

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1222 vom 20. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__1222

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1222 du 20 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1222 del 20 settembre 2011

Regeste

AI{ASSURANCE}, CONDITION D'ASSURANCE | 28 LAI, 6 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.09.2011 Arrêt / 2011 / 1222

AI{ASSURANCE}, CONDITION D'ASSURANCE | 28 LAI, 6 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 77/09 - 567/2011 ZD09.005138 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 20 septembre 2011 _____ Présidence de Mme Röthenbacher

Juges : Mme Thalman, juge, et M. Monod, assesseur Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : A.K. _____, à Lausanne, recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

_____ Art. 7 et 8 LPGA; art. 4, 6 et 28 LAI E n f a i t : A. A.K. _____

(ci-après : l'assurée), ressortissante marocaine née en 1964, est arrivée en Suisse le 29 janvier 1997. Le 27 avril 1997, elle a contracté mariage avec un ressortissant helvétique dénommé B.K. _____. Les époux ont été autorisés à vivre séparés par prononcé de mesures protectrices de l'union conjugale du 2 décembre 1997. Leur union a ensuite été dissoute par le divorce, vraisemblablement en 2006. B. a) En date du 20 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'affections psychiatriques – à savoir un trouble schizo-affectif bipolaire, type maniaque, associé à des perturbations de l'activité et de l'attention – existant depuis 1984. Dans ce contexte, elle a notamment indiqué qu'elle avait été hospitalisée en milieu psychiatrique du 28 décembre 2005 au 22 février 2006 (« 4 ème séjour ») et du 15 au 24 décembre 2005 (« 3 ème séjour »). b) Dans le cadre de l'instruction de cette requête, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le 28 décembre 2006, un extrait du compte individuel AVS de l'assurée. Il en ressortait notamment que cette dernière avait bénéficié de prestations de l'assurance-chômage de décembre 1997 à décembre 1998, qu'elle avait ensuite travaillé de juin à octobre 1999 pour X. _____ à [...], qu'elle s'était retrouvée au chômage de janvier à mai 1999, qu'elle avait été employée dans la restauration à [...] de novembre à décembre 1999, qu'elle avait travaillé pour l'Y. _____ (ci-après : Y. _____; actuellement [...]) de mai à octobre 2000, qu'elle avait occupé un poste dans un magasin de confection lausannois de novembre 2001 à février 2002, qu'elle avait été employée par une entreprise de placement en février 2002, qu'elle avait enfin travaillé pour la D. _____ de mai à juin 2002. Aux termes d'un questionnaire 531 bis complété le 4 janvier 2007, l'intéressée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait peut-être exercé un métier de contact, probablement à 100% et depuis toujours, cela tant par nécessité financière que par intérêt personnel. c) Interpellé par l'OAI, le Dr N. _____, psychiatre

auprès de l'Unité de toxicodépendance du Centre L. _____ à [...], a fait part de ses observations dans un rapport du 5 mars 2007, rédigé avec la participation de B. _____, référent au Service socio-éducatif du centre précité. S'agissant des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, le Dr N. _____ a mentionné un trouble schizo-affectif bipolaire existant depuis l'âge adulte (F25.0), un trouble de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3), une dépendance aux opiacés actuellement sous traitement de substitution à la méthadone (F11.22), une dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), et une dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.26). Il a également diagnostiqué une hépatite C existant depuis 2000, dépourvue d'influence sur la capacité de travail. Il a ajouté que l'intéressée – dont l'état de santé était stationnaire – présentait depuis 1997 une incapacité de travail de 80% dans la profession de danseuse, chorégraphe. Par ailleurs, il a notamment relevé les éléments suivants : " 3. Anamnèse : Mme A.K. _____ est née au Maroc et elle est venue en Belgique à l'âge de 1 an avec sa mère et ses deux sœurs pour rejoindre son père, sans qu'elle n'ait jamais pu comprendre les raisons de cette émigration. Le père avait une entreprise prospère au Maroc. Un frère est né six ans plus tard en Belgique. La patiente a suivi une formation de chorégraphe et danseuse, formation qui a été mal acceptée par sa famille. Elle semble également avoir fait une formation de coiffeuse (en Belgique ?) – sans pourtant obtenir un CFC – ; par la suite, elle n'a jamais exercé ce métier. En 1997, après le décès de son père, elle part pour la Suisse avec son mari (mariage en avril 1997), dont elle subira des violences à répétition. Le couple s'est séparé en 1998 [recte : 1997] et a divorcé en 2006. Sur le plan psychiatrique, elle semble avoir fait plusieurs séjours en milieu hospitalier, ceci surtout pour des épisodes dépressifs et maniaques. Depuis qu'elle vit à Lausanne, elle a été hospitalisée à quatre reprises à l'hôpital de V. _____. Ces hospitalisations ont permis de confirmer le diagnostic d'un trouble affectif bipolaire, voire d'un trouble schizo-affectif bipolaire. Lors de la dernière hospitalisation de presque deux mois, en début 2006, la patiente présentait un état maniaque avec en plus des idées délirantes nécessitant l'introduction d'un traitement neuroleptique, en plus du traitement thymorégulateur habituel. Grâce au suivi psychiatrique intégré avec une prise régulière de sa médication, l'état psychique s'est stabilisé au cours des derniers douze mois. Cependant, la patiente n'a pas pu réaliser des projets de travail occupationnel organisé par la Fondation M. _____ (en mars 2006) en raison d'une déstructuration considérable de sa vie quotidienne. De plus, les difficultés dans sa gestion administrative, qui sont devenues de plus en plus évidentes au cours des derniers mois, ont motivé, entre-temps, à ce qu'une demande de curatelle volontaire soit actuellement en cours. Au niveau professionnel, la patiente a travaillé pendant plusieurs années et ceci apparemment dans plusieurs pays dans des groupements organisant des danses et des spectacles dans le domaine de l'érotisme. La patiente rêve encore actuellement de reprendre ses activités de « showbiz érotique », cependant aucun projet n'a été concrétisé au cours des dernières années et au vu de la problématique psychiatrique et de la consommation de substances psychotropes, un engagement dans ce genre d'activité nous paraît clairement contre-indiqué et nous n'avons pas encouragé la patiente à poursuivre des activités dans ce domaine qui semble pourtant la motiver le plus. La patiente a fait une première inscription au [c]hômage en décembre 1997. Par la suite, elle travaille comme serveuse entre février 1998 jusqu'en août 1998 dans un bar-pub ([...]) à Lausanne. Elle sera licenciée pour « faute grave », apparemment pour des difficulté[s] relationnelle[s] avec les patrons. De mai à octobre 1999, elle effectue un emploi temporaire subventionné (animatrice dans un EMS à [...]) avec [le] soutien [de] «

X. _____ ». En novembre - décembre 1999 elle travaille comme serveuse dans un hôtel-restaurant à [...]. Il semble qu'elle avait des difficultés avec l'alcool ainsi que des tensions avec la patronne, celle-ci estimant que la patiente n'était pas apte à travailler durant la haute saison. De mai à fin octobre 2000, elle effectue un emploi temporaire subventionné, avec l'appui de l'Y. _____, dans un EMS à [...]. Malgré un bon contact avec les résidents, elle n'a pas concrétisé le projet de compléter une formation d'aide animatrice. En raison de différentes difficultés administratives et financières, p.ex. trois loyers impayés, une curatelle volontaire a été mise en place fin 1999; cette curatelle a été levée après environ une année, en raison d'une stabilisation de la situation. [...] 7. Thérapie / Pronostic : La patiente bénéficie d'une prise en charge psychiatrique intégrée avec une psychopharmacothérapie relativement lourde. Grâce au suivi régulier avec ses référents ainsi qu'à la bonne compliance médicamenteuse, l'état psychiatrique s'est dans l'ensemble maintenu à un niveau stable au cours des derniers douze mois. Cependant, la patiente est connue pour avoir fait des décompensations psychiatriques à plusieurs reprises au cours des dernières années. Même en étant stabilisé, son fonctionnement habituel se caractérise par une désorganisation importante par rapport à la gestion de sa vie de tous les jours et par l'incapacité à faire des projets et à se tenir au cadre structurel des projets choisis. La patiente est maintenant consciente de sa grande fragilité, ce qui se révèle également dans le fait qu'elle accepte de demander l'instauration d'une curatelle volontaire. [...] Quant au pronostic, nous sommes d'avis qu'au-delà de la stabilisation de son état psychique au niveau actuel et d'une gestion de ses affaires administratives sous forme d'une curatelle volontaire, le fonctionnement psychosocial de Mme A.K. _____ n'évoluera pas considérablement. [...] Réponse globale aux questions de l'annexe au rapport médical : Cette patiente a présenté plusieurs décompensations psychiatriques (épisodes maniaques avec symptômes psychotiques) au cours des dernières années qui ont empêché une consolidation sur le plan professionnel et qui ont contribué à ce que sa vulnérabilité psychosociale se fragilise davantage en raison d'une consommation de substances psychotropes. La patiente a travaillé pendant de nombreuses années en tant que danseuse dans des spectacles genre érotique, ceci apparemment dans de nombreux pays. Elle souhaite encore aujourd'hui reprendre ce genre d'activité, par exemple en tant que chorégraphe, cependant aucun projet de ce type (ou alors animatrice dans un EMS) n'a été réalisé au cours des dernières années malgré le souhait explicite de la patiente. Sur le plan psychiatrique, nous ne pouvons pas encourager notre patiente à s'investir dans ce genre d'activité sachant que dans ce milieu professionnel, la consommation de substances est fréquente et que notre patiente, à cause de sa fragilité psychique, risque de rapidement décompenser. Par rapport à la réinsertion professionnelle dans un autre domaine professionnel, les expériences effectuées au cours des derniers mois ont montré que la patiente a beaucoup de peine à être régulière et structurée dans une quelconque activité. Cette irrégularité est, selon notre avis, un des symptômes de la désorganisation habituelle par lesquels ses troubles psychiatriques se manifestent même si elle est, dans l'ensemble, stabilisée. Nous sommes donc d'avis que la diminution du rendement est autour de 80%, dans l'idée que la patiente pourrait, dans un cadre professionnel aménagé selon sa fragilité psychique, ses connaissances et talents auxquels elle tient et en tenant compte de son imponctualité « structurelle », atteindre un léger taux d'activité qui ne pourra, à notre avis, pas dépasser les 20%. Cependant, nous sommes d'avis qu'une réinsertion dans le domaine des professions de main-d'oeuvre non qualifiée serait vouée à l'échec en raison de ses pathologies psychiatriques et la consommation de substances psychotropes qui est – selon

notre opinion – à interpréter comme un épiphénomène. La patiente n'ayant pas pu consolider une expérience professionnelle conséquente au cours des dernières années il est peu probable qu'un tel investissement pourra se faire ces prochaines années. Pour cette raison, nous sommes d'avis que la patiente devrait pouvoir bénéficier d'une rente AI à 100%. d) En date du 30 novembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente AI. Se fondant sur les documents médicaux au dossier, l'office a retenu que l'intéressée présentait déjà une invalidité supérieure à 40% avant son arrivée en territoire helvétique, et qu'elle ne pouvait dès lors compter au moins une année de cotisations en Suisse au moment de la survenance de l'invalidité. Il n'y avait par ailleurs pas lieu d'accorder des prestations complémentaires (ex-rente extraordinaire d'invalidité) à l'assurée, le Maroc n'ayant pas signé de convention d'assurance sociale avec la Suisse. L'intéressée a formulé des objections par courrier du 20 décembre 2007, contestant s'être trouvée invalide à 40% avant son arrivée en Suisse. Complétant ses écritures le 28 janvier 2008, elle a fait valoir qu'elle ne présentait aucun trouble psychiatrique lors de sa venue dans ce pays, et qu'elle n'avait jamais été hospitalisée en psychiatrie avant son séjour à l'Hôpital de V. _____ en 2000. Elle a ajouté qu'en Belgique, elle avait demandé de l'aide pour faire face à ses problèmes de dépendance, et qu'elle avait alors bénéficié d'un traitement de substitution à la méthadone et d'un suivi en lien avec cette substitution. Cela étant, elle a relevé que le trouble bipolaire et la « parano » dont elle souffrait à ce jour étaient la conséquence d'énormes échecs (professionnels et relationnels) et des multiples violences et humiliations infligées par son ex-époux dès son arrivée en Suisse. Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 12 février 2008, le Dr W. _____ a considéré que l'on ne pouvait se prononcer avec certitude sur le début de l'incapacité de travail durable de l'assurée, et qu'il y avait lieu de requérir les rapports relatifs aux hospitalisations cette dernière à l'Hôpital de V. _____ afin d'obtenir de plus amples informations. Par envoi du 5 mars 2008, le Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier C. _____) a fait parvenir à l'OAI les rapports suivants, en lien avec les hospitalisations de l'assurée en milieu psychiatrique : - un avis de sortie du 13 avril 2000 des Drs T. _____ et O. _____, respectivement médecin associé et médecin assistant à l'Unité de sevrage « R. _____ » du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), site de V. _____, concernant une hospitalisation du 6 au 19 mars 2000 et posant les diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de méthadone (F11.22), syndrome de dépendance à la cocaïne, utilise actuellement la drogue (F14.24), syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilise actuellement la drogue (F13.24), syndrome de dépendance à l'alcool, utilise actuellement le produit (F10.24), syndrome de dépendance au cannabis, utilisation épisodique (F12.26). Il était en outre précisé que l'assurée présentait probablement un trouble affectif bipolaire en rémission actuellement (F31.7), et qu'elle s'était rendue à la Fondation M. _____ au terme de son séjour en milieu hospitalier; - un compte-rendu du 14 février 2004 des Drs E. _____ et H. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à la Section des troubles anxieux et de l'humeur (STAH) du DUPA, site de V. _____, précisant que l'assurée avait été hospitalisée du 24 au 29 janvier 2004 aux fins de mise à l'abri dans le cadre d'une dépendance à la cocaïne, et qu'elle souffrait d'un trouble affectif bipolaire en rémission (F31.7), d'une dépendance aux opiacés, actuellement sous traitement de substitution à la méthadone (F11.2), d'une dépendance à la cocaïne (F14.2) et d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3); - un rapport du 4 avril 2005 des Drs J. _____ et Z. _____, respectivement chef de clinique

adjoint et médecin assistant au DUPA, site de V. _____, faisant état d'une nouvelle hospitalisation du 20 au 31 janvier 2005 sur un mode volontaire en raison d'un état d'agitation, et diagnostiquant un trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomanique (F31.0), un syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement substitutif de méthadone (F11.22), un syndrome de dépendance au cannabis (F12.2) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Par ailleurs, il était précisé que l'assurée décrivait un lourd passé de toxicomanie et de maltraitance de la part de son mari, et avait le sentiment d'avoir toujours été rejetée et abandonnée par le reste de sa famille; - un rapport du 26 janvier 2006 des Drs U. _____ et A. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au DUPA, site de V. _____, exposant que l'intéressée avait été hospitalisée le 15 décembre 2005 en raison d'un état d'agitation, mais qu'elle avait fugué de l'hôpital le 24 décembre suivant. Etaient retenus les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte avec symptômes psychotiques (F31.6), syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement substitutif de méthadone (F11.22), syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), syndrome de dépendance au cannabis, utilisation épisodique (F12.26), et perturbation de l'activité et de l'attention (F90.00); - un rapport du 14 mars 2006 des Drs U. _____ et A. _____, indiquant que l'assurée avait été hospitalisée du 28 décembre 2005 au 22 février 2006 à l'Hôpital de V. _____, adressée par le Service de psychiatrie des Hôpitaux W. _____ en raison d'un épisode maniaque. En particulier, ces médecins ont diagnostiqué un trouble schizo-affectif bipolaire, type maniaque (F25.0), un syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement substitutif de méthadone (F11.22), un syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique (F14.26), un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation actuelle (F12.25), et une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.00). Ils ont précisé que l'intéressée avait présenté une symptomatologie maniaque à son entrée, et ont observé en parallèle l'existence d'un délire de persécution dont la thématique principale concernait un complot familial dont elle était la victime. Ils ont signalé la persistance du délire de persécution après résolution de l'épisode maniaque, mais également sa présence en dehors des symptômes maniaques (selon hétéro-anamnèse auprès de l'ex-ami de l'intéressée). Cela étant, ils ont considéré que le diagnostic de trouble affectif bipolaire devait être remplacé par celui de trouble schizo-affectif, épisode actuel maniaque, et la médication neuroleptique maintenue à long terme. Ils se sont pour le surplus exprimés sur le suivi médico-social dont bénéficiait l'assurée, et ont souligné qu'en raison de la nécessité de structurer les journées de cette dernière, une reprise d'activité par l'entremise de la Fondation M. _____ était envisagée. Par avis médical SMR du 17 mars 2008, le Dr F. _____ a exposé qu'aucune des pièces versées au dossier dans le cadre de l'instruction médicale complémentaire ne permettait pas de s'écarter des conclusions formulées par le Dr N. _____ le 5 mars 2007, selon lesquelles l'assurée présentait un trouble schizo-affectif bipolaire depuis le début de l'âge adulte. Il y avait dès lors lieu de retenir que la capacité de travail exigible de l'intéressée était de moins de 20% depuis le début de l'âge adulte, soit 1985. e) Par décision du 14 janvier 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision du 30 novembre 2007. Par lettre explicative du même jour, l'office a notamment considéré qu'au vu de l'ensemble des documents médicaux recueillis au cours de l'instruction, il apparaissait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans le monde de l'économie depuis le début de l'âge adulte, soit 1985. C. a) A.K. _____ a recouru le 12 février 2009 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à

son annulation. En substance, elle estime que si elle a présenté une incapacité de travail « avant et surtout depuis [s]on arrivée en Suisse », l'apparition de sa maladie remonte cependant à sa première hospitalisation en milieu psychiatrique courant 2000. Par mémoire complémentaire du 17 mars 2009, l'intéressée maintient que ses troubles ne sont survenus qu'à l'occasion de sa première hospitalisation en milieu psychiatrique. Elle expose qu'elle est certes devenue toxicomane dès l'âge de 15 ans et s'est trouvée sous traitement substitutif de méthadone à 20 ans, mais qu'il n'en demeure pas moins que ce n'est qu'après son arrivée en Suisse qu'elle s'est vue prescrire des médicaments tels des antidépresseurs et des neuroleptiques. Elle soutient en outre que si elle avait effectivement souffert de troubles psychiques depuis 1985, elle n'aurait pas été à même de travailler comme danseuse et chorégraphe en Europe et en Asie; elle souligne par ailleurs qu'elle avait débuté des études de scénographie en Belgique, auxquelles elle a dû mettre un terme pour suivre son ex-époux en Suisse. Elle ajoute qu'elle a d'emblée été confrontée à une situation « très complexe et difficile » dès sa venue dans ce pays. Elle expose en particulier que les violences de son ex-mari l'ont poussée à devoir se réfugier au foyer Q._____ à peine six mois après être entrée en territoire helvétique, qu'elle a ensuite connu deux mauvaises expériences professionnelles, qu'elle a par ailleurs exercé des emplois « subventionnés avec l'aide de l'ORP », et qu'elle a enfin été profondément marquée par le décès de cinq proches entre août 1997 et 2005, en particulier celui de sa sœur aînée en 2003. Elle demande à être « écout[ée] de vive voix », et produit un onglet de pièces comprenant notamment son curriculum vitae ainsi que divers autres documents relatifs à son parcours professionnel. b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 1^{er} mai 2009. c) Par écrit du 17 août 2009, la recourante expose que son ancienne psychiatre traitante en Belgique, la Dresse P._____, lui a confirmé ne l'avoir suivie qu'en relation avec sa toxicodépendance, et non pas pour les affections à l'origine de sa demande de rente AI. Dans un rapport du 2 novembre 2009, la psychiatre P._____ relève que l'assurée a été sa patiente entre 1986 et 1994, et expose pour le surplus ce qui suit : "Cette patiente, que j'ai rencontrée lorsqu'elle avait 22 ans, m'a consultée à l'époque pour un problème de toxicomanie à l'héroïne qui durait depuis plusieurs années. Elle avait fait plusieurs tentatives de sevrage en milieu hospitalier pour patients dépendants, dont au moins deux hospitalisations de plus de trois semaines, qui s'étaient chaque fois conclues par un arrêt de quelques mois puis une rechute. Elle vivait alors avec un dealer et c'est lors du décès accidentel de celui-ci qu'elle a décidé de changer de vie et qu'elle me consulte dans ce but. Elle est la seconde enfant d'une fratrie de quatre, trois filles se suivant de très près, puis un garçon de 5 ans son cadet. Au moment où elle consulte, les parents sont séparés depuis près de dix ans, et après le décès de son ami, elle est retournée vivre quelque peu chez sa mère, où vit aussi le frère cadet. L'histoire de l'émigration est assez traumatique, et je mettrai longtemps à en avoir le fin mot. Il semble que le père était un militaire haut gradé dans l'armée marocaine, qu'il ait été engagé dans un "complot"(?) – [i]l y en a eu plusieurs dans les années 60-70 – et qu'il ait dû fuir le Maroc en catastrophe. En tous les cas [M]adame A.K._____ raconte une histoire assez brutale de changement de vie, lorsqu'elle était très jeune (elle devait avoir moins de 8 ans). De la vie "facile" et très entourée au Maroc, d'où elles sont parties en catastrophe sa mère et les 4 enfants dont le petit frère bébé, elle est arrivée en Belgique pour y trouver une vie bien plus difficile. Par exemple, outre la vie familiale et sociale devenues très pauvres, la mère a dû se mettre au travail et le père est devenu chauffeur de taxi. Cette histoire est corroborée par des entretiens que j'ai eu par la suite avec sa sœur aînée décédée accidentellement depuis. Je l'ai donc suivie

épisodiquement pendant les années de 86 à 93. Episodiquement parce que après trois ou quatre années très difficiles où elle tente de reprendre une vie normale et des études de coiffure, et me consulte régulièrement pour une maintenance à la méthadone, avec plusieurs tentatives d'arrêt non concluantes, [M]adame [A.K. _____] décidera de reprendre son métier de danseuse, et partira pour des tournées en Asie du Sud Est, qui impliquent un certain degré de sevrage. Je la reverrai alors, chaque fois qu'elle rentre de ses tournées, menant une vie pas complètement "libre" de toxiques mais beaucoup plus distanciée néanmoins, lorsqu'elle rentre et confirmant une certaine réussite dans le milieu des spectacles de danse et de strip tease où elle travaille comme chorégraphe et danseuse. C'est alors qu'elle rencontre un nouveau compagnon, B.K. _____, "l'homme de sa vie, enfin", me dit elle. Ils semblent en effet s'aimer beaucoup et après quelques temps décident de rentrer en Suisse, patrie de B.K. _____. Personnellement je n'ai plus eu de nouvelles depuis sauf par personne interposée (mère, soeur., et collègue[s] qui l'avaient rencontrée lors d'un passage éclair à Bruxelles) pour me dire que maintenant, quoique séparée de son ami, [M]adame [A.K. _____] était stabilisée et heureuse en Suisse. De fait elle n'a plus ni au Maroc, ni en Belgique de milieu de vie digne de ce nom. Pendant toute la durée du suivi elle m'a toujours paru bien ancrée dans la réalité, et son humeur en relation "normale" avec les difficultés ou les bonheurs du moment, certes sur un mode très expressif, "méditerranéen", dirions nous ici dans le nord, mais adéquat. Je n'ai pas constaté à ce moment de trouble psychiatrique autre que la dépendance Bien entendu maintenant il y a 16 ans que je ne l'ai plus vue." Aux termes d'un courrier du 14 décembre 2009, la recourante fournit diverses précisions concernant son parcours professionnel en Suisse, tout en alléguant que l'absence de stabilité professionnelle jusqu'à l'apparition de sa maladie en 2003 [sic] est due à son ignorance du système helvétique, à sa crédulité vis-à-vis de ses anciens employeurs, à sa volonté d'être à tout prix indépendante de son ex-époux, et à son inexpérience, elle qui était chorégraphe de formation. Elle produit en outre un lot de pièces à l'appui de ses dires. d) Dans ses déterminations du 15 décembre 2009, l'OAI maintient sa position, tout en observant que les précisions apportées par la Dresse P. _____ ne sont pas de nature à modifier son appréciation concernant le début de l'incapacité de travail de l'assurée. A cet égard, l'office se réfère à un avis médical SMR des Drs F. _____ et I. _____ du 9 décembre 2009, dont on extrait notamment ce qui suit : "[...] Le Dr P. _____ de Bruxelles écrit en date du 2 novembre 2009 un courrier à l'intention du TCA. [...] Ce document ne remet pas en question la date de début de l'incapacité de travail. Nous pouvons conclure que l'assurée souffre d'une polytoxicomanie depuis l'âge de 15 ans avec substitution à la méthadone depuis plus de 20 ans, d'un trouble de la personnalité borderline établi depuis l'adolescence, trouble schizo-affectif bipolaire depuis le début de l'âge adulte diagnostiqué après son établissement en Suisse de même que le trouble de perturbation de l'activité et de l'attention F90.0 assimilable à un THADA, traité par méthylphénidate. A noter que les troubles du comportement et troubles émotionnels, cluster F90 de la CIM-10, apparaissent habituellement durant l'enfance et l'adolescence. Après étude du dossier il convient de prendre en compte les pathologies suivantes: Diagnostics influençant la capacité de travail : • Trouble schizo-affectif bipolaire depuis le début de l'âge adulte • Trouble de perturbation de l'activité et de l'attention F90.0 • Personnalité émotionnellement labile de type borderline F60 • Polytoxicornanie depuis l'âge de 15 ans dont consommation de cocaïne en injection Depuis l'âge de 15 ans l'assurée consomme des stupéfiants. Elle n'a jamais pu organiser sa vie sans toxique. De plus un trouble de type THADA est traité depuis que ce diagnostic a été posé après 2000. L'assurée n'a jamais

finalisé ces projets de formation. Elle s'est bien inscrit en scénographie et a suivi les cours qui ont débuté le 1^{er} septembre 1996, mais elle a pour des raisons qui lui sont propres abandonné cette formation dès le 18 novembre 1996, soit après 10 semaines de cours. Les programmes d'insertion dans le monde de l'économie en Suisse n'ont toujours aussi duré qu'un temps. Pour le SMR l'exigibilité est de 20% dans le monde de l'économie du fait [du] [t]rouble schizo-affectif bipolaire depuis le début de l'âge adulte comme attesté par le Dr N. _____ psychiatre au Centre L. _____. Aucune des pièces versées au dossier [...] n'est susceptible de modifier cette appréciation. En présence d'une [p]ersonnalité émotionnellement labile de type borderline affecté[e] d'un THADA, j'estime que la toxicomanie débutée dans l'adolescence est secondaire à ces problèmes et qu'il n'est pas exigible de l'assurée qu'elle cesse ces pratiques toxiques. La toxicomanie est secondaire, mais c'est le trouble de la personnalité apparu dans un contexte de troubles hyperkinétiques et le trouble schizo-affectif bipolaire depuis le début de l'âge adulte qui expliquent l'IT de 80% depuis le début de l'âge adulte. Il est possible dans ce type d'atteinte psychique lourde que l'assurée puisse mettre à certains moments en valeur une capacité de gain résiduelle, mais ceux-ci s'effectueront sur des périodes brèves ne dépassant qu'exceptionnellement une année et fréquemment dans des milieux à la limite, si ce n'est en marge du monde de l'économie. Nous estimons que ces activités ne sont pas exigibles. Limitations fonctionnelles : troubles de l'attention et de la concentration, impulsivité, instabilité de l'humeur, consommation de stupéfiants. L'exigibilité est de 20% dans une activité adaptée depuis le début de l'âge adulte." e) Par acte du 25 février 2012 [recte : 25 janvier 2010, soit la date de l'envoi sous pli recommandé], la recourante reprend en substance l'argumentation développée dans ses précédentes écritures. Par ailleurs, elle soutient que les propos de la Dresse P. _____ sont tout aussi convaincants que ceux du Dr N. _____. f) Dans ses observations du 26 janvier 2010, l'OAI maintient sa position. Il observe en particulier que la recourante n'a jamais pu s'adapter à un environnement de travail stable. A cet égard, il relève que l'intéressée n'a travaillé tout au plus que quelques mois pour le même employeur entre 1998 et 2002, et que les démarches entreprises en vue d'un placement n'ont pas permis de dégager une cible professionnelle ou une stratégie de réinsertion – éléments qui démontrent les importantes limitations ainsi que l'incapacité de travail notable attestées par les différents médecins interpellés ainsi que par le SMR. g) Dans des écritures du 3 mai 2010, la recourante rappelle en substance son parcours personnel et professionnel difficile.

En droit : 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'AI (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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances

sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente AI, singulièrement sur la question de savoir si l'office intimé était fondé à refuser cette prestation à l'assurée, au motif que celle-ci ne comptait pas au moins une année de cotisations en Suisse lors de la survenance de l'invalidité. 3. Se pose en premier lieu la question du droit matériel applicable *ratione temporis*. Celui-ci est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3). En d'autres termes, la législation applicable en cas de changement de règles de droit demeure celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante est arrivée en Suisse le 29 janvier 1997 et que son droit à la rente (c'est-à-dire la survenance des conditions ouvrant le droit éventuel à la rente) remonte au plus tôt au mois de janvier 1998, une fois le délai d'attente d'une année écoulé. C'est donc le droit en vigueur au 31 décembre 2000 qui est applicable. 4. a) Dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2000 (déterminante en l'espèce [cf. consid. 3 supra, cf. également ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et 127 V 466 consid. 1]), l'art. 6 al. 1 LAI énonce que les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides ont droit aux prestations s'ils étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité. La clause d'assurance prévue par cette disposition a été supprimée avec effet au 1^{er} janvier 2001 par le chiffre 1 de l'annexe à la modification de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10) du 23 juin 2000 (RO 2000 2682). Cette suppression n'a toutefois pas entraîné de changement important dans le système de l'assurance-invalidité. Elle n'a en particulier pas modifié l'exigence posée par le droit suisse, selon laquelle le droit à des prestations de l'AI suppose que la personne qui sollicite de telles prestations soit assujettie à l'AVS/AI (cf. avant le 1^{er} janvier 2003 : art. 1 LAI en corrélation avec les art. 1 et 2 LAVS; cf. du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 : art. 1a LAI en corrélation avec les art. 1a et 2 LAVS; cf. depuis le 1^{er} janvier 2004 : art. 1b LAI en corrélation avec les art. 1a et 2 LAVS; cf. également ATF 131 V 390 consid. 6.2). b) Selon l'art. 6 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Cette disposition – qui apparaissait contestable sous l'angle du droit à l'égalité de traitement (ATF 121 V 247 consid. 1b) – a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, le 1^{er} janvier 1997. Aux termes du nouvel art. 6 al. 2 LAI – dont la teneur est demeurée inchangée depuis lors, hormis une modification purement rédactionnelle entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et découlant de la LPGA – les étrangers ont droit aux prestations 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 années de résidence ininterrompue en Suisse (cf. ATF 126 V 5 consid. 1a). Demeurent toutefois réservées,

notamment, les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs. En l'occurrence, la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale avec le Maroc. c) Pour pouvoir prétendre une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, la personne concernée doit avoir payé pendant au moins une année entière des cotisations aux assurances sociales suisses (cf. art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007 [applicable en l'occurrence, cf. consid. 3 supra], cette disposition ayant été modifiée au 1^{er} janvier 2008 pour porter à trois ans la durée minimale de cotisation) et être invalide au sens des art 4, 28 et 29 LAI. d) 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 (cf. TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 3.2 et réf. cit.). S'agissant du droit à la rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où ce droit prend naissance. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (déterminante en l'espèce, cf. consid. 3 supra), l'art. 29 al. 1 let. b LAI prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (RO 1987 449). Du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, cette disposition était en vigueur sous une forme légèrement modifiée, son contenu demeurant toutefois matériellement inchangé (RO 2002 3406). Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 5. En l'occurrence, l'examen des pièces du dossier démontre que, lorsqu'elle est arrivée en Suisse le 29 janvier 1997, l'assurée présentait déjà des troubles de santé occasionnant une incapacité de travail de 40% au moins. a) A cet égard, il convient tout d'abord de relever qu'à l'appui de sa demande de prestations AI du 20 novembre 2006, l'intéressée a indiqué souffrir depuis 1984 – autrement dit depuis l'âge de 20 ans – d'un trouble schizo-affectif bipolaire associé à des perturbations de l'activité et de l'attention (cf. let. B.a supra). Partant, il ressort des premières déclarations de l'assurée que les atteintes à l'origine de son incapacité de travail sont largement antérieures à son arrivée en Suisse. Certes, la recourante est ultérieurement revenue sur ses propos. Ainsi, elle a par la suite fait valoir que son trouble bipolaire était la conséquence d'échecs relationnels et professionnels ainsi que des mauvais traitements infligés par son ex-époux dès son arrivée en Suisse en 1997 (cf. écritures du 28 janvier 2008). Puis, elle a soutenu qu'elle présentait une incapacité de travail « avant et surtout depuis [s]on arrivée en Suisse » mais que sa maladie n'était survenue que courant 2000 à l'occasion de sa première hospitalisation en milieu psychiatrique (cf. mémoire de recours du 12 février 2009, et écritures du 17 mars 2009 p.

1). Enfin, elle a allégué que ses troubles étaient survenus en 2003 consécutivement au décès de sa sœur aînée (cf. courrier du 14 décembre 2009 p. 2). A l'évidence, les explications ultérieures de l'intéressée – outre qu'elles divergent des indications fournies dans la demande de prestations du 20 novembre 2006, situant la survenance de la maladie au début de l'âge adulte – s'avèrent pour le moins confuses et sont manifestement contradictoires entre elles, ce qui nuit à leur crédibilité. En tout état de cause, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que ses troubles psychiatriques remontent à son hospitalisation courant 2000, voire même à l'année 2003. En effet, le rapport relatif à la première hospitalisation de l'intéressée en mars 2000 mentionne un probable trouble affectif bipolaire alors en rémission (cf. rapport du 13 avril 2000 des Drs T. _____ et O. _____, let. B.d supra). Force est d'admettre que pour qu'un tel diagnostic ait pu être posé, il fallait nécessairement que le trouble en question soit préexistant. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne peut que s'en tenir aux premières déclarations formulées par l'assurée dans sa demande de prestations du 20 novembre 2006. Cette solution est du reste compatible avec la jurisprudence selon laquelle, en présence de deux – ou plusieurs – versions différentes et contradictoires d'un fait, il convient de se fonder sur la première affirmation, qui correspond généralement à celle que la personne assurée a faite alors qu'elle n'était pas encore consciente des conséquences juridiques qu'elles aurait, les nouvelles explications – qui plus est, contradictoires en l'occurrence – pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et réf. cit.; cf. TF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2 et TFA I 36/05 du 19 avril 2006 consid. 3.6). b) A cela s'ajoute que les premières déclarations de l'assurée sont corroborées par les conclusions du rapport médical du 5 mars 2007 du Dr N. _____, psychiatre traitant, lequel a précisément posé le diagnostic incapacitant de trouble schizo-affectif bipolaire existant depuis l'âge adulte, associé à un trouble de perturbation de l'activité et de l'attention, à une personnalité émotionnellement labile de type borderline, ainsi qu'à une addiction à diverses substances psychotropes. Du fait de ces atteintes, ce psychiatre a retenu que l'assurée présentait une diminution de rendement autour de 80%, respectivement que son taux d'activité ne pourrait pas dépasser 20% (cf. let. B.c supra). Se fondant sur les conclusions du psychiatre susmentionné, le Dr F. _____ du SMR a retenu, le 17 mars 2008, que l'assurée présentait un trouble bipolaire affectif depuis le début de l'âge adulte, en raison duquel elle disposait d'une capacité de travail réduite à 20% depuis 1985. Puis, par avis médical SMR du 9 décembre 2009, les Drs F. _____ et I. _____ ont précisé que le trouble de la personnalité et le trouble schizo-affectif bipolaire de l'intéressée étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 80% depuis le début de l'âge adulte. Il est vrai que le Dr N. _____ a, quant à lui, fixé à 1997 le début de l'incapacité de travail dans l'activité de danseuse/chorégraphe (cf. rapport du 5 mars 2007 p. 1 let. B), tenant à l'évidence compte du parcours professionnel effectué par l'intéressée jusqu'à son arrivée en Suisse nonobstant l'existence d'un trouble schizo-affectif bipolaire invalidant depuis le début de l'âge adulte. Dans leur avis du 9 décembre 2009, les Drs F. _____ et I. _____ ont toutefois exposé de manière convaincante qu'en cas d'atteintes psychiques lourdes analogues à celles de l'assurée, il était possible que la personne concernée puisse mettre à certains moments en valeur une capacité de gain résiduelle, mais uniquement sur des périodes brèves ne dépassant qu'exceptionnellement une année et fréquemment dans des milieux à la limite, voire en marge, de l'économie. Du reste, le Dr N. _____ a également souligné que le fonctionnement habituel de la recourante se caractérisait par une désorganisation importante par rapport à la gestion de sa vie quotidienne et par une incapacité à faire des projets et à se

tenir au cadre structurel des projets choisis; il a par ailleurs ajouté que l'intéressée avait montré beaucoup de peine à être régulière et structurée dans une quelconque activité, cette irrégularité étant l'un des symptômes de la désorganisation habituelle par lesquels ses troubles psychiatriques se manifestaient, même si elle était dans l'ensemble stabilisée (cf. let. B.c supra). Or, force est de constater que cette instabilité caractérise en l'occurrence l'ensemble du parcours de la recourante. Ainsi, il apparaît qu'en Belgique, l'intéressée a suivi une formation de coiffeuse sans obtenir de diplôme (cf. rapport du Dr N. _____ du 5 mars 2007 p. 2), puis qu'elle a, parallèlement à sa carrière dans le secteur des spectacles érotiques, cumulé les activités professionnelles de relativement courte durée dans divers domaines – en particulier en tant que vendeuse, serveuse, modèle et disc-jockey (cf. curriculum vitae produit le 17 mars 2009). Elle a débuté le 1^{er} septembre 1996 des cours de scénographie qu'elle a interrompus le 18 novembre suivant (cf. attestation d'abandon du 26 mai 1997 des Cours [...], produite le 17 mars 2009), prétendument à cause de l'imminence de son départ pour la Suisse (cf. lettres des 17 mars 2009 et 25 janvier 2010). Outre que cette justification paraît sujette à caution dans la mesure où l'assurée n'est arrivée dans ce pays qu'à la fin janvier 1997, il reste que sa démarche s'avère en définitive révélatrice de ses difficultés organisationnelles, dès lors qu'elle aurait tout aussi bien pu planifier sa venue en Suisse en fonction des exigences liées à son nouveau cursus, qu'elle n'a du reste pas cherché à poursuivre une fois en territoire helvétique. Considérés dans leur globalité, les éléments qui précèdent démontrent irréfutablement que l'inconstance professionnelle de l'assurée – même à admettre qu'elle puisse être partiellement imputée aux spécificités du monde du spectacle, dans lequel « le travail se fait plutôt sur des contrats déterminés, sur mandats » (cf. courrier de la recourante du 25 janvier 2010) – est bel et bien antérieure à sa venue en Suisse. Cette instabilité a ensuite perduré après son arrivée dans ce pays. C'est ainsi qu'une fois en territoire helvétique, l'intéressée a dans un premier temps alterné des périodes de chômage et d'activité professionnelle entre décembre 1997 et juin 2002, occupant – de sa propre initiative ou par l'entremise du chômage, respectivement d'intervenants sociaux – des emplois de serveuse, vendeuse ou animatrice dont la durée n'a jamais excédé quelques mois. Depuis juin 2002, elle n'a plus exercé d'activité lucrative. En définitive, il apparaît que les éléments mis en exergue par les Drs N. _____, F. _____ et I. _____ s'avèrent pleinement compatibles et qu'ils démontrent que le parcours professionnel instable, pour ne pas dire chaotique, de l'assurée témoigne de ce que celle-ci présentait déjà une incapacité de travail d'au moins 40% à son arrivée en Suisse. A noter, du reste, que compte tenu de l'inconstance dont est émaillé l'ensemble de la carrière de la recourante, la Cour de céans ne saurait donner raison à cette dernière lorsqu'elle prétend que les difficultés professionnelles rencontrées en Suisse ne seraient pas dues à sa personne, mais proviendraient de son ignorance du système helvétique, de sa crédulité vis-à-vis de ses employeurs, de ses velléités d'indépendance et de son manque d'expérience (cf. courrier du 14 décembre 2009) – étant souligné sur ce dernier point que les domaines d'activité dans lesquels l'assurée a travaillé en Suisse avaient pour l'essentiel déjà été exercés en Belgique. c) Certes, par écrit du 2 novembre 2009, la Dresse P. _____ a indiqué qu'elle n'avait pas diagnostiqué de troubles psychiatriques au cours des années durant lesquelles elle avait suivi la recourante pour son addiction aux stupéfiants, soit de 1986 à 1993 (ou 1994 selon les versions). Cette affirmation paraît pour le moins surprenante, lorsque l'on sait que le Dr N. _____ a qualifié la toxicomanie de l'assurée d'épiphénomène (cf. rapport du 5 mars 2007 p. 4), respectivement que les Drs F. _____ et I. _____ ont considéré que cette dépendance était secondaire aux troubles psychiatriques de l'intéressée (cf. avis médical SMR du 9

décembre 2009 p. 2). Quoi qu'il en soit, il reste que la Dresse P. _____ n'a avancé aucun argument médical concret excluant qu'un trouble schizo-affectif bipolaire ait pu exister chez l'assurée – même de manière sous-jacente – depuis le début de l'âge adulte. Bien plus, l'appréciation de la Dresse P. _____ doit être considérée avec une certaine circonspection, dès lors qu'« après trois ou quatre ans », cette praticienne n'a suivi qu'épisodiquement l'assurée, celle-ci participant à des tournées sur le continent asiatique (cf. rapport du 2 novembre 2009 p. 2). Enfin, l'anamnèse somme toute relativement positive dressée par la Dresse P. _____ tranche singulièrement avec celle bien plus réservée établie par le Dr N. _____. En particulier, les indications de la Dresse P. _____ selon lesquelles l'assurée vivrait une situation stable en Suisse laissent pour le moins sceptique, lorsque l'on sait que l'intéressée est sous suivi médical permanent depuis plusieurs années et que ses difficultés pour se gérer au quotidien ont abouti à l'institution d'une mesure de curatelle à la fin 1999 pour environ une année, ainsi qu'à de nouvelles démarches dans ce sens courant 2007 (cf. rapport du 5 mars 2007 du Dr N. _____ p. 2). Dans ces conditions, force est de constater que les éléments avancés par la Dresse P. _____ ne sont pas susceptibles de faire douter des avis circonstanciés émis par les Drs N. _____, F. _____ et I. _____. e) Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent et compte tenu en particulier des conclusions convaincantes des Drs N. _____, F. _____ et I. _____ (au sens la jurisprudence fédérale, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; cf. TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010 consid. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1), il s'impose de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 4e supra), que les troubles psychiatriques de l'assurée ont entraîné une incapacité de travail d'au moins 40% dès le début de l'âge adulte, soit bien avant son arrivée en Suisse en 1997. Il s'ensuit que la survenance de l'invalidité remonte à une époque où les conditions d'assurance – en particulier celle relative à la période minimale de cotisations (cf. art. 6 al. 2 LAI et art. 36 al. 1 LAI, consid. 4b et 4c supra) – n'étaient pas remplies. En conséquence, c'est à juste titre que, par décision du 14 janvier 2009, l'intimé a refusé d'allouer une rente ordinaire d'invalidité à la recourante. f) C'est par ailleurs à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante ne pouvait prétendre à des prestations complémentaires correspondant à une ex-rente extraordinaire d'invalidité, la Suisse n'ayant pas conclu de convention de sécurité sociale avec le Maroc (cf. à cet égard Jean-Louis Duc, Les assurances sociales en Suisse, IRAL [éd.], Lausanne 1995, n° 879 p. 558). g) A l'appui de son écriture du 17 mars 2009 (p. 2), la recourante a demandé à être « écout[ée] de vive voix ». Il s'agit là manifestement d'une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle et à l'interrogatoire de la partie) ne suffisant pas à fonder l'obligation d'organiser des débats publics (cf. TF 8C_973/2010 du 21 avril 2010 consid. 2.1). 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 12 février 2009 par A.K. _____ est rejeté. II. La décision rendue le 14 janvier

2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ A.K. _____, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.