

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juillet 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Berberat, juges  
Greffier : M. Favez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Y.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par sa curatrice [...] et agissant par l'intermédiaire de Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 2, 6 al. 2 et 36 LAI ; art. 16, 17 et 43 LPGA**

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

**A.** Ressortissante du K.\_\_\_\_\_, née en 196[...], Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), mère de quatre enfants nés en 198[...], 198[...], 199[...] et 20[...], a émigré en Suisse le [...] 2007, où elle a exercé, entre 2007 et 2012, une activité lucrative régulière dans le domaine de l'économie domestique.

Le 25 avril 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir un état dépressif, une hypertension artérielle, un canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5 ainsi que de fortes rachialgies.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des différents intervenants consultés par l'assurée. En ce qui concerne plus particulièrement les aspects psychiatriques, il ressort de la documentation recueillie par l'OAI que l'assurée a été hospitalisée du 7 au 31 juillet 2013 à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ pour un état dépressif majeur et un abus de médicament (lettre de sortie du 31 juillet 2013 du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_). Elle a ensuite été suivie par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au H.\_\_\_\_\_, lequel a posé, dans un rapport du 20 septembre 2016 (voir aussi son rapport du 6 novembre 2013), les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - de dépression récurrente sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), de personnalité dépendante (F60.7), de retard mental léger (F70), existant tous trois depuis « *au moins 1986* », ainsi que de status post lésion auto-infligée par analgésiques en 2013 (X60). A l'anamnèse, le Dr X.\_\_\_\_\_ a mentionné un premier épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques à l'âge de 18 ans au Portugal et une première tentative de suicide par ingestion de médicaments suivie d'une hospitalisation. Ce psychiatre a estimé que l'assurée ne disposait plus d'une capacité de travail dans son activité habituelle de femme de ménage. Il a évalué la capacité de travail résiduelle à 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée (limitations intellectuelles importantes ; anxiété

envahissante ; relations interpersonnelles très perturbées ; fatigabilité aux moindres efforts ; manque de motivation, d'énergie ; tendance à la régression).

Par décision du 31 août 2017, la Justice de paix du district de Z.\_\_\_\_\_ a instauré une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée et désigné [...] en qualité de curatrice.

Après avoir sollicité le Service médical régional de l'assurance-invalidité (avis du 12 janvier 2017 de la Dre C.\_\_\_\_\_), l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets de rhumatologie, de psychiatrie et de médecine interne (communication du 16 mars 2018) dont il a confié la réalisation au G.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport d'expertise du 30 mars 2020, les Drs Ex.MED.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Ex.RHU.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et Ex.PSY.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'obésité morbide (BMI 42,8 kg/m<sup>2</sup>) avec syndrome métabolique, de discopathie dégénérative lombaire avec canal lombaire rétréci en L2-L3 jusqu'à L5-S1, de surcharge biomécanique active postérieure (sans compression neurologique), de canal lombaire rétréci étagé de L2-L3 jusqu'à L5-S1, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), de personnalité dépendante (F60.7 : immaturité, dépendance affective, difficulté à prendre des décisions seules) et de retard mental léger (F70). Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée en ces termes (pp. 5-6) :

#### **4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Du point de vue rhumatologique 0 % depuis juillet 2012 dans le nettoyage

D'un point de vue psychiatrique : 0 %, depuis le 7.07.2013, date de sa deuxième hospitalisation.

Du point de vue de la médecine générale, 100 % si le travail en respectant les limitations fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles concernent essentiellement des difficultés à réaliser un travail sollicitant physiquement.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

100 % théorique en rhumatologie, obtenue progressivement, à partir de février 2016, en respectant les limitations fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : Pas d'effort de soulèvement, pas de porte-à-faux avant ou latéral, port de charge limitée à 5 kilos, possibilité de changer de position toutes les demi-heures, pas de piétinement prolongé. Pas de mouvement de préhension ou de pronosupination forcé.

50% en psychiatrie depuis le 31.7.2013, date de la sortie de sa deuxième hospitalisation.

100 % si travail en respectant les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire, en limitant les efforts physiques éprouvants.

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

La capacité de travail globale est de 50 %, à partir de février 2016, en milieu adapté, à la fois psychiatrique, et rhumatologique. Cette capacité de travail globale est obtenue en prenant en considération l'obtention progressive d'une capacité de travail en rhumatologie atteinte à 100 % à partir février 2016, et en prenant considération les atteintes psychiatriques qui limitent le travail à 50 % antérieurement à février 2016.

Il existe des limitations fonctionnelles à la fois rhumatologique et en médecine interne qui ont été décrites ci-dessus. En respectant les limitations fonctionnelles en rhumatologie et en médecine interne, la capacité de travail sera de 100 %. Par contre, la capacité de travail, en respectant les limitations fonctionnelles psychiatriques, est de 50 %. Le sujet ne peut travailler qu'en milieu adapté, c'est-à-dire, avec des personnes bienveillantes, pour limiter le risque de conflits interpersonnels, qui favoriserait de façon certaine, une rechute dépressive majeure. Elle doit être aiguillée, car elle ne prend pas des décisions seules. L'interrelation des trois pathologies psychiatriques citées, explique l'importance des limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail est donc, de facto, de 50 % de façon globale, les incapacités de travail ne s'additionnant pas.

Par projet de décision du 13 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016.

Le 23 septembre 2019, l'assurée, représentée par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne, a contesté ledit projet de décision. Elle a demandé l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et au-delà du 1<sup>er</sup> mai 2016, au motif que sa capacité de travail résiduelle ne serait plus exploitable sur le marché équilibré du travail.

Dans le cadre de l'instruction de la contestation, l'OAI a requis un complément d'expertise auprès du Dr Ex.PSY. \_\_\_\_\_ afin de vérifier si les conditions d'assurances étaient réunies pour l'atteinte à la santé psychique (avis juriste du 18 octobre 2019). En date du 29 novembre 2019, l'expert psychiatre a répondu comme il suit aux questions de l'OAI :

**Question 1 :** *au terme de votre rapport d'expertise, vous retenez que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée jusqu'ici est nulle le 7 juillet 2013, date de la deuxième hospitalisation de l'assurée. Pouvez-vous préciser en quoi (quels changements dans les constats et diagnostics) l'état de santé est modifié par rapport à la situation médicale qui prévalait avant 2013 sur le plan psychiatrique ?*

**Réponse.** L'expertisée a présenté un réel changement à partir de sa deuxième hospitalisation, avec déstabilisation d'un trouble dépressif récurrent. Elle avait présenté, tout au long de son existence, des variations d'humeur. Son passé traumatique aurait pu trouver une issue favorable dans une installation en Suisse, un peu idéalisée par l'examinée. Mais les conflits avec son mari, associés à une déception, ont entraîné une dégradation nette de l'état dépressif avec des variations rapides et une absence de phase de rémission totale. Les autres diagnostics, à savoir le retard mental léger et la personnalité dépendante, sont présentes depuis toujours. Il existe une décompensation de la personnalité dépendante suite aux difficultés qu'a rencontrées l'expertisée après cette déception. L'intensité des symptômes dépressifs s'est aggravée avant la deuxième hospitalisation, avec une humeur triste, une baisse d'élan vital, un manque d'intérêt, une baisse d'estime de soi, une irritabilité, une opposition passive.

**Question 2 :** *nous constatons, selon l'anamnèse, que l'assurée a fait une première tentative de suicide à 18 ans et a été suivie par une psychiatre à cette époque. Le Dr de Mendonça Lima attestait en outre une dépression récurrente sévère, sans symptômes psychotiques, une personnalité dépendante et un retard mental légal depuis l'année 1986 au moins. En d'autres termes, au vu de l'atteinte présentée par l'assurée et de son évolution, pourriez-vous nous indiquer depuis quand, cette dernière présente une incapacité de travail de 40 % au moins pour des raisons psychiatriques ? Etait-ce déjà avant son entrée en Suisse, le mois de juillet 2013 représentant une aggravation de son état de santé qui justifie une IT [incapacité de travail] de 100 % ?*

**Réponse.** Nous pouvons considérer que l'expertisée présente une incapacité de travail supérieure à 40 % pour raisons psychiatriques dès quelques mois après son entrée en Suisse, c'est-à-dire en 2007. À partir de cette période, l'expertisée a pris conscience que son attente idéalisée d'une vie meilleure ne se concrétiserait pas. Avant l'entrée en Suisse, l'expertisée avait accepté ses conditions de vie, et l'absence d'attente d'une vie meilleure était paradoxalement protectrice.

Le 22 juillet 2020, après avoir consulté son service de réadaptation (cf. communication du 18 mai 2020) et récolté des renseignements sur les revenus réalisés par l'assurée hors de Suisse (attestation d'assurance étrangère du 17 juin 2020), l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 13 juin 2019, par lequel il a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 avril 2016. Il a indiqué à l'assurée qu'il entendait refuser la rente pour les atteintes psychiatriques en raison de la non-réalisation des conditions générales d'assurance et invité Me Perez à réclamer un projet de décision si elle entendait contester ce point.

Par courrier du 27 juillet 2020, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil, a demandé à l'OAI de rendre un projet de décision concernant le refus de rente pour les atteintes psychiatriques.

Par projet de décision du 12 août 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 avril 2016. Il a retenu que l'assurée présentait une atteinte à la santé psychique incapacitante depuis le milieu de l'année 2007. A ce moment, l'assurée ne comptait pas trois ans de cotisations à l'assurance-invalidité en Suisse, respectivement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE. Ainsi, le droit à une rente ordinaire devait être nié, faute de remplir les conditions générales d'assurance pour l'atteinte à la santé psychique. Sur le plan somatique, l'OAI a constaté que l'assurée présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, date à laquelle s'ouvrait un nouveau délai de carence d'une année. La demande de prestations ayant été déposée tardivement le 11 avril 2013, le droit à la rente ne prenait effet que le 1<sup>er</sup> octobre 2013, soit six mois à compter du dépôt de ladite demande ; il prenait fin le 30 avril 2016, soit trois mois après la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Le 16 septembre 2020, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté ledit projet de décision, soutenant qu'elle présentait une

atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique depuis le mois de juillet 2013.

Par décision du 6 août 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision et octroyé une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 avril 2016 pour les motifs indiqués dans son projet de décision du 12 août 2020.

**B.** Par acte du 8 septembre 2021, Y. \_\_\_\_\_, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 6 août 2021, concluant principalement à son annulation, avec renvoi à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, et subsidiairement à sa réforme dans le sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée avec effet dès le 31 juillet 2013 et au-delà du 1<sup>er</sup> mai 2016. En substance, elle a allégué que les conditions d'assurance étaient réunies vu que la date de survenance de l'atteinte psychiatrique incapacitante devait être fixée au 31 juillet 2013, soit à l'issue de son hospitalisation à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 19 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

### **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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 30 avril 2016, singulièrement sur la question de savoir si les conditions d'assurance en lien avec ses atteintes à la santé psychiques sont réunies.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 6 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, l'art. 39 de cette loi étant réservé.

**b)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

**c)** 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. Dite 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 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) et selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI (CIBIL ; dans sa version au 24 novembre 2020), 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 (ch. 3004 et 3005 CIBIL, pp. 29-30).

**5. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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 la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**6. a)** 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).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

**c)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les

ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**7. a)** En l'occurrence, l'intimé a évalué l'état de santé de la recourante sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 mars 2020 du G.\_\_\_\_\_. Il résulte de l'évaluation des Drs Ex.MED.\_\_\_\_\_, Ex.RHU.\_\_\_\_\_ et Ex.PSY.\_\_\_\_\_ que la recourante souffre principalement d'une obésité morbide (BMI : 42,8 kg/m<sup>2</sup>) avec syndrome métabolique, d'une discopathie dégénérative lombaire avec canal lombaire rétréci en L2-L3 jusqu'à L5-S1 (avec surcharge biomécanique active postérieure, sans compression neurologique), de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'une personnalité dépendante (immaturité, dépendance affective, difficulté à prendre des décisions seules) et d'un retard mental léger (p. 5). Les experts ont expliqué que la recourante ne bénéficiait plus d'une capacité de travail dans son activité habituelle dans l'économie domestique (p. 5, ch. 4.7). En ce qui concernait la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, ils ont retenu que la recourante disposait, s'il n'était tenu compte que des limitations fonctionnelles en rhumatologie et en médecine interne (pas d'effort de soulèvement ; pas de porte-à-faux avant ou latéral ; port de charges limitées à 5 kg ; possibilité de changer de position toutes les demi-heures ; pas de piétinement prolongé ; pas de mouvement de préhension ou de prosupination forcé), d'une capacité de travail de 100 % depuis le mois de février 2016 (p. 5, ch. 4.8). La capacité de travail était toutefois limitée à 50 % dans toutes activités pour des motifs psychiatriques, ceci depuis le 31 juillet 2013, date de la sortie de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_. De plus, la recourante ne pouvait travailler qu'en milieu adapté, soit avec des personnes bienveillantes, afin de limiter le risque de conflits interpersonnels qui favoriseraient de façon certaine une rechute dépressive majeure (pp. 5-6, ch. 4.8 et 4.9).

**b)** Sur le vu des conclusions - non contestées - de l'expertise, l'OAI a sollicité son service de réadaptation en ce qui concernait la mise en

valeur de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Dans une communication du 18 mai 2020, ledit service a rendu l'avis suivant :

Pour rappel, les mesures de réinsertion avaient été mises en place afin de mettre en valeur la CT [capacité de travail] résiduelle de 50 % en l'aidant à travailler sur sa gestion des émotions et du stress, ainsi que sur les plans cognitif et social. Toutefois et bien que Y. \_\_\_\_\_ au début de la mesure avait démontré un potentiel de réadaptation en réalisant un bon travail sur des tâches très simples et montrait une motivation et envie de bien faire, le rendement était très variable et fluctuant en fonction de son état de santé et sa souffrance psychique et surtout pas comparable aux exigences d'une activité de l'économie libre (selon les dires du MSP [maître socio professionnel] lors du bilan du 19 mai 2016).

Force est de constater que malgré les mesures et le soutien très soutenu dans le cadre des mesures de réinsertion, la CT de 50 % n'a pas pu être mise en valeur pour amener l'assurée à l'exploiter dans l'économie libre. Ce qui est en accord avec les LF [limitations fonctionnelles] retenues par le SMR dans son rapport du 6 février 2019 à savoir une activité dans un milieu protégé et avec des personnes bienveillantes.

Dès lors, nous pouvons confirmer au niveau de la réadaptation que la CT de 50 % résiduelle ne peut être mise en valeur que dans un cadre d'atelier protégé sans exigences de rendement.

Non contesté, cet avis peut aussi être suivi, si bien qu'il y a lieu de constater que la capacité de travail résiduelle n'est exigible que dans le cadre d'un atelier protégé sans exigences de rendement.

**8.** Cela étant constaté, il s'agit de déterminer la date à laquelle l'invalidité est survenue et si les conditions d'assurances sont réunies.

**a)** Sur le plan somatique, la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le mois de juillet 2012 avec une reprise dans l'activité adaptée décrite ci-dessus dès le mois de février 2016 (cf. rapport d'expertise du 30 mars 2022, p. 5, ch. 4.7 et 4.8). Sur la base de ces éléments de fait, l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 31 janvier 2016, estimant que le droit à la rente devait être examiné à la seule lumière des atteintes somatiques présentées par la recourante. Il a retenu que les conditions générales d'assurance

s'agissant des atteintes à la santé incapacitantes sur le plan psychiatrique n'étaient pas remplies dans la mesure où l'incapacité de travail en lien avec ces atteintes devait être fixée au milieu de l'année 2007.

**b)** Sur la base des pièces versées au dossier, le point de vue de l'intimé ne peut cependant être suivi. Son raisonnement est fondé sur le complément d'expertise du 29 novembre 2019, dans lequel l'expert psychiatre, le Dr Ex.PSY.\_\_\_\_\_, a indiqué que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 40 % au moins pour des raisons psychiatriques quelques mois après son arrivée en Suisse, soit en 2007, période à partir de laquelle « *l'expertisée a pris conscience que son attente idéalisée d'une vie meilleure ne se concrétiserait pas* » ; sur le constat que la recourante n'avait exercé, depuis son arrivée en Suisse, que des activités à taux très partiel ; et sur la mention par le Dr X.\_\_\_\_\_ de diagnostics incapacitants depuis 1986. Il sied de reprendre ces éléments et de les confronter aux faits tels qu'ils ressortent de l'instruction menée par l'intimé.

**aa)** En l'espèce, on constate que la recourante a exercé, entre 2007 et 2012, une activité lucrative régulière dans le domaine de l'économie domestique. A ce titre, elle a réalisé des revenus fluctuants auprès de divers employeurs, ainsi que cela ressort du compte individuel AVS versé au dossier de l'OAI. S'il est vrai que cette activité a été exercée à taux partiel, ce qui est usuel dans ce secteur économique, le dossier ne permet nullement de déduire que la limitation de l'activité était exclusivement due à des raisons médicales plutôt qu'aux difficultés à trouver suffisamment de travail, à un choix personnel ou aux contraintes liées à la tenue du ménage et à l'éducation de quatre enfants. La recourante a d'ailleurs indiqué que ses contrats comme femme de ménage ne lui permettaient pas d'avoir une activité à temps plein et qu'elle n'avait jamais réussi à obtenir plus que 10 ou 12 heures de travail (note d'entretien du service de réadaptation du 27 août 2014).

**bb)** En l'absence de rapports médicaux portant expressément sur la période antérieure à 2013, il apparaît pour le moins hasardeux de

déduire, comme l'a fait le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 septembre 2016 des conclusions définitives quant à la capacité de travail de la recourante de la simple notion d'une tentative de suicide à l'âge de dix-huit ans et d'épisodes de décompensation survenus alors qu'elle vivait encore au K.\_\_\_\_\_ (rapport précité, p. 2, ch. 1.4), éléments qui ne sont d'ailleurs pas documentés au dossier. Le Dr X.\_\_\_\_\_ ne suit la recourante que depuis le 8 août 2013 (ibid., p. 1, ch. 1.2) ; ses rapports ne mentionnent pas les emplois occupés par la recourante avant l'hospitalisation à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ et les éventuelles difficultés qu'elle y aurait rencontrées ; il n'explique enfin pas de manière circonstanciée pour quelles raisons la recourante aurait été en incapacité de travailler avant cet évènement. Dans ces circonstances et sur cette question particulière, l'avis du psychiatre traitant n'emporte pas la conviction.

**cc)** Quant aux explications données par le Dr Ex.PSY.\_\_\_\_\_ dans le complément d'expertise du 29 novembre 2019, force est de constater qu'elles relèvent plus de la conjecture que d'une analyse scientifique étayée par des indices objectifs tirés de l'anamnèse ou de pièces du dossier administratif. On constate aussi que les réponses aux questions sont pour le moins contradictoires. Dans sa réponse à la première question, l'expert psychiatre évoque un « *réel changement* » à partir de la deuxième hospitalisation, avec la déstabilisation du trouble dépressif récurrent. Il envisage, ce qui ne reste qu'une hypothèse, que le passé traumatique de la recourante aurait pu trouver une issue favorable dans une installation en Suisse, qualifié d'« *idéalisée* » sans les conflits conjugaux, ce qui laisse toutefois sous-entendre que les facteurs déclencheurs des troubles incapacitants sont à rechercher, à tout le moins, après l'arrivée en Suisse. L'expert explique aussi que la décompensation de la personnalité dépendante s'inscrit dans le cadre de la déception vécue par la recourante après son arrivée en Suisse suite aux difficultés rencontrées, ce qui ne l'a toutefois pas empêché de travailler en Suisse entre 2007 et 2012. Dans la seconde question, le Dr Ex.PSY.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail supérieure à 40 % quelques mois après son entrée en Suisse, c'est-à-dire en 2007, mais sans objectiver d'élément médical particulier, ce qui est en contradiction avec

le « *réel changement* » rapporté dans le cadre de la première question et qui ne correspond pas aux activités professionnelles effectives de la recourante. Dans ces circonstances, force est de constater que sa réponse à la seconde question reste spéculative. Les hypothèses avancées dans le cadre du complément d'expertise ne sauraient se substituer aux conclusions claires de l'expertise, adoptées au terme d'une conférence consensuelle entre les experts du G.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 30 mars 2020, p. 6).

**dd)** Le raisonnement de l'intimé ne repose sur aucun élément de fait objectif propre à établir une incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique avant l'été 2013. En définitive et selon les conclusions consensuelles du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 mars 2020, la recourante présente une incapacité de travail de 50 % pour des motifs psychiques depuis le 7 juillet 2013, date de sa seconde hospitalisation à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_.

**c)** En conclusion, il convient de retenir que la recourante a, sur la base des renseignements médicaux au dossier, présenté du mois de juillet 2012 au mois de janvier 2016 une incapacité totale de travailler, puis présente, depuis le mois de février 2016, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qu'elle ne peut toutefois mettre en valeur que dans le cadre d'un atelier protégé sans exigences de rendement. Sur la base de ces éléments, force est de constater que la survenance de l'invalidité est manifestement postérieure à l'arrivée de la recourante en Suisse et que, partant, celle-ci remplit les conditions d'assurance pour l'ensemble des atteintes à la santé présentées.

**9.** Reste à calculer le degré d'invalidité présenté par la recourante. A cet égard, la Cour constate qu'en l'absence de renseignements quant au salaire d'invalidé réalisable dans un atelier protégé, elle n'est pas en mesure de statuer sur le droit à la rente de la recourante pour la période postérieure au 30 avril 2016. Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'intimé d'instruire, conformément au principe

inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), il convient par conséquent de lui renvoyer la cause afin qu'il recueille les données économiques nécessaires et procède à une comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité de la recourante au-delà du 30 avril 2016.

**10. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période postérieure au 30 avril 2016, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé.

**c)** Le recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens pour la procédure devant le Tribunal cantonal, qu'il convient de fixer à 2'200 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période postérieure au 30 avril 2016, la cause étant renvoyée à cet office pour

complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la 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 Y.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'200 fr. (deux mille deux cents francs).

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Ana Rita Perez, pour la recourante,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- l'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 :