai 2012, dans laquelle la recourante soulève en procédure fédérale cette question n'est donc pas décisive. Quoi qu'il en soit, les pièces au dossier conduisent à retenir l'existence d'un statut de personne active à l'arrivée en Suisse. Cela ressort en particulier du formulaire « détermination du statut (part active / part ménagère) », plus exactement des indications de la recourante du 3 mai 2010 selon lesquelles son taux d'activité aurait été de 100% depuis 1985 sans atteinte à la santé, ceci pour des motivations liées à son évolution personnelle et à l'indépendance financière. Cette déclaration est doublée d'un courrier du même jour signé du mari mentionnant l'existence de la maladie depuis 1985 avec toujours l'espoir d'une guérison durable et de tentative de réinsertion dans la vie professionnelle en Suisse. Quant aux remarques finales de l'enquêtrice figurant sur le rapport du 26 novembre 2010, elles ne constituent rien d'autre que des interrogations rétroactives à propos du statut de l'assurée en fonction de l'évolution de la maladie, respectivement une éventuelle maternité. La recourante ne saurait par conséquent tirer argument de la difficulté évoquée par l'enquêtrice en relation avec la détermination de son statut pour laisser entendre devant la Cour de céans qu'elle disposait d'une capacité de travail en tant que ménagère à son arrivée en Suisse. En définitive, il y a lieu de retenir que le statut de la recourante était celui d'une personne active lors de son entrée en Suisse.

La recourante prétend ensuite que l'expert n'aurait pas compris le sens de sa mission, en ce sens qu'il lui appartenait également de se prononcer sur l'existence d'une éventuelle incapacité de travail antérieurement à son arrivée en Suisse. Selon elle, il aurait essentiellement abordé « la situation actuelle où l'invalidité doit clairement être admise (ce n'est pas contesté), alors que le litige se situe ailleurs, à savoir sur l'existence ou non d'une invalidité dans les années 1983-1985 ».

Chargé de se prononcer sur l'incidence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, l'expert se doit nécessairement de déterminer la

date à partir de laquelle l'atteinte à la santé revêt un caractère invalidant au sens de l'AI. A la lecture de l'expertise, on constate que le Dr B. \_\_\_\_\_ fixe le début de l'incapacité de travail totale de l'assurée au moment de sa deuxième décompensation au Brésil à la fin de l'année 1984, soit à la date à laquelle un traitement d'Haldol-Dépôt lui avait été prescrit. Cet avis motivé conduit dès lors à écarter le grief formulé par la recourante sur ce point.

En troisième lieu, la recourante fait valoir que le rapport d'expertise serait entaché d'inexactitudes. D'après elle, le Dr B. \_\_\_\_\_ inventerait « purement et simplement un suivi psychiatrique entre mars 1985 et novembre 1986 » car elle n'aurait vu la première fois un psychiatre en Suisse que le 26 novembre 1986.

Il convient de rappeler que l'anamnèse se fonde d'une part sur les propres déclarations de l'assurée et d'autre part sur le dossier médical tel que constitué. Des pièces médicales au dossier, il ressort que la recourante présente une discontinuité de la pensée, des propos parfois décousus, l'expert relevant pour sa part un discours confus, ce qui peut expliquer des erreurs dans la chronologie. Quant au prétendu suivi psychiatrique dont elle aurait fait l'objet selon le Dr B. \_\_\_\_\_ entre mars 1985 et fin novembre 1986, force est de constater que l'expert n'évoque à aucun moment un quelconque traitement durant cette période. Bien plutôt, il évoque une thérapie consécutive à la décompensation de 1984, se référant en cela aux déclarations de l'intéressée. L'existence d'un tel traitement en 1984 est au demeurant vraisemblable. En effet, si la recourante a été hospitalisée ensuite d'une décompensation en 1984, il est probable qu'un traitement aura été mis en place pour sa sortie. Par ailleurs, la recourante reproche au Dr B. \_\_\_\_\_ de s'être mépris en p. 2 de son rapport à propos de la date d'un de ses voyages au Brésil. Dans le passage auquel elle fait allusion, l'expert cite la lettre de l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ du 20 janvier 1987, dans laquelle est évoqué un voyage de la recourante dans son pays à la fin de ce même mois de janvier 1987. On comprend que l'expert se réfère à ce même voyage au début de son rapport car la réduction de la médication en raison de ses

effets secondaires intervenue lors de celui-ci - à laquelle le Dr B. \_\_\_\_\_ fait d'ailleurs allusion - est expressément confirmée dans un résumé d'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 1989. Le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a donc pas commis d'erreur dans son résumé de l'anamnèse. La recourante allègue encore que le fait qu'elle aurait trois frères atteints de schizophrénie, tel que cela est consigné en p. 4 du rapport d'expertise, est inexact, car ce diagnostic n'aurait été retenu que pour un seul de ses frères. Cette information figure dans une rubrique consacrée à l'examen des principales pièces au dossier et l'expert ne se fait pas faute de citer sa source. Il s'agit du rapport de sortie dressé en date du 6 mai 2009 consécutif à une hospitalisation de l'assurée à l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ ensuite d'une nouvelle décompensation psychotique. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert n'invente donc nullement cette information laquelle se retrouve d'ailleurs également dans une lettre de sortie du 27 octobre 2008 ainsi que dans un rapport du 29 avril 2010 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Elle est au demeurant relayée par le mari de la recourante (cf. lettre de sortie du 27 octobre 2008). Le reproche formulé par la recourante à l'endroit de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ est donc sans fondement. Quant au grief selon lequel l'expert aurait fait un usage par trop fréquent de mots tels que « probable » ou « probablement », ce qui nuirait à la pertinence de ses conclusions et affaiblirait par là même le caractère probant de son rapport, il ne saurait être suivi. En effet, il faut bien plutôt voir dans le recours à ces termes la prudence dont l'expert s'efforce de faire preuve en s'exprimant sur des faits remontant à plusieurs décennies. Loin d'atténuer la validité de son appréciation, l'expression de suppositions et de doutes s'avère compréhensible dans ce contexte étant encore précisé que la psychiatrie ne relève pas d'une science exacte et que pour cette raison, il n'y a donc pas nécessairement de certitude absolue. On relèvera enfin qu'en ce qui concerne l'examen des faits prévalant à l'arrivée de l'assurée en Suisse, le choix de l'expert de se référer exclusivement aux pièces du dossier et à l'anamnèse de l'expertisée, suffisamment exhaustifs pour l'accomplissement de son mandat, n'est pas critiquable.

**b)** S'agissant du déroulement de l'expertise, la recourante se plaint en premier lieu de ne pas avoir pu adresser des questions à l'expert. Le 12 avril 2013, l'OAI a dûment informé l'assurée (par l'intermédiaire de son conseil) de la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. A cette occasion, il l'a invitée à lui faire parvenir d'éventuelles questions complémentaires ce à quoi elle a expressément renoncé par lettre du 29 avril 2013 (ch. 6). Elle est donc malvenue de s'en plaindre à ce stade de la procédure.

Autre est la question de la présence d'un interprète au cours de l'expertise. A cet égard, arguant d'une mauvaise maîtrise du français, la recourante rappelle avoir sollicité la présence d'un interprète en langue portugaise lors de l'expertise, requête à laquelle le Dr B. \_\_\_\_\_ a opposé une fin de non-recevoir. Certes, tant la jurisprudence (cf. par exemple TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1) que les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-invalidité éditées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, dans leur version de février 2012 (ci-après : les lignes directrices), excluent en principe la présence de tiers pour assurer la traduction durant une expertise psychiatrique. Il en va de même si des proches sont pressentis pour fonctionner en tant qu'interprète (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.3.1). La portée de cette interdiction n'est toutefois pas absolue et il revient à l'expert de juger si la présence d'un interprète s'avère ou non nécessaire.

Dans son rapport, l'expert parle d'un français simple mais compréhensible (p. 15). Aucun des médecins traitants ne fait par ailleurs mention d'une maîtrise lacunaire de la langue française chez leur patiente ni d'ailleurs la collaboratrice de l'OAI s'étant entretenue avec l'assurée lors de l'enquête économique sur le ménage. Dans son courrier du 8 juillet 2013, l'époux précise que l'assurée comprend relativement bien le français et le parle un peu, à l'exclusion des termes techniques médicaux et compliqués. Outre que les difficultés de compréhension de la terminologie médicale ne sont pas l'apanage des allophones, il ne ressort pas du « compte rendu » de l'assurée à son époux au terme du rendez-

vous d'expertise (lettre du 25 juillet 2013) qu'elle n'aurait pas compris l'expert. Quant aux questionnaires, ils lui ont finalement été soumis en langue portugaise. Au demeurant, sous réserve des confusions quant aux dates (qui peuvent s'expliquer par le temps écoulé comme par la maladie), la recourante ne fait pas la démonstration d'une erreur dans l'expertise résultant d'un problème de traduction.

La recourante reproche encore à l'expert de ne pas avoir autorisé son mari à assister à l'expertise ce qui l'a privée d'un précieux soutien compte tenu de sa fragilité psychique. Selon les lignes directrices, l'investigation proprement dite se déroule avec la personne expertisée seule, en dehors de cas exceptionnels dûment motivés. Dans le cas présent, l'exclusion du mari s'imposait d'autant plus qu'il existe une dépendance psychique, mentale et sociale de l'assurée à l'égard de son conjoint (cf. rapport d'expertise, réponse ad question 6.1, p. 23) et la seule présence, même passive de celui-ci risquait d'influencer l'expertisée dans son attitude et ses réponses. Par ailleurs, la préoccupation d'ordre médical manifestée dans la lettre du 8 juillet 2013 pour justifier la présence du mari tombe à faux : en effet, nul mieux qu'un médecin est à même de se rendre compte de l'état de santé d'une personne surtout lorsque, comme dans le cas particulier, il est averti à l'avance. Enfin, la crainte de laisser seule l'assurée avec l'expert et de risquer ainsi de la désécuriser ne s'est pas avérée justifiée puisqu'une assistante sociale du Centre Médical G. \_\_\_\_\_ était présente.

**c)** Pour le surplus, l'expertise du 17 octobre 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels. Fruit d'une étude circonstanciée du cas, elle rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit clairement le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation particulièrement complète et nuancée de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Il peut donc lui être conféré une pleine valeur probante. Par ailleurs, aucun autre élément au dossier ne vient contredire ou infirmer les conclusions de l'expert. La Dresse K. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a dans

un premier temps évalué l'incapacité de travail à 100% dès 1983 sur la base de l'anamnèse (rapport du 29 avril 2010) pour ensuite évoquer une incapacité de travail de 70% ayant commencé un peu avant 1990 (courrier à Me Nordmann du 29 septembre 2011). Elle n'objective cependant pas cette dernière assertion, que viennent au demeurant infirmer les hospitalisations antérieures à l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_ et est rectifié par l'avis subséquent du SMR du 10 novembre 2011 fixant le début de l'incapacité à 1983. Cela étant, les premières déclarations de la recourante et de son époux vont plutôt dans le sens de l'expert, avec la réserve que l'incapacité aurait débuté en 1985, voire en 1987. En l'absence d'éléments susceptibles d'expliquer de manière convaincante pour quelles raisons l'assurée a modifié ses premières déclarations en procédure judiciaire, il n'y a pas de motif de s'écarter du principe selon lequel, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait - en l'occurrence hypothétique -, la préférence doit être accordée à celle que l'assurée avait donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; VSI 2000 p. 199 consid. 2d p. 201 [I 321/98]). A cet égard, les raisons alléguées par la recourante dans ses déterminations du 28 août 2014 pour expliquer ses déclarations contradictoires ne sont pas convaincantes. Le fait que son époux ait ignoré la gravité des troubles dont elle est affectée n'enlève rien à la clarté de sa réponse à la question du début de l'atteinte à la santé (cf. lettre du 3 mai 2010 accompagnant le formulaire « détermination du statut »). Il a par ailleurs confirmé ultérieurement cette réponse à l'enquêtrice, dont le rapport est, quoi que la recourante en dise, un élément de preuve déterminant. Par ailleurs, ce rapport ne se limite pas aux seules questions sur les activités de la vie quotidienne, mais comprend également ses déclarations (et celles de son mari) - dont elle n'a du reste jamais contesté la teneur - sur son atteinte à la santé. Enfin, l'application de la jurisprudence citée ne se limite pas aux situations dans lesquelles l'intéressé souffrirait d'une atteinte somatique et non pas psychique. En résumé, il y a lieu de retenir que les premières déclarations de la recourante et de son époux tendent plutôt à corroborer l'existence d'une incapacité de travail durable et importante déjà au

moment de son arrivée en Suisse (crises revenant 3 à 4 fois par an depuis 1985, soit une période de 6 à 8 mois par année ; cf. enquête économique sur le ménage du 26 novembre 2010, p. 1). Au reste, le caractère incapacitant de ces crises découle de la précision apportée par la recourante elle-même dans sa demande de prestations du 1<sup>er</sup> avril 2010 selon laquelle, en l'absence d'emploi salarié, il ne lui a pas été possible de revendiquer des indemnités journalières de l'assurance-maladie (cf. ch. 12 du formulaire).

**d)** Sur la base de l'ensemble de ces éléments, il doit être admis, à l'instar du Dr B.\_\_\_\_\_, que la recourante présentait une incapacité de travail totale déjà en 1984, soit dès l'époque de sa deuxième décompensation ayant donné lieu à une hospitalisation au Brésil à la fin de cette même année 1984. Le dossier tel que constitué étant en l'occurrence complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaire ou une nouvelle expertise. En effet, elles ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir notamment ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 428 s. ; TF 9C\_525/2014 du 18 août 2014 consid. 3.2).

**4.** Une fois déterminée la date de la survenance de l'incapacité de travail, il convient encore d'examiner si le droit à une rente ordinaire d'invalidité est ouvert.

**a)** Conformément à 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. Lorsque le droit à une rente est en cause, l'invalidité est réputée survenue, en règle générale, dès que l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; une règle équivalente existait dans les versions précédentes de la LAI, à l'art. 29 al. 1 LAI – cf. ATF 129 V 411 consid. 2.1).

Pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité, la personne assurée doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années entières au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, dans sa version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, conformément au principe général selon lequel les règles applicables sont celles au moment où les faits déterminants se sont produits – cf. les conclusions du recours suivant lesquelles est revendiqué l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2011, cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 p. 27 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 p. 447). Jusqu'au 31 décembre 2007, d'après cette même disposition, il suffisait d'une année de cotisations. Les rentes ordinaires sont servies sous forme de rentes complètes aux assurés qui comptent une durée complète de cotisation et sous forme de rentes partielles aux assurés qui comptent une durée incomplète de cotisation (art. 36 al. 2 LAI en liaison avec l'art. 29 al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). En ce qui concerne les rentes complètes, la durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 36 al. 2 LAI en liaison avec l'art. 29<sup>ter</sup> al. 1 LAVS ; ATF 131 V 390 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 29<sup>ter</sup> al. 2 LAVS, sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (let. a ) et celles pendant lesquelles son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (let. b).

**b)** Au vu de l'extrait du compte individuel de l'époux de la recourante, les cotisations versées par ce dernier – lesquelles excèdent largement le double de la cotisation minimale, soit 960 fr. – permettent de considérer que la recourante a commencé à cotiser dès la date de son mariage le 29 novembre 1985 sans interruption, de telle sorte que le délai de trois ans est venu à échéance à fin octobre 1988. En l'espèce, il convient de retenir sur la base de l'expertise et des indications apportées par la recourante quant à la date de son hospitalisation pour décompensation en 1984, que l'incapacité de travail durable de 40% au moins a débuté en décembre 1984 (cf. observations de la recourante du 5

décembre 2013 à la suite du projet de décision du 13 novembre 2013, p. 3, ch. 5). En conséquence, l'invalidité est réputée survenue à tout le moins en décembre 1985 et la recourante ne comptait alors qu'un mois de cotisations. Le droit à une rente ordinaire d'invalidité n'est donc pas ouvert.

**5.** La recourante n'a au demeurant pas droit à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité.

En vertu des art. 39 al. 1 LAI et 42 al. 1 LAVS, le droit à une rente extraordinaire d'invalidité est réservé aux ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, 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. Le cas échéant, un assuré peut acquérir un droit à une rente extraordinaire, dès lors que l'invalidité est survenue avant l'accomplissement de sa 21<sup>ème</sup> année (jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement de sa 23<sup>ème</sup> année (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008) et qu'il n'a pas pu cotiser, sans faute de sa part, durant la période minimale (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1 ; TF 9C\_156/2010 du 20 avril 2011 consid. 4.2.2 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a précisé que le refus d'octroyer une rente extraordinaire d'invalidité à une personne ne comptant pas le même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge se justifiait par l'objectif poursuivi par ce genre de prestation et était conforme au principe de la proportionnalité. En exigeant que les personnes concernées aient le même nombre d'années d'assurance que les personnes de la classe d'âge, l'art. 42 al. 1 LAVS 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, faute d'y avoir été obligées. 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. Le but de la réglementation sur les rentes extraordinaires de l'AI est donc de ne pas pénaliser – parce qu'elles n'ont pas été tenues de payer des cotisations pendant une année avant la réalisation du risque – des personnes pouvant atteindre une durée d'assurance complète en vue d'une rente de vieillesse de l'AVS. La loi leur accorde une rente extraordinaire d'invalidité en principe égale au montant minimum d'une rente ordinaire complète. Elle les assimile aux personnes comptant le même nombre d'années de cotisations – d'une année entière au moins lors de la survenance du risque – (et donc aussi d'assurance) que les assurés de leur classe d'âge: ces personnes peuvent prétendre une rente ordinaire complète d'invalidité. Dans les deux cas, la prestation – sous forme soit de rente extraordinaire en principe égale au montant minimum d'une rente ordinaire complète, soit de rente ordinaire complète – tient compte d'une durée d'assurance complète (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1 ; TF 9C\_156/2010 du 20 avril 2011 consid. 6.3).

En l'espèce, la recourante est arrivée en Suisse à l'âge de 31 ans révolus ; elle n'a pas cotisé auparavant (cf. extrait du compte individuel du 21 avril 2010). Elle ne compte donc pas le même nombre d'années de cotisation qu'un assuré de sa classe d'âge. Les conditions à l'octroi d'une rente extraordinaire ne sont donc pas remplies.

**6.** Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Les frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI) doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA), vu l'issue du litige.

**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 9 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante F. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :