

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui, avocate
à Lausanne auprès d'Inclusion Handicap,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. I._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a obtenu son Certificat fédéral de capacité de vendeuse auprès de la Coopérative T._____ en 1981. Elle a par la suite continué à travailler auprès de cet employeur au sein de différents magasins et à différents postes, en dernier lieu en qualité de spécialiste « produits Non Food ».

Le 28 février 2017, G._____, l'assureur perte de gain maladie auprès de qui la Coopérative T._____ était affiliée, a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations d'assurance-invalidité pour l'assurée.

G._____ a également transmis une copie du dossier médical en sa possession dont il ressortait que l'assurée était incapable de travailler depuis le 26 octobre 2016. Elle présentait des lombo-sciatalgies à bascule mais prédominantes à gauche, une hernie discale L5-S1 entrant en conflit avec l'émergence de la racine S1 à gauche, depuis octobre 2016, une épitrochléite bilatérale prédominante à gauche, depuis l'automne 2015, ayant un effet sur la capacité de travail, et un syndrome du tunnel carpien bilatéral discret, sans effet sur la capacité de travail. Le pronostic était bon, pour autant que l'assurée n'exerce plus une activité professionnelle trop lourde (rapports établis les 20 décembre 2016 et 10 janvier 2017 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et 22 décembre 2016 par le Dr L._____, spécialiste en neurologie). Dans un rapport reçu par G._____ le 26 janvier 2017, la Dre B._____, médecin traitante depuis le mois de novembre 2007 et spécialiste en médecine interne générale, considérait que le traitement conservateur, par infiltration et de physiothérapie n'était pas encore terminé.

Le 23 mars 2017, la Coopérative T._____ a complété le formulaire employeur de l'OAI. Elle a indiqué que l'assurée avait débuté son activité le 13 août 1979 et que son salaire, depuis le 1^{er} janvier 2017,

s'élevait à 5'418 fr. par mois, soit 70'434 fr. par an. Elle a également décrit les tâches réalisées par l'assurée, à savoir essentiellement de la mise en placement de marchandises ce qui nécessitait de marcher, rester debout et porter des charges légères, parfois moyennes et rarement lourdes, ainsi que du rangement des stocks, du travail en caisse, du conseil clients et de la gestion, et plus rarement de la coordination d'équipe.

Par courrier du 27 avril 2017, l'employeur de l'assurée a mis fin à son contrat de travail avec effet au 31 juillet 2017. Il a évoqué une problématique d'organisation en raison des restrictions médicales présentées par son employée et l'absence de poste en adéquation avec son état de santé.

Dans un rapport du 16 mai 2017 à l'attention de l'OAI, la Dre B._____ a confirmé les diagnostics précédemment posés dans son rapport à G._____, ajoutant d'autres diagnostics somatiques sans effet sur la capacité de travail. Elle a confirmé que l'assurée était incapable de travailler depuis le 26 octobre 2016. Elle a préconisé une reprise progressive d'une activité qui ne s'effectuait pas uniquement debout, en marchant ou en position accroupie, sans échelle ou échafaudage, sans travail avec les bras au-dessus de la tête, sans rotation, sans port de charges de plus de 5 kg durant 1 heure par jour de façon continue, sans position de porte-à-faux du dos. La Dre B._____ a encore joint les rapports du 22 décembre 2016 du Dr L._____ et du 20 décembre 2016 du Dr R._____ ainsi qu'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 4 novembre 2016. Cette IRM avait mis en évidence des discopathies dégénératives très modérées dominant aux deux derniers étages lombaires, compliquées à l'étage L5-S1 par une hernie discale médiane surtout paramédiane gauche entrant en conflit avec l'émergence de la racine S1 à gauche, ainsi qu'une petite protrusion discale paramédiane droite sans véritable conflit sur l'émergence de S1 ni L5.

Dans l'intervalle, G._____ a mandaté le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, afin qu'il

procède à une expertise. Dans son rapport du 19 mai 2017, il a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombo-sciatalgies chroniques et de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire. Il a constaté que, du point de vue rhumatologique, l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, de manière durable et vraisemblablement définitive. Dans une activité légère, excluant le port de charges au-delà de 5 kg, les travaux de forces et répétitifs impliquant les membres supérieurs au-delà de l'horizon, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, permettant l'alternance des positions deux fois par heure, la capacité de travail était d'au moins 80 %. Cette capacité était à faire valoir dans 3 mois, ce qui laissait le temps de réaliser une IRM rachidienne totale et des sacro-iliaques, et d'adresser l'assurée auprès de l'unité rachis du service de rhumatologie du Centre hospitalier Z._____ pour une prise en charge pluridisciplinaire. L'expert a réservé son pronostic, au regard de l'importance de la symptomatologie douloureuse et d'un état stationnaire depuis plus de 6 mois, d'éléments subjectifs qui ne pouvaient être intégrés à l'appréciation objective de la capacité de travail, de symptômes qui s'inscrivaient dans le cadre des troubles du rachis qui ne permettaient pas d'expliquer la globalité des symptômes dont était victime l'assurée depuis plusieurs mois, d'algies pouvant s'inscrire dans le cadre d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur dans le cadre d'une comorbidité psychologique associée. L'absence de syndrome irritatif ou neurodéficitaire tempérait ce pronostic défavorable.

Le 26 juin 2017, G._____ a informé l'assurée qu'elle allait mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017, au vu des conclusions de l'expert V._____. L'assurée a contesté la fin du droit aux indemnités journalières.

Lors d'un entretien du 4 septembre 2017, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait un rendez-vous le 15 octobre suivant avec un spécialiste du dos au Centre hospitalier Z._____, sans avoir connaissance de la prise en charge qui en découlerait. Elle était disposée à s'engager dans la réadaptation avec l'OAI, mais a évoqué des problèmes de mémoire en plus de ses limitations fonctionnelles liées au dos.

Le 11 septembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une mesure de reclassement professionnel. Au vu de la situation de l'intéressée qui devait alterner les positions régulièrement, l'OAI a considéré qu'un début de mesure sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de la Fondation IPT s'avérait nécessaire. Cette mesure se déroulerait en deux phases, la première phase devant se produire du 30 octobre 2017 au 19 janvier 2018 (proposition/bilan de mesure et note d'entretien des 1^{er} novembre 2017, communication du 7 novembre 2017). Du 8 au 28 janvier 2018, la mesure a été interrompue pour permettre à l'assurée d'intégrer un programme de rééducation intensive du dos auprès du Centre hospitalier Z._____. Le 29 janvier 2018, l'assurée a repris la mesure auprès de la Fondation IPT, passant à la deuxième phase de celle-ci. L'OAI a consenti à prendre en charge les frais relatifs à la reprise de la mesure, pour la période du 29 janvier au 13 avril 2018 (proposition/bilan de mesure du 2 février 2018, communication du 12 février 2018).

Le 26 février 2018, l'assurée a débuté un stage auprès d'un laboratoire en tant qu'ouvrière en conditionnement. Elle l'a interrompu après une matinée au motif que le poste était trop statique. Un autre stage d'un mois a été trouvé par la Fondation IPT pour des tâches d'emballage et d'impression d'étiquettes qui répondaient aux limitations fonctionnelles. L'assurée n'avait toutefois plus le moral, elle vivait mal l'échec du premier stage, elle n'avait pas accepté son licenciement, elle ne se sentait plus capable de poursuivre les mesures et de se confronter à un nouvel échec. Elle avait également débuté, durant sa rééducation du dos au Centre hospitalier Z._____, un suivi auprès d'une psychologue à raison d'une fois par semaine, sous la supervision du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (notes d'entretien des 19 et 20 mars 2018). Au vu de ces éléments, il a été mis fin à la mesure d'orientation professionnelle (rapport intermédiaire de réadaptation du 6 avril 2018).

Dans un rapport du 14 mai 2018, le Dr W._____ et la psychologue [...] ont détaillé le parcours de vie de l'assurée. Ils ont fait état d'un retrait de sa garde à sa mère pour négligence grave et mise en danger de la vie d'autrui alors que l'intéressée était âgée d'un an et demi, d'une éducation assumée par les grands-parents maternels, de maltraitances subies de la part du grand-père, d'un oncle et du mari de la mère que l'assurée avait longtemps passées sous silence, d'une relation stable avec sa compagne, d'un parcours professionnel auprès du même employeur marqué par un épisode de harcèlement entre 2006 et 2008 puis un état d'épuisement en 2016. Les praticiens ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) existant depuis octobre 2016, et de lombalgies chroniques. Ils ont attesté une incapacité de travail totale depuis le mois d'octobre 2016. L'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : incapacité à focaliser son attention et à se concentrer, incapacité émotionnelle à supporter les exigences inhérentes à l'exécution de tâches, même simples, céphalées de tension quand les difficultés émotionnelles dépassaient un seuil minimum, incapacité à rester debout ou assis plus de 10 minutes, fatigabilité majeure après une heure de travail en moyenne avec apparition de douleurs musculo-squelettiques et anxiété diffuse, sentiments d'insuffisance et d'infériorité pouvant alimenter une irritabilité, et des difficultés interpersonnelles. Ces limitations empêchaient l'assurée de répondre aux tâches simples plus d'une heure par jour. L'activité habituelle n'était plus exigible. Une activité adaptée, sans exigence en termes d'efficacité, était possible dès à présent, à condition qu'elle soit réalisée dans un environnement protégé, d'abord de 30 à 50 % pour commencer, à titre d'essai.

L'OAI a interpellé la Dre B._____ au sujet de l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Dans un rapport du 23 août 2018, la Dre B._____ a confirmé les diagnostics posés en mai 2017, ajoutant celui de trouble dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère depuis début 2018, en tout cas. L'état de santé était inchangé depuis son dernier rapport ; l'incapacité de travail était toujours totale dans l'activité habituelle et l'était probablement dans toutes activités, en raison de l'état dépressif. La

Dre B._____ a renvoyé à cet égard à l'appréciation du Dr W._____. Elle a enfin renvoyé au rapport d'expertise du Dr V._____ pour les limitations fonctionnelles d'ordre physique. La Dre B._____ a ajouté qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis le 16 octobre 2017, hormis à une occasion en août 2018 pour remplir ce formulaire. Elle a ajouté que l'assurée avait été convoquée, les 15 et 19 juin 2018, pour une expertise psychiatrique et rhumatologique au Centre d'expertise M._____ à [...], à la demande de G._____.

Le 8 novembre 2018, l'OAI s'est vu remettre par G._____ une copie d'une correspondance du même jour à l'assurée, selon laquelle elle maintenait le versement de ses prestations au vu des conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertise M._____ du 21 août 2018. Au terme de ce rapport, dont une copie était également transmise à l'OAI, les Drs C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère (F32), de probable trouble mixte de la personnalité, de cervicalgies chroniques avec discopathies C5-C6 et C6-C7, de lombalgies chroniques avec discopathies L4-L5 et L5-S1, et d'épicondylite médiale bilatérale avec calcification du versant inférieur et tendinopathie des muscles épicondyliens médiaux. Ils ont estimé que, sur le plan somatique, l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, mais capable de travailler dès à présent dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans mouvement en antéflexion du tronc ou répétitifs des membres supérieurs. Sur le plan psychique, elle était incapable de travailler dans toutes activités. Concernant le pronostic, il était peu probable qu'une stabilisation de l'état psychique survienne à court et moyen terme (3-6 mois), au vu de l'évolution négative sur les 10 derniers mois et la persistance d'une symptomatologie significative avec une forme d'effondrement d'une personnalité déjà fragile. L'assurée semblait avoir épuisé en grande partie ses capacités d'adaptation et de résilience. Des facteurs non-médicaux significatifs, son âge en particulier, et le fait qu'elle n'avait eu qu'un seul employeur dans toute sa carrière venaient s'ajouter.

Dans un courrier du 9 juillet 2019, le Dr W._____ et la psychologue J._____ ont informé l'OAI qu'ils avaient mis en évidence une pathologie anxieuse significative, qui était en cours d'investigation. Dans un rapport du 30 août 2019, ils ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble panique (F41.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Au cours de la prise en charge, les symptômes du registre dépressif s'étaient partiellement atténués, mais des symptômes anxieux très significatifs étaient apparus. Investigant cet aspect, les praticiens ont conclu à la présence d'un état de stress post-traumatique caractérisé, avec des flashbacks accompagnés de manifestations neurovégétatives, d'un évitement massif de situations rappelant le traumatisme, d'une hypervigilance, de ruminations continues et d'un vécu de danger permanent. Dans le cadre de cette pathologie, l'assurée avait également développé un trouble panique caractérisé. Ce tableau était présent de longue date mais s'était brutalement aggravé dans le cadre d'un conflit professionnel qui présentait des similitudes avec les situations de violences et d'abus subies durant l'enfance.

L'OAI a sollicité l'avis de son service médical régional (ci-après : le SMR). Dans un avis du 9 septembre 2019, le SMR a adhéré aux conclusions rhumatologiques des deux expertises. En revanche, du point de vue psychiatrique, l'évaluation des ressources mobilisables ne correspondait pas aux critères jurisprudentiels ; l'assurée fonctionnait dans sa vie quotidienne, vivait en couple, gérait ses tâches ménagères et avait des relations sociales. Un probable trouble de la personnalité était évoqué, mais l'assurée avait toujours pu travailler jusqu'à présent. Il était donc nécessaire de réaliser une évaluation objective des troubles avec une analyse précise des ressources mobilisables. Une série de questions devait être adressée à la Dre B._____.

Le 21 octobre 2019, la Dre B._____ a indiqué à l'OAI qu'elle n'était pas capable de lui répondre, n'ayant plus revu l'assurée depuis le mois d'août 2018. Elle a renvoyé à un rapport du 29 avril 2019 du Dr [...] qui assurait le suivi de l'assurée après elle.

Dans un avis du 1^{er} novembre 2019, le SMR a confirmé sa précédente appréciation et a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans l'intervalle, G._____ a informé l'assurée, le 8 janvier 2020, que son droit à une indemnité journalière perte de gain serait épuisé le 7 mars 2020.

L'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à la Dre E._____ du Bureau d'expertise N._____ à [...]. La Dre E._____ a rendu son rapport le 6 mai 2020. Elle a écarté tout diagnostic incapacitant et retenu le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, évoluant de mars 2018 à mars 2020, actuellement stabilisé (F43.21). Elle a estimé que l'assurée était pleinement capable de travailler dans toutes activités, à l'exclusion d'une période de six mois après le début du suivi psychothérapeutique, de mars à août 2018. A l'évaluation objective réalisée le jour de l'expertise, l'assurée ne présentait pas de ralentissement psychomoteur, pas de fatigabilité et la thymie était bien modulée. Les éléments florides de la lignée dépressive évoqués par l'assurée durant l'entretien étaient insuffisants pour retenir un épisode dépressif, même léger, ce qui était confirmé par un score à 3 points sur l'échelle de dépression de Hamilton. L'experte a en revanche constaté la présence de traits de personnalités insécures en lien avec un comportement évitant et anxieux, liés aux situations d'abus vécues durant l'enfance. Les traits de personnalité repérés ne remplissaient pas les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité pathologique de type évitant. La Dre E._____ a encore constaté que le degré de gravité fonctionnelle n'était pas atteint, en l'absence de gravité des plaintes, au vu des mesures de traitement en deçà des propositions thérapeutiques usuelles, d'un rare suivi psychiatrique et du fait que l'intéressée elle-même ne voyait pas l'effet du traitement sur son état. Les plaintes n'étaient en outre pas incapacitantes, en l'absence de conséquence sur le fonctionnement de l'assurée dans sa vie quotidienne. L'experte n'a pas

retenu de limitations chez l'assurée qui disposait de ressources importantes. Les limitations alléguées par l'intéressée ne se manifestaient en outre pas dans tous les domaines de la vie. L'experte a enfin exposé les raisons pour lesquelles elle écartait les diagnostics retenus par le Centre d'expertise M. _____ dans son rapport et par le Dr W. _____ et la psychiatre J. _____ dans leur rapport du 30 août 2019.

L'OAI a sollicité l'avis du SMR, lequel s'est prononcé le 10 juin 2020. Après une synthèse des rapports et des expertises, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte durablement incapacitante du point de vue psychiatrique. Du point de vue rhumatologique en revanche, l'assurée présentait des cervico-dorso-lombo-sciatalgies chroniques et des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire engendrant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée, à 100 %, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements en antéflexion du tronc, les mouvements répétitifs des membres supérieurs étant à éviter. Ce point de vue était confirmé après deux expertises. Le SMR a également considéré que l'aptitude à la réadaptation existait depuis toujours, en présence d'atteintes dégénératives chroniques empêchant l'activité habituelle, mais qui n'avaient pas nécessité d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale, ni n'avaient entraîné de limitations retentissant dans tous les domaines de la vie et empêchant la reprise d'une activité professionnelle adaptée.

Lors d'un entretien téléphonique du 15 janvier 2021 avec l'assurée, sa compagne et une assistante sociale du Centre hospitalier Z. _____, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a expliqué les conclusions auxquelles était arrivé le SMR. Elle a proposé à l'assurée des mesures d'ordre professionnel, telles que mises en place en 2018 auprès de la Fondation IPT, en débutant éventuellement à 80 %. L'assurée n'a pas souhaité s'exprimer par téléphone. Il a été convenu qu'elle en discute avec l'assistante sociale. Le 4 février 2021, l'assistante sociale du Centre hospitalier Z. _____ a recontacté l'OAI pour l'informer que

l'assurée ne se sentait pas prête à suivre des mesures et qu'elle adresserait un courrier en ce sens prochainement.

Le 12 mars 2021, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assurée.

Dans un projet de décision du 22 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser de prester. L'assurée était incapable de travailler pour des raisons de santé depuis le 26 octobre 2016, début du délai d'attente d'une année. À l'échéance de ce délai, elle était incapable de travailler dans son activité habituelle mais avait toujours été capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvement en antéflexion du tronc, éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs. L'OAI a évalué son degré d'invalidité en application de la méthode de comparaison des revenus. Il a arrêté le revenu sans invalidité à 70'434 fr., selon les informations fournies par l'ancien employeur, et le revenu avec invalidité à 49'319 fr. 51 en se fondant sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement le salaire que pouvait percevoir une femme en 2017 dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 %, après un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 29,98 %, soit en dessous du seuil de 40 % ouvrant droit à une rente d'invalidité. L'assurée n'avait par ailleurs pas souhaité bénéficier des mesures professionnelles dont le droit était ouvert.

Le 29 mars 2021, l'OAI s'est vu remettre un courrier rédigé par l'assurée le 12 mars 2021 dans lequel elle annonçait qu'au vu de son état de santé, elle était dans l'impossibilité de participer aux mesures de réinsertion professionnelle proposées. Transmettant un rapport établi le 18 mars 2021 par son psychiatre et sa psychologue traitants, elle ajoutait que si l'OAI devait maintenir sa décision et selon l'évolution de son état de santé, elle serait bien entendu favorable à toutes propositions de mesures.

Dans ce rapport du 18 mars 2021, les psychiatre et psychothérapeute traitants contestaient l'anamnèse, les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail de l'experte E._____. Ils ont indiqué que « l'enfance particulière » vécue par l'assurée était en réalité des événements d'une extrême gravité qui avaient marqué son enfance, notamment des abus sexuels, des violences répétées et des négligences, et qu'ils étaient à l'origine d'un trouble de stress post-traumatique complexe très sévère. Concernant le traitement mis en place, ils ont précisé que durant le programme de restauration fonctionnelle du rachis au Centre hospitalier Z._____, l'assurée avait rencontré une psychologue qui la suivait depuis lors, sous délégation du psychiatre W._____, avec également un suivi social régulier. Le traitement médicamenteux, introduit en mars 2018, puis augmenté et modifié en octobre 2019 était adéquat, avec des doses adaptées. L'anamnèse faite par l'experte contenait en outre des imprécisions. Contrairement à ce qu'avait retenu l'experte, les médecins traitants ont constaté que l'assurée remplissait huit critères pour un épisode dépressif majeur avec un score de 27/54 à l'échelle de Hamilton pour la dépression. Le diagnostic de trouble panique était également réalisé, au vu des nombreuses attaques de panique vécues par l'assurée, plusieurs fois par semaine, et du score de 47/56 à l'échelle de Hamilton pour l'anxiété. L'experte E._____ avait au demeurant rejeté le diagnostic d'état de stress post-traumatique, sans le discuter. Or, l'assurée présentait un tableau classique dans ce genre de cas, avec des comportements d'évitement, une attitude d'hypervigilance depuis l'adolescence et la présence de souvenirs à caractère répétitif et envahissant. L'assurée ne les évoquait qu'avec une grande difficulté, raison pour laquelle ces éléments ne ressortaient pas de l'expertise. Enfin, l'appréciation de la capacité de travail de l'experte différait de la leur et de celle de l'expert psychiatre F._____ du Centre d'expertise M._____.

Dans un avis du 8 avril 2021, le SMR a préconisé de soumettre ce rapport à l'experte E._____, pour qu'elle fasse part de son point de vue.

L'experte s'est prononcée le 19 avril 2021, indiquant qu'à la lecture du dossier complet, des commentaires concernant la partie anamnestique, de la partie diagnostique et des commentaires sur le fonctionnement du quotidien de la personne assurée, elle n'avait pas relevé d'informations nouvelles ou de faits nouveaux permettant de reconsidérer ses conclusions.

Fondé sur cette prise de position, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments pour modifier sa position (avis du 4 mai 2021).

Par courriel du 21 mai 2021, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a proposé à l'assurée de réaliser des mesures auprès de la Fondation IPT afin de l'accompagner sur le marché du travail. Le même jour, l'assistante sociale du Centre hospitalier Z. _____ a contacté la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI à ce propos. La collaboratrice de l'OAI lui a expliqué la position du SMR et la possibilité de mettre en place des mesures d'accompagnement à la reprise professionnelle, puis d'une aide au placement. L'assistante sociale allait en discuter avec l'assurée.

Dans un courrier du 4 juin 2021 adressé à l'OAI, l'assurée a exposé que son état de santé n'avait pas évolué favorablement depuis son dernier courrier du 12 mars 2021 et qu'elle devait en conséquence renoncer à des mesures, toujours selon l'avis de ses médecins. Si son état de santé devait s'améliorer, elle serait à disposition pour de telles mesures.

Par décision du 23 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, confirmant son projet de décision du 22 mars 2021. Dans un courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a pris position sur les griefs soulevés par l'assurée, relevant qu'elle n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. **a)** Par acte du 10 août 2021, I._____, désormais représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a reproché à l'OAI, respectivement au SMR, de ne pas avoir pris en compte l'incapacité de travail retenue par l'expert V._____ dans une activité adaptée. Elle a contesté la valeur probante de l'expertise de la Dre E._____, pour les motifs soulevés par le Dr W._____ et la psychologue J._____ dans leur rapport du 18 mars 2021 et au motif qu'elle s'écartait, sans l'expliquer, de l'appréciation des médecins traitants.

Par réponse du 4 octobre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant que l'experte E._____ expliquait de façon claire et étayée pourquoi elle ne suivait pas le point de vue de l'expertise du Centre d'expertise M._____ et celui du psychiatre traitant.

Le 25 octobre 2021, la recourante a confirmé ses conclusions.

b) Par courrier du 6 mai 2022, la juge instructrice a informé les parties qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire et que celle-ci serait confiée au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ni la recourante (déterminations du 16 mai 2022), ni l'OAI (déterminations du 17 mai 2022) ne s'y sont opposés.a

Le Dr Q._____ a rencontré l'assurée à trois reprises et s'est entretenu plusieurs fois au téléphone avec elle, avant de rendre son rapport le 3 août 2022. Il a posé les diagnostics de trouble état de stress post-traumatique (F43.1), compliqué d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01). L'assurée était totalement incapable de travailler dans toute activité, vraisemblablement depuis le 26 octobre 2016, même si la psychopathologie actuelle de l'intéressée n'était devenue patente qu'au début de l'année 2018. L'incapacité de travail était probablement fixée pour une longue durée et le pronostic était réservé. L'expert Q._____ a

également examiné les diagnostics retenus par le Centre d'expertise M. _____ dans le rapport d'expertise du 21 août 2018, par l'experte E. _____ dans son rapport du 6 mai 2020 ainsi que par le Dr W. _____ dans ses rapports.

Le 12 août 2022, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à compter du 1^{er} octobre 2017, au vu des conclusions du Dr Q. _____.

Le 1^{er} septembre 2022, l'OAI, se référant à un avis du SMR du 29 août 2022, a adhéré aux conclusions de l'expert.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 23 juin 2021, de sorte que c'est à ce dernier qu'il est fait référence au sein du présent arrêt (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).

3. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne

assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. L'OAI a admis une incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse, tout en reconnaissant une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'économie du rachis lombaire. Il s'est fondé principalement sur l'expertise psychiatrique de la Dre E. _____ ainsi que sur les conclusions des experts V. _____ et C. _____. La recourante conteste pour sa part la valeur probante de l'expertise de la Dre E. _____ et reproche à l'OAI de s'être fondé uniquement sur cette expertise, à l'exclusion de tous les autres rapports et notamment celui de l'expert V. _____ concernant ses atteintes rhumatologiques.

a) Sur le plan rhumatologique, le SMR a adhéré aux conclusions des experts rhumatologues du Centre d'expertise M._____, constatant que l'assurée souffrait de cervico-dorso-lombo-sciatalgies chroniques et de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire. Ces diagnostics concordent avec ceux posés par les experts du Centre d'expertise M._____. Alors que le Dr V._____ posait les diagnostics de cervico-dorso-lombosciatalgies chroniques et des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire, le Dr C._____ retenait quant à lui ceux de cervicalgies chroniques avec discopathies C5-C6, C6-C7, de lombalgies chroniques avec discopathies L4-5, L5-S1 et d'épicondylite médiale bilatérale avec calcification du versant inférieur et tendinopathie des muscles épicondyliens médiaux. Ces diagnostics correspondent également à ceux retenus par la Dre B._____ dans son rapport du 16 mai 2017. Un syndrome du tunnel carpien a par ailleurs été diagnostiqué mais a finalement été évalué comme étant léger, au moyen d'une IRM, et sans influence sur la capacité de travail.

Au demeurant, tous les médecins ont relevé des limitations fonctionnelles similaires d'épargne du rachis, à savoir le port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements en antéflexion du tronc ou en porte-à-faux et les mouvements répétitifs des membres supérieurs (cf. expertise du 19 mai 2017 du Dr V._____, volet somatique de l'expertise du 21 août 2018 réalisé par le Dr C._____, rapport du 16 mai 2017 de la Dre B._____).

Il n'est ainsi pas contesté que l'activité habituelle de vendeuse n'est plus exigible, ni le fait qu'une activité adaptée le soit sur le plan physique. Seule la date à laquelle l'activité adaptée est exigible demeure litigieuse. A ce propos, la recourante se réfère à l'appréciation de l'expert V._____ qui a retenu qu'une capacité de travail dans une activité adaptée était à faire valoir trois mois après une rééducation intensive du dos et une IRM. L'expert V._____ ne justifie toutefois pas son appréciation sur ce point. Celle-ci n'apparaît au contraire pas justifiée au regard des autres constatations de l'expert, à savoir de l'état stationnaire de l'assurée depuis six mois, au jour de l'expertise, et du fait que les

troubles disco-dégénératifs n'expliquaient pas la globalité des symptômes. L'intéressée réalisait au demeurant déjà des mouvements en protection du rachis. L'appréciation du Dr V. _____ ne saurait donc être suivie. Cela se justifie d'autant plus au vu des autres rapports médicaux au dossier. La Dre B. _____, médecin traitante de l'assurée préconisait, en mai 2017 déjà, une reprise progressive d'une activité adaptée (cf. rapport du 16 mai 2017). Le Dr C. _____ estimait quant à lui que l'activité adaptée pouvait être exercée de suite, au vu de ses constatations cliniques et des activités quotidiennes que l'assurée réalisait alors. On observera qu'en 2017, lorsque le Dr V. _____ a procédé à son examen, l'assurée était déjà en mesure de réaliser ces mêmes activités quotidiennes qui respectaient ses limitations fonctionnelles (cf. rapport initial de réadaptation du 22 mai 2017). Cela corrobore donc l'évaluation du SMR selon laquelle une activité adaptée a toujours été exigible.

Vu ce qui précède, l'appréciation rhumatologique du SMR qui se fonde sur l'expertise du Dr V. _____ et le volet en médecine interne de l'expertise du 21 août 2018 du Dr C. _____ peut être confirmée.

b) Sur le plan psychiatrique, l'OAI a pris la décision de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Le volet psychiatrique de l'expertise du Centre d'expertise M. _____, qui avait été requise par G. _____, ne pouvait en effet pas se voir conférer une pleine valeur probante, au vu des incohérences qu'il contenait. L'expert F. _____ du Centre d'expertise M. _____ avait posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère (F32) et de probable trouble mixte de la personnalité, et considéré que la recourante était totalement incapable de travailler. Il avait retenu que l'assurée avait des capacités adaptatives limitées, alors même que ses activités quotidiennes, ses activités physiques et sa vie sociale étaient fournies et laissaient apparaître de nombreuses ressources. L'expert avait de surcroît pris en compte des facteurs non médicaux dans l'appréciation de la capacité de travail, tels que l'âge ou la longue expérience professionnelle auprès d'un unique employeur.

aa) C'est dans le but de pallier ces manquements que l'OAI a mis en œuvre une expertise qu'il a confiée à la Dre E._____. Or, il apparaît que le rapport d'expertise de la Dre E._____ ne remplit pas non plus les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante, comme cela sera exposé au considérant suivant. En particulier, l'anamnèse établie par l'experte E._____ présentait des incohérences avec celle établie par l'expert F._____ du Centre d'expertise M._____. En outre, le seul diagnostic retenu - au demeurant non incapacitant - s'opposait aux diagnostics posés par les autres médecins psychiatres. Compte tenu de ces circonstances, la juge instructrice a ordonné une expertise judiciaire qu'elle a confiée au Dr Q._____, de manière à lever les doutes relatifs à l'état de santé de la recourante.

bb) Afin d'établir son rapport, le Dr Q._____ a pris soin de rencontrer l'assurée à plusieurs reprises. Il a précisé que, comme de nombreux graves traumatisés psychiques, l'assurée avait eu besoin de beaucoup parler dans la mesure où elle s'était sentie écoutée. L'anamnèse s'était avérée difficile à établir, avec de multiples confusions de dates et des informations parcellaires qui se complétaient par la suite, comme cela s'observait chez les sujets victimes de traumatismes psychiques extrêmes de longue durée. Il a expliqué que si l'assurée paraissait anormalement détachée par rapport à son histoire lors des deux premiers entretiens, elle s'était livrée lors du dernier car il « posait les bonnes questions ». Ce faisant, le Dr Q._____ a pu établir une anamnèse détaillée et rectifier les inexactitudes contenues dans les deux précédentes expertises notamment concernant la filiation et les abus subis durant l'enfance de la part d'hommes de sa famille. Il a notamment précisé que l'assurée avait été abusée, non pas par son père biologique, mais par le mari de sa mère qui l'avait reconnue comme sa fille et qui avait fait de la prison pour des faits de vols, viol(s), violences et séquestration. Il a également exposé avec précision le parcours professionnel de l'assurée, lequel était jusqu'alors imprécis. Il a relaté que l'assurée avait rencontré les premiers problèmes au travail au milieu des années 2000, d'abord en raison d'un nouveau chef qui la mettait de côté - ce qui l'avait conduite à avoir des idées suicidaires, puis de la supérieure hiérarchique suivante qui avait monté

ses collègues contre elle - ce qui avait fait ressurgir les actes de maltraitance subis durant l'enfance sous forme de flashback et de rêves répétitifs. Au milieu des années 2010, l'assurée avait rencontré des problèmes avec son nouveau chef et avait été mutée sur son dernier site de travail où ses tâches étaient devenues plus physiques. A cette période, l'assurée a rapporté une symptomatologie anxieuse et dépressive, un sentiment d'être épiée, des flashes visuels, un tentamen avec un somnifère et trois amorces de se précipiter contre un arbre avec sa voiture.

Se fondant sur la base de cette anamnèse détaillée et fouillée, ainsi que sur ses constatations cliniques, le Dr Q._____ a retenu trois diagnostics. Il a d'abord posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Il a constaté que l'assurée présentait les symptômes typiques de cette atteinte, soit de la tristesse, de la fatigabilité anormale, une perte d'intérêt et de plaisir depuis plusieurs mois, une diminution de l'estime de soi, des difficultés à penser et à se concentrer, des troubles du sommeil et un ralentissement général. L'épisode était qualifié de moyen, ce qu'attestait également le résultat du test d'évaluation de la dépression réalisé le 12 juillet 2022 (score de 26 à l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton). Le trouble dépressif était récurrent ; l'anamnèse allait dans le sens d'épisodes dépressifs multiples jusqu'en 2018, avec des phases de rémission.

Le Dr Q._____ a encore retenu le trouble panique avec agoraphobie (F40.01). L'assurée avait vécu un épisode d'attaque de panique en 2016 ou 2017 dans le métro, caractérisé par une montée brusque d'anxiété, des palpitations, une sensation d'étouffement, des sudations, des fourmillements. L'expert a aussi retenu des récurrences sous forme d'attaques paucisymptomatiques liées aux indices des traumatismes dont l'assurée avait été victime, ainsi que des gênes dans certaines situations de foule et de confinement amenant l'intéressée à mettre fin à des courses par exemple. Au vu de ces éléments, le Dr Q._____ a considéré que le tableau anxieux présenté par l'assurée atteignait le seuil du diagnostic de trouble panique avec agoraphobie, même s'il n'était pas sévère.

Le Dr Q. _____ a enfin posé le diagnostic de trouble état de stress post-traumatique (F43.1), l'assurée en présentant les trois catégories de signes (intrusions, évitement persistant et activation neurovégétative (hyperéveil)). Tout d'abord, les abus sexuels réitérés pendant des années constituaient certainement un traumatisme grave et de nature à produire des troubles psychiques chez la plupart des victimes. L'assurée avait pu présenter des troubles dans son enfance ou adolescence, sans qu'il n'y ait des preuves de cela. L'expert a expliqué qu'il arrive toutefois que le tableau clinique réapparaisse ou apparaisse à l'âge adulte, à l'occasion de nouveau traumatisme et l'assurée rapportait une symptomatologie typique de ce trouble. Elle présentait des intrusions sous formes de souvenirs, pensées et rêves répétés, des flashbacks fréquents et des manifestations neurovégétatives. Elle relevait également des conduites d'évitement par rapport aux traumas initiaux, évitait d'en parler si on ne lui « posait pas les bonnes questions ». Elle présentait aussi un degré d'émoussement affectif, se tenant à distance, se sentant coupée des autres. Elle rapportait aussi une activité neurovégétative avec une irritabilité, des difficultés à se concentrer, une tendance à être sur ses gardes et à sursauter facilement. Ces éléments typiques du trouble de stress post-traumatique permettaient de retenir ce diagnostic, lequel était confirmé par les résultats au test de PCL-S (score de 71/85 pour un seuil diagnostic fixé à 41/85). Le Dr Q. _____ a qualifié ce trouble de chronique et sévère, il avait été réactivé par les problèmes professionnels qui avaient amené au licenciement survenu en 2017. L'assurée n'avait jamais été totalement asymptomatique avant cela, adoptant des stratégies d'évitement et d'hypervigilance.

Le Dr Q. _____ s'est également prononcé sur les diagnostics retenus par les médecins et experts avant lui. Il a ainsi indiqué que le probable trouble mixte de la personnalité, retenu par les experts du Centre d'expertise M. _____ devait être exclu ; en dépit de ses souffrances, l'assurée avait bien fonctionné durant des années dans son parcours personnel et socio-professionnel. Au vu de son évolution, l'assurée n'avait pas présenté ce trouble mais bien un état de stress post-

traumatique évoluant à bas bruit. Ce diagnostic aurait pu être détecté si l'expert du Centre d'expertise M. _____ s'était intéressé davantage aux abus subis durant l'enfance, le rapport d'expertise contenant à cet égard des inexactitudes quant au père biologique, respectivement le beau-père de l'assurée. Les appréciations des praticiens se rejoignent en revanche quant au diagnostic de trouble dépressif. Le psychiatre traitant, le Dr W. _____, avait également retenu le diagnostic de trouble dépressif. Il avait ajouté ceux de trouble panique et trouble état de stress post-traumatique. Le Dr Q. _____ a précisé que le trouble panique était une comorbidité typique qui confirmait le stress post-traumatique. Leurs avis se rejoignent donc.

Le Dr Q. _____ a également longuement expliqué les raisons pour lesquelles l'appréciation de l'experte E. _____ ne pouvait être suivie. Il a d'abord indiqué que le trouble de l'adaptation, retenu par la Dre E. _____, est une désignation diagnostique limitée dans le temps. L'assurée présentait au demeurant un tableau clinique plus grave que ce que désigne un trouble de l'adaptation. La Dre E. _____ a ainsi sous-estimé la situation, ce qui pouvait s'expliquer par la réalisation d'un seul entretien - en tout état de cause insuffisant - ainsi que par l'absence d'approfondissement de certains aspects de la vie de l'assurée amenant à des inexactitudes dans l'anamnèse. En outre, si la Dre E. _____ a bien recherché les plaintes de l'assurée, elle a conclu à tort à une discordance entre les plaintes et ses constatations cliniques. Elle a ainsi fait fi de l'appréciation de la médecin traitante de l'assurée, qui la décrivait comme volontaire, et du Dr V. _____, qui ne mentionnait aucune surcharge psychologique ni retrouvait aucun signe de Waddell dans son rapport du 19 mai 2017. La distance dont a fait preuve l'assurée envers la Dre E. _____ est en revanche typique du trouble état de stress post-traumatique, caractérisé par un sentiment de détachement d'autrui, un émoussement affectif ou des épisodes dissociatifs. L'assurée a elle-même indiqué au Dr Q. _____ qu'il « posait les bonnes questions » lors du troisième entretien au cours duquel elle s'est livrée. L'assurée confirme ainsi qu'elle évite d'aborder les traumatismes qu'elle a vécus, ce qui n'a rien d'atypique dans un cas comme le sien selon le Dr Q. _____.

W._____, psychiatre traitant, avait d'ailleurs indiqué que l'assurée avait une tendance à l'évitement et que c'était grâce à la relation de confiance tissée que le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait pu être détecté (rapport du 18 mars 2021). Or, la Dre E._____ n'en a pas tenu compte, ni même contacté le praticien, ce qui confirme le caractère incomplet de son rapport. La Dre E._____ a en outre relevé les symptômes caractéristiques de l'épisode dépressif, soit la tristesse, la fatigabilité, la diminution d'intérêt et de plaisir, des problèmes de mémoire et de concentration, une baisse de l'estime de soi et des troubles du sommeil, sans le retenir. Les ressources qui subsistaient chez l'assurée n'étaient à cet égard pas incompatibles avec un épisode dépressif et un état de stress post-traumatique. Le Dr Q._____ a ajouté qu'il était également erroné d'affirmer que le traitement était de peu d'importance, au vu de la prise en charge intégrée de l'assurée qui est suivie par un psychiatre qui gère la médication psychotrope, un psychothérapeute qu'elle consulte toutes les semaines et une assistante sociale. L'absence de suivi psychologique de l'assurée durant l'enfance ne saurait en outre être interprété comme l'absence de symptôme. Le Dr Q._____ a expliqué à cet égard qu'il arrive que les victimes ne présentent pas de troubles psychiques post-traumatiques spécifiques mais des troubles anxieux, dépressifs ou des somatisations. L'expression des symptômes après traumatismes chez les enfants peut également différer de celle de l'adulte, ce qui rend le diagnostic difficile à poser.

Vu ce qui précède, le rapport d'expertise de la Dre E._____ est entaché d'erreurs et d'inexactitudes, de sorte qu'il ne saurait se voir conférer une quelconque valeur probante. Au contraire, celui du Dr Q._____ est le résultat d'une analyse fouillée et détaillée et remplit les réquisits jurisprudentiels en matière d'expertise. L'expert Q._____ s'est en effet livré, en sus de l'analyse susmentionnée, à l'examen des ressources de l'assurée. Il a relevé que si l'assurée participait aux activités de la vie quotidienne et à la tenue du ménage, elle avait développé un sévère évitement anxieux du monde du travail et s'était montrée authentiquement mal à l'éventualité d'une reprise d'activité. Ces éléments ont fait douter l'expert de l'aptitude de l'assurée à vivre seule et

autonome ainsi qu'à reprendre une activité. Le rapport d'expertise du Dr Q. _____ est ainsi probant et peut être suivi.

c) En conséquence, il y a lieu de retenir que sur le plan psychique l'assurée est totalement incapable de travailler, dans toutes activités et ce de manière durable, depuis le 26 octobre 2016. Le 26 octobre 2016 marque ainsi le début du délai d'attente d'un an. A l'échéance de ce délai, soit le 26 octobre 2017, son incapacité est toujours totale. Son degré d'invalidité est par conséquent de 100 % et donne droit à une rente entière d'invalidité. Dès lors que la demande de prestations a été déposée dans les six premiers mois de l'incapacité de travail, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} octobre 2017 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

7. **a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est accordée à I. _____ à partir du 1^{er} octobre 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 23 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est accordée à I. _____ avec effet au 1^{er} octobre 2017.
- 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 I. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour I. _____),
- 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 :