

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

Z._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Mireille Loroch,
avocate à Lausanne,

et

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

**ALCP ; Règlement (CE) 883/04 ; Convention de sécurité sociale
entre la Confédération suisse et l'Australie ; art. 4 al. 2, 8 al. 1 et
3, 17, 18, 28 al. 1 let. b et 36 al. 1 LAI**

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante britannique et australienne née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], a vécu en Australie jusqu'en juillet 2007, puis en Allemagne de janvier 2009 à avril 2012. Arrivée en Suisse le [...] avril 2012, elle est au bénéfice d'un permis d'établissement. Titulaire d'un Master en ingénierie [...] obtenu en 1996 à l'Université d'Adelaïde, l'assurée a travaillé dans son domaine d'activité, avant de devenir mère au foyer en octobre 2005. Dès septembre 2017, elle a repris une activité lucrative en qualité d'enseignante d'anglais, à raison d'environ deux cours par semaine (5 à 10%).

Selon les informations ressortant de son extrait de compte individuel AVS, l'assurée a cotisé en Suisse dès le mois de mai 2012, en qualité de personne sans activité lucrative.

Le 31 janvier 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle se trouvait en incapacité de travail depuis mai 2014 à 100%, puis dès septembre 2017 à 90%, en raison d'une dépression sévère et d'un trouble bipolaire prévalant depuis octobre 2013.

Renseignant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 avril 2018, elle a indiqué qu'elle était séparée de son conjoint depuis mai 2014 et que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% en qualité d'enseignante d'anglais depuis mai 2014, par intérêt personnel. L'OAI lui a reconnu le statut de personne active en plein.

Dans un rapport du 3 mai 2018, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de trouble bipolaire (F31.1), d'asthme allergique et d'obésité de stade 2. Il a indiqué que sa patiente avait cessé le travail mais qu'elle demeurerait capable d'exercer de façon régulière des travaux lourds et qu'elle

disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le Dr G. _____ a encore précisé que l'invalidité était totale dans le cadre de l'activité exercée en dernier lieu, mais qu'une amélioration de l'état de santé était possible, compte tenu du pronostic favorable.

Par communication du 17 mai 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa situation ne permettait pas pour l'instant la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Dans un rapport du 13 septembre 2018, la Dre W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques en rémission (depuis 2013), de suspicion de trouble bipolaire de type II et de personnalité à traits borderline et dépendants (depuis le jeune âge). Elle a attesté une totale incapacité de travail depuis le début de sa prise en charge, en mai 2013, précisant qu'elle avait été consultée dans le cadre d'un conflit conjugal et qu'à cette époque, l'intéressée présentait un état dépressif sévère accompagné d'idéations suicidaires ayant conduit par la suite à plusieurs hospitalisations. La psychiatre a encore émis un pronostic réservé s'agissant du potentiel de sa patiente à la réadaptation.

Dans un rapport du 30 novembre 2018, le Dr G. _____ a posé le diagnostic de trouble bipolaire, depuis 1992, et a attesté une incapacité de travail de 100% depuis juin 2014, en raison d'une instabilité émotionnelle, tout en précisant qu'une amélioration de la capacité de travail était envisageable à long terme. Il a indiqué que sa patiente était suivie au plan psychiatrique par la Dre W. _____.

Le 30 septembre 2019, la Dre W. _____ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 13 septembre 2018, précisant que ces atteintes induisaient des troubles de la concentration, de la fatigue, de la tristesse, de la somnolence diurne, une hypersensibilité au stress, une diminution de l'estime de soi et des angoisses importantes lors des

contacts avec des inconnus. La psychiatre a observé que sa patiente n'était pas en mesure de travailler à plus de 10% dans son activité habituelle et que, dans une activité adaptée ne générant pas de stress et ne nécessitant pas de préparation ni de concentration, avec peu de contact avec des tiers, elle pourrait travailler au maximum à 25% (2h/jour). La Dre W._____ a également considéré que sa patiente avait désormais une aptitude à la réadaptation, en respectant les taux d'occupation et limitations précitées.

Aux termes d'un avis du 8 octobre 2019, la Dre P._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu les atteintes de trouble bipolaire de type II, de troubles dépressifs récurrents, épisode sévère avec symptômes psychotiques (janvier 2013) en rémission, et de personnalité à traits borderline et dépendants, induisant une incapacité de travail durable de 90 à 100% depuis 2013. Elle a précisé à cet égard que l'assurée souffrait d'affections psychiatriques depuis l'adolescence et que ces atteintes étaient devenues totalement incapacitantes depuis 2013 en raison de la sévérité de la symptomatologie dépressive. La Dre P._____ a attesté une capacité de travail exigible de 10% dans l'activité habituelle et de 25% dans une activité adaptée. A la rubrique traitant du début de l'aptitude à la réadaptation, la Dre P._____ a indiqué « sans objet ».

Par projet de décision du 11 novembre 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, qu'il s'agisse de la rente d'invalidité ou des mesures d'ordre professionnel.

Après avoir sollicité la production de son dossier par l'entremise de Me Mireille Lorocho, l'assurée a renoncé à déposer des objections au projet de décision précité.

Par décision du 26 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. S'agissant de la demande de rente d'invalidité, il a en particulier retenu que l'assurée, ressortissante du Royaume-Uni, n'avait pas cotisé suffisamment avant la survenance de son invalidité, que

ce soit en Suisse ou dans un Etat ressortissant de l'UE ou de l'AELE. Il a également exclu le droit à des mesures d'ordre professionnel, constatant que la capacité résiduelle de l'intéressée dans une activité adaptée s'élevait tout au plus à 25%, ce qui laissait subsister un préjudice économique de l'ordre de 75%.

B. Par acte du 27 avril 2020, Z._____, toujours représentée par Me Mireille Loroch, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 26 février 2020, dont elle a conclu à la réforme, principalement dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement dans le sens de l'octroi de mesures professionnelles, et plus subsidiairement encore à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaire. A l'appui de sa contestation, la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue ; elle fait grief à l'OAI d'avoir rendu une décision sommaire, insuffisamment motivée, se fondant de surcroît sur une constatation inexacte et incomplète des faits, notamment s'agissant de la détermination de la date de survenance de l'invalidité (*dies a quo*) et du droit aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Sur le fond, elle considère que son incapacité de travail s'est matérialisée en mai 2014, de sorte que la survenance de son invalidité doit être fixée en mai 2015, date à laquelle elle bénéficiait d'une période de cotisations suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Elle soutient également avoir droit à des mesures d'ordre professionnel.

Par réponse du 22 juin 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Aux termes d'une réplique du 24 août 2020, le recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise, estimant que le rapport de la Dre W._____ ne suffisait pas à déterminer précisément le début de son incapacité de travail.

Par duplique du 18 septembre 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions, renvoyant notamment au rapport du SMR du 8 octobre 2019 s'agissant du début de l'incapacité de travail durable.

E n d r o i t :

1. a) La recourante est ressortissante britannique et australienne. Compte tenu de ces éléments d'extranéité, le présent litige est soumis à l'Accord du 12 juin 1999 entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses états membres sur la libre circulation des personnes (RS 0.142.112.681) et au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1). Le Royaume-Uni s'est certes retiré de l'Union Européenne (UE) au 31 janvier 2020. Dès cette date a cependant débuté un régime transitoire, selon lequel les accords que l'UE a conclus avec des Etats tiers, tels que les accords bilatéraux Suisse-UE ont continué à s'appliquer au Royaume-Uni jusqu'au 31 décembre 2020 (art. 126 de l'Accord sur le retrait du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de l'Union européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique ; 2019/C 384 I/01). Trouve également application la Convention du 9 octobre 2006 de sécurité sociale entre la Confédération suisse et l'Australie (RS 0.831.109.158.1 ; ci-après : la Convention du 9 octobre 2006). Ces deux réglementations régissent le domaine de l'assurance-invalidité (cf. art. 3 al. 1 let. c du Règlement (CE) n° 883/2004 et art. 2 al. 1 let. a chiffre ii de la Convention du 9 octobre 2006) et prévoient que le droit applicable est le droit suisse, en particulier la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

b) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office

concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

c) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et de l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19 ; RS 173.110.4), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation. S'agissant du droit à la rente d'invalidité, se pose en particulier la question de savoir si l'intéressée peut se prévaloir de suffisamment d'années de cotisations pour ouvrir le droit à une telle prestation.

3. Dans un premier moyen d'ordre formel, la requérante fait valoir une violation de son droit d'être entendue, soutenant que la décision entreprise est insuffisamment motivée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve

et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Dans la décision entreprise, l'OAI a expliqué que l'assurée n'avait pas droit à une rente d'invalidité au motif qu'elle n'avait pas cumulé le minimum de trois années de cotisations depuis la survenance de son invalidité (janvier 2014 [sic], à l'échéance d'un délai de carence d'un an), ni en Suisse, ni au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE. S'agissant du droit aux mesures de réadaptation, l'office a indiqué que l'assurée connaissait un préjudice économique de l'ordre de 75%, compte tenu d'une capacité résiduelle dans une activité adaptée de maximum 25%, et que dans ces conditions, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables. Certes, les explications de l'OAI sont sommaires. Elles doivent cependant être considérées comme suffisantes, dès lors qu'elles permettent de comprendre les motifs pour lesquels les prestations sollicitées ont été refusées. On peut donc admettre que les exigences minimales en matière de motivation des décisions administratives sont respectées, étant relevé que la recourante a été en mesure de saisir la position de l'autorité intimée et de l'attaquer à bon escient. De surcroît, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait quoi qu'il en soit être tenue pour guérie, la recourante ayant eu la faculté d'exposer l'ensemble de ses moyens dans le cadre de la présente procédure de recours devant le tribunal de céans qui statue ici avec un plein pouvoir d'examen en fait et en droit. Elle a notamment pu se déterminer dans le

cadre de son droit de réplique, après avoir reçu les explications complémentaires ressortant de la réponse de l'intimé (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

La recourante ne peut donc valablement se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendue.

4. Sur le fond, est en premier lieu litigieuse la question de savoir si la recourante remplit les conditions générales d'assurance permettant l'octroi d'une rente d'invalidité.

a) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité. Cette condition n'est cependant pas absolue. En effet, en application des art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du Règlement (CEE) n° 883/2004, des cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (voir également ch. 3004 et 3005 CIBIL [Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI]).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 ; TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) Afin de déterminer le nombre d'années de cotisations dont la recourante peut se prévaloir, il convient en premier lieu de fixer la date de survenance de son invalidité, dans la mesure où c'est à cette date-là

qu'elle doit pouvoir établir l'existence d'une durée minimale de cotisations. La recourante soutient à cet égard qu'elle est atteinte de dépression sévère et de trouble bipolaire depuis octobre 2013 et que son incapacité de travail a débuté en mai 2014, de sorte que son invalidité serait survenue en mai 2015, à l'issue du délai d'attente d'un an prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Cette appréciation ne saurait toutefois être retenue. La Dre W._____, psychiatre traitante, a en effet attesté une incapacité de travail totale dans toutes les activités professionnelles depuis mai 2013 déjà (date à laquelle elle a débuté le suivi de la recourante), en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques en rémission, depuis janvier 2013, d'une suspicion de trouble bipolaire de type II et d'une personnalité à traits borderline et dépendants, depuis le jeune âge. Dans son rapport du 13 septembre 2018, la psychiatre a indiqué que lorsque la recourante l'avait consultée en mai 2013, elle présentait un état dépressif sévère accompagné d'idéations suicidaires, qui avaient conduit à plusieurs hospitalisations en structures psychiatriques. Le 30 septembre 2019, la Dr W._____ a observé que la situation de sa patiente n'avait pas connu d'évolution et que sa capacité de travail s'élevait tout au plus à 10% dans son activité habituelle et à 25% dans une activité adaptée.

A ce stade, force est de constater que les rapports de la Dre W._____ sont probants. En sa qualité de spécialiste en psychiatrie, elle s'est prononcée en pleine connaissance de l'anamnèse, étant rappelé qu'elle suit régulièrement la recourante depuis mai 2013, à un rythme hebdomadaire. Son appréciation de la situation médicale, fondée sur une description précise du contexte médical, est claire et ses conclusions sont motivées et circonstanciées. Ses rapports remplissent donc les exigences jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Ils sont de surcroît corroborés par l'avis de la Dre P._____, lequel, à teneur de la jurisprudence relative aux avis médicaux du SMR, et en l'absence d'éléments contraires sérieux, peut également fonder la décision entreprise. L'avis divergeant du Dr G._____ ne suffit pas à

remettre en W._____ et du SMR. Outre le fait qu'il n'est pas spécialisé en psychiatrie et qu'il renvoie d'ailleurs spécifiquement à la psychiatre traitante dans son rapport du 30 novembre 2018, le Dr G._____ s'est exprimé par des avis particulièrement brefs et dénués de toute motivation. En outre, sinon emprunt de contradiction, son rapport du 3 mai 2018 manque à tout le moins de clarté puisqu'il atteste à la fois une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et une invalidité totale dans l'activité exercée en dernier lieu. En définitive, il n'existe au dossier aucun élément justifiant de s'écarter de l'avis de la Dre W._____, auquel on peut reconnaître pleine valeur probante.

En définitive, il convient de constater que la recourante présente une incapacité de travail durable depuis mai 2013 (et non janvier 2013, comme retenu par l'intimé), et que, de ce fait, son invalidité est survenue en mai 2014, à l'issue du délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Compte tenu des considérations qui précèdent, la Cour de céans parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que les éléments en sa possession suffisent à trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause, sans que des mesures d'instruction complémentaire ne s'imposent. C'est en particulier à tort que la recourante soutient que les éléments fournis par la Dre W._____ ne permettent pas de déterminer suffisamment précisément la date de survenance de son incapacité de travail. Dans son rapport du 13 septembre 2018, la psychiatre traitante indique clairement que sa patiente présentait une totale incapacité de travail lorsqu'elle s'est présentée à sa consultation, en mai 2013. Peu importe à cet égard qu'elle ne précise pas la date exacte, puisque quel que soit le jour concerné du mois de mai 2013, les années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité n'atteignent pas trois ans. Il y a donc lieu de rejeter la demande d'expertise formulée par la recourante, sans que cela ne porte atteinte à son droit d'être entendu (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

d) La date de la survenance de l'invalidité étant connue (mai 2014), il reste à déterminer si la recourante pouvait, à ce moment-là, se prévaloir d'un minimum de trois ans de cotisations.

Selon son extrait de compte individuel AVS, la recourante a cotisé en Suisse depuis le mois de mai 2012. Les cotisations accumulées entre ce moment-là et la survenance de son invalidité, en mai 2014, ne suffisent donc pas à atteindre la durée minimale de trois ans exigée par l'art. 36 al. 1 LAI.

Dès lors qu'elle est ressortissante britannique, l'intéressée peut bénéficier des règles ressortant du Règlement (CE) n° 883/2004, en particulier de son art. 6, qui permet la totalisation des périodes de cotisations accomplies sous la législation de tout autre Etat membre, comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation de l'Etat compétent pour déterminer le droit aux prestations. Toutefois, l'assurée n'a pas réalisé des périodes de cotisation dans un Etat de l'UE ou de l'AELE. Ayant résidé de 2009 à 2012 en Allemagne, elle y a été femme au foyer et n'a pas exercé d'activité lucrative soumise à cotisations. Il n'existe donc pas de périodes de cotisations dont elle pourrait prétendre à la totalisation sur la base du Règlement (CE) n° 883/2004.

La recourante se prévaut encore de sa nationalité australienne et de la Convention du 9 octobre 2006. Cette convention prévoit que les ressortissants australiens, les membres de leur famille et leurs survivants ont, en ce qui concerne l'application de la législation suisse, les mêmes droits et obligations que les ressortissants suisses, respectivement les membres de leur famille et leurs survivants (art. 4 al. 1 let a de la Convention du 9 octobre 2006). Ce principe, qui instaure justement une égalité de traitement entre ressortissants australiens et suisses s'agissant de l'application du droit suisse, ne permet pas à un ressortissant australien de se soustraire à l'exigence minimale de trois ans de cotisations fixée par l'art. 36 al. 1 LAI, qui s'impose à lui de la même manière qu'à un ressortissant suisse. La recourante ne peut donc tirer

aucun avantage de sa qualité de ressortissante australienne s'agissant de ses années de cotisations.

En définitive, la recourante ne peut pas se prévaloir d'une durée minimale de cotisations de trois ans avant la survenance de son invalidité. Elle ne satisfait donc pas aux conditions générales d'assurance permettant l'octroi d'une rente d'invalidité, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé lui a refusé le droit à une telle prestation.

5. Dans un dernier moyen, la recourante conclut à être mise au bénéfice de « mesures professionnelles ». Dans la motivation de son recours, elle évoque tantôt des « mesures d'ordre professionnel », des « mesures de réadaptation d'ordre professionnel », des « mesures de réadaptation » et des « mesures de réinsertion professionnelle ». Cela étant, il convient de considérer qu'elle requiert l'octroi de mesures de réadaptation en général, au sens de l'art. 8 LAI.

a) Le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement (art. 9 al. 1bis LAI). S'agissant du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré (art. 10 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, est déterminant le moment à partir duquel l'invalidité, compte tenu de sa nature et de sa gravité, nécessite la mesure de réadaptation et la rend possible. L'événement assuré est réputé survenu lorsque l'atteinte à la santé influe sur la capacité de gain à un degré tel que l'on ne peut plus exiger de l'intéressé qu'il exerce son activité comme il le faisait avant la survenance de l'atteinte, que la mesure de réadaptation envisagée apparaît nécessaire et que les traitements et mesures médicales de réadaptation sont terminés (ATF 140 V 246 consid. 6.2).

A teneur de l'art. 12 al. 1 de la Convention du 9 octobre 2006, les ressortissants australiens qui, immédiatement avant que les mesures

de réadaptation entrent en ligne de compte, sont soumis à l'obligation de cotiser à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse, ont droit à de telles mesures tant qu'ils séjournent en Suisse.

En l'occurrence, le 13 septembre 2018, la Dre W._____ avait réservé son pronostic s'agissant d'une éventuelle réadaptation, compte tenu de la fragilité de sa patiente au plan psychique. Le 30 septembre 2019, la psychiatre a cependant estimé que des mesures de réadaptation étaient dorénavant envisageables, à un taux de 25% et dans le respect des limitations fonctionnelles définies. Compte tenu de cette aptitude à la réadaptation dès octobre 2019, c'est à juste titre que la recourante soutient qu'elle était assujettie au régime AVS/AI immédiatement avant que les mesures d'ordre professionnel puissent être envisagées, et qu'elle satisfait ainsi aux dispositions précitées. Ceci ne suffit toutefois pas à ouvrir un droit à une mesure de réadaptation. En effet, encore faut-il pour cela que la recourante satisfasse aux conditions matérielles du droit aux mesures.

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). A teneur de l'art. 8 al. 3 LAI, les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital [let. b]) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ;

TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

Dans le cas présent, l'OAI n'a procédé à aucune instruction sur la question des mesures de réadaptation ; le SMR a quant à lui, sans motivation, considéré ce point comme étant « sans objet ». Dans la décision entreprise, l'intimé s'est limité à indiquer que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas « envisageables », au motif que, dans une activité adaptée, la recourante disposait d'une capacité de travail d'au plus 25% et qu'il en résultait un préjudice économique de l'ordre de 75%. Ces éléments ne sont toutefois pas de nature à trancher la question du droit aux mesures de réadaptation. En dépit de ces constatations, l'OAI se devait d'investiguer de manière approfondie le droit de la recourante à des mesures de réadaptation, étant rappelé qu'en matière d'assurance-invalidité, la réadaptation prime sur le droit à la rente.

Compte tenu du profil spécifique de la recourante, devait notamment être examiné avec un soin particulier son droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 8 al. 1 let. a^{bis} et 14a LAI. Selon cette dernière disposition, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles et les mesures d'occupation, qui visent la réadaptation professionnelle (al. 2). A teneur de l'art. 4^{quater} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), ont droit aux mesures de réinsertion préparant à la

réadaptation professionnelle les assurés qui sont capables de participer à ces mesures au moins deux heures par jour pendant au moins quatre jours par semaine. En l'occurrence, l'intéressée présente une capacité de travail fortement entravée, par des motifs d'ordre psychiatrique uniquement. En incapacité de travail à 90-100% dans son activité habituelle depuis mai 2013, elle subit une incapacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Elle est ainsi en mesure de travailler à 25%, à raison de 2h/jour, dans des activités ne générant pas de stress, ne nécessitant pas de préparation ni de concentration, et impliquant un minimum de contact avec des tiers. Elle présente donc une incapacité de travail d'au moins 50% depuis au moins six mois, et est capable d'exercer une activité à raison de 2h par jour, au sens des dispositions précitées. A cela s'ajoute qu'elle semble présenter un certain nombre de ressources. Ingénieure de formation, elle a travaillé plusieurs années dans son domaine, avant de devenir mère au foyer une dizaine d'années. Entre temps atteinte dans sa santé et en totale incapacité de travail, elle a néanmoins été volontaire à reprendre une activité professionnelle dès septembre 2017, en qualité de professeure d'anglais dans une école. Cette activité est considérée comme non adaptée, en raison notamment du stress et de la préparation qu'elle exige. Il n'en demeure pas moins que, dans la pratique, malgré l'exigence accrue de la fonction, la recourante s'en acquitte chaque semaine, à raison de 4 heures hebdomadaires (cf. rapport de la Dre W. _____ du 30 septembre 2019). Cela dénote d'un potentiel qui ne saurait être ignoré et qui serait susceptible d'être mis à profit dans le cadre d'une mesure de réinsertion. On notera encore que l'âge de la recourante, qui n'a pas encore 50 ans, le fait que l'OAI lui a reconnu le statut de personne active à 100%, son environnement familial désormais stable, sa forte volonté à s'imposer un rythme journalier, à sortir marcher chaque jour, à s'occuper de ses enfants et à garder des contacts réguliers avec son entourage, la stabilité au plan psychique constatée par sa psychiatre (malgré une fragilité certes toujours marquée), notamment, sont autant d'éléments qui plaident en faveur d'un potentiel réinsertion, qui pourra possiblement conduire l'intéressée à prendre confiance en elle, améliorer sa capacité à interagir avec les tiers et à augmenter progressivement son taux d'activité dans une activité adaptée (cf. à cet égard le rapport du 30 novembre 2018

du Dr G._____). Un examen détaillé de ces différentes circonstances doit intervenir avant qu'une décision puisse valablement être rendue.

Le dossier de la cause étant insuffisamment instruit sur ce point, il convient de le renvoyer à l'intimé, à qui il incombe en premier lieu de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il appartiendra dès lors à l'OAI d'instruire sur les conditions subjectives et objectives du droit de la recourante à une mesure de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI ; de même, il examinera le droit de l'intéressée aux autres mesures de réadaptation, en particulier à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), au reclassement (art. 17 LAI) et à l'aide au placement (art. 18 LAI).

6. a) Au vu des éléments précités, le recours est partiellement admis et la décision du 26 février 2020 est annulée en ce qu'elle a trait au droit aux mesures de réadaptation, ce volet de la cause étant renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La décision entreprise est confirmée pour le surplus, en ce qu'elle nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr. compte tenu de la complexité de la cause, ceux-ci étant mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 26 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en ce qu'elle nie le droit à des mesures d'ordre professionnel, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant du droit de la recourante à des mesures de réadaptation au sens des considérants; la décision entreprise est confirmée pour le surplus.

- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre-cents francs), sont mis à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) au titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Mireille Loroch (pour la recourante), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :