

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Silva assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 28, 29 al. 1 et 3 LAI ; 45 LPGA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...] à [...], est deux fois divorcée (en [...] et en [...]) et mère d'une enfant née en [...]. Sans formation professionnelle, elle a exercé différents emplois de 1986 à 1989 avant de suivre une formation d'un an dans le domaine de [...] aux [...] où elle a ensuite travaillé comme [...] à 50 % de 1994 à 2000. Après un bref retour en Suisse pendant lequel elle a travaillé comme [...] à 50 % à [...] pendant 6 mois en 2001, elle est retournée vivre aux [...] de 2001 à 2018.

Depuis son retour en Suisse en septembre 2018, elle a bénéficié de l'aide sociale (revenu d'insertion, ci-après : RI) et le Centre social régional de [...] a fait une demande de détection précoce à l'assurance-invalidité (AI) le 14 janvier 2019. A la suite d'un entretien le 4 mars 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a établi un rapport initial de détection précoce en date du 8 avril 2019 dont il ressort que :

« L'assurée, d'origine Suisse, a vécu vingt ans aux [...]. Elle est revenue en août 2018 et s'est inscrit au RI après un séjour au Centre de [...].

Madame a un suivi psychiatrique depuis sa plus tendre enfance. Elle avait des problèmes pour suivre à l'école et a beaucoup redoublé. Selon ses dires, elle n'était pas suffisamment intelligente et sa mère avait honte d'elle. Elle n'a jamais fait une formation et a suivi sa mère aux [...].

Madame s'est marié là-bas, a eu une fille et a divorcé après deux ans. Elle touchait une rente d'invalidité suite à un accident de la route. Elle n'a jamais travaillé aux [...].

En revenant en Suisse, elle a paniqué durant une escale à Londres et a perdu tous ses papiers. Elle est restée bloquée à Londres durant quatre jours et a pu rejoindre la Suisse par la suite. (...)

Aspects émotionnels, comportement :

Très angoissée. L'assurée est partie de chez elle à 6h du matin de peur d'arriver en retard. »

L'assurée a ensuite déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 avril 2019, dans laquelle elle a fait état des atteintes à la santé suivantes : « douleurs du dos, asthme, allergie, incontinence urinaire, atteintes articulaires, troubles visuels, vertiges,

problèmes dentaires, dépression, léger retard mental, problèmes digestifs » et a indiqué être en incapacité de travail depuis l'enfance.

Dans un rapport du 19 juin 2019 à l'attention de l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis décembre 2018, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de probables troubles cognitifs présents depuis l'enfance et troubles psychiques probablement secondaires à des mauvais traitements dans l'enfance. Il a exposé que l'assurée faisait de l'asthme avec les pollens, qu'elle avait eu un accident de voiture en 2013 des suites duquel elle continuait de souffrir et que les cicatrices dues à une opération des seins étaient devenues douloureuses. Ses plaintes actuelles concernaient des maux de dos chroniques, soit des douleurs lombaires qui s'exacerbaient avec les efforts et se calmaient après une heure de repos mais sans irradiation dans les membres inférieurs ainsi que des omalgies gauche apparues depuis un an avec des limitations touchant surtout l'élévation et l'abduction. Ce médecin a relevé, au niveau des limitations fonctionnelles, que sur le plan somatique, la patiente ne pouvait avoir qu'une activité sédentaire épargnant le dos et les épaules et que sur le plan psychique et cognitif, il fallait demander l'avis de son psychiatre. Enfin, il n'a attesté aucune incapacité de travail.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2019 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 22 janvier 2019 toutes les six semaines environ. Il a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de troubles spécifiques mixtes du développement (F83) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il a attesté une incapacité de travail totale dans toutes les activités. Il a exposé que l'assurée souffrait depuis l'enfance de problèmes psychiques notamment dus à une intelligence limite et que compte tenu de grosses difficultés scolaires, elle avait bénéficié d'un suivi psychologique pendant sa scolarité. Il a précisé que si elle avait pu suivre une formation de [...], elle n'avait jamais pu maintenir une place de travail. Enfin, il a relevé que le [...], l'assurée avait été victime d'un viol violent. S'agissant de son pronostic sur la capacité de

travail, le Dr L._____ a indiqué qu'il était défavorable, l'assurée n'ayant jamais pu avoir une activité professionnelle.

Par communication du 2 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il considérait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Le 15 juin 2020, l'OAI a adressé un courrier aux Drs L._____ et J._____ pour leur demander des renseignements complémentaires à la suite d'un avis du Dr C._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) du même jour.

Le Dr L._____ a, par courrier du 26 juin 2020, expliqué qu'il n'y avait aucun changement dans l'état de l'assurée depuis son dernier rapport et que sa capacité de travail restait nulle sans possibilité de suivre des mesures professionnelles. De plus, le pronostic était défavorable à long terme au vu de la chronicité de la situation.

Par courrier du 2 juillet 2020, l'assurée a transmis à l'OAI le nom de son nouveau médecin traitant et a expliqué avoir rempli un questionnaire d'examen en vue de tests urologiques en mentionnant que c'était très fatigant pour elle du fait que ce questionnaire devait être précis. Elle a également exposé se sentir isolée sans son assistant social et sa gestionnaire RI avec qui les contacts étaient difficiles pour elle du fait qu'ils devaient se faire par internet.

Le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée depuis le mois d'octobre 2019, a retenu, dans un rapport du 14 septembre 2020 adressé à l'OAI, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble spécifique mixte du développement et de la personnalité, de dysthymie, d'incontinence mixte urinaire et, depuis 2017, de scapulalgies gauches. Il a indiqué une fragilité émotionnelle, une tendance à l'interprétation négative des interactions sociales, une mention récurrente à de nombreuses violences

sexuelles et un désir de grossesse à 54 ans. Il a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 10 octobre 2019, date du début de son suivi et une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée depuis le 14 septembre 2020. L'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : compréhension et concentration limitées, quotient intellectuel (QI) probablement bas ou limite, croyances et contact interpersonnels particuliers. A cet écrit était annexé un rapport du 13 décembre 2011 du [...] relatif à l'insertion d'une sonde d'interstimulation en lien avec des problèmes d'incontinence urinaire.

Par avis SMR du 4 janvier 2021, le Dr Z. _____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrie et médecine interne) afin d'éclaircir le début de l'incapacité de travail durable et les retombées fonctionnelles des atteintes à la santé somatique et psychique. Cette expertise a été confiée au X. _____ (ci-après : le X. _____) à [...].

La Dre D. _____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dre I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à un examen clinique de l'assurée les 8 et 15 mars 2021. Aux termes de leur rapport du 21 juin 2021, plus particulièrement de leur évaluation consensuelle, elles ont écarté tout diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Elles ont retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'excès pondéral, de status après réduction mammaire bilatérale, de syndrome douloureux chronique et de fonctionnement intellectuel inférieur à la norme avec immaturité psychosociale. S'agissant plus particulièrement de l'expertise psychiatrique, la Dre I. _____ a indiqué ce qui suit :

« 6.7 Évaluation médicale et médico-assurantielle du point de vue psychiatrique

Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'expertisé(e), y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

La personne assurée est âgée de 55 ans, originaire de [...], arrivée en Suisse à l'âge d'un an. Elle est repartie aux [...] dès l'âge de 26 ans, la personne assurée a été mariée deux fois et divorcée deux fois. Mère d'une fille âgée de 26 ans. Elle est détentriche d'une formation d' [...] aux [...], elle a travaillé dans ce domaine plus de 25 ans.

La personne assurée est revenue vivre en Suisse en 2018, en lien avec des difficultés socio-économiques aux [...].

La personne assurée, a présenté des difficultés d'apprentissage dans l'enfance. Elle est connue du milieu psychiatrique et est suivie ponctuellement depuis l'âge de 36 ans et de façon plus régulière depuis sa venue en Suisse en aout 2018 par un médecin psychiatre, à raison d'une fois par mois. Madame bénéficie d'un traitement du sommeil en réserve et d'un antidépresseur auquel elle se dit peu compliante.

Madame n'a pas bénéficié de mesure de curatelle aux [...], ni en Suisse.

Depuis 2018, la personne assurée bénéficie de l'aide sociale.

C'est une personne assurée qui vaque à ses occupations quotidiennes, elle est en recherche d'autonomie et d'indépendance, elle fait des formations tel qu'un atelier d'informatique et suit un stage d'éveil, dans le cadre de l'aide sociale afin de gagner en autonomie.

Au total le diagnostic retenu ce jour est en lien avec une immaturité affective. Et des traits de personnalité pathologique ne rentrant pas dans le cadre d'un diagnostic de trouble de la personnalité pathologique.

Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Suivie auprès d'un médecin psychiatre. Mise sous traitement psychotrope.

Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes subjectives sont en corrélation avec l'évaluation objective de ce jour et le dossier médical.

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Facteurs ressource : la personne assurée a su demander de l'aide aux services sociaux. Elle a travaillé plus de 25 ans dans le domaine de la [...].

Facteurs de surcharge : la situation socio-économique de la personne assurée.

Si l'on se réfère au canevas de la mini-CIF-APP (Instrument d'Évaluation des Aptitudes Psychiques) :

C'est une personne assurée qui a des capacités de déplacement, elle s'est déplacée en bus, elle a son permis de conduire et n'a pas de voiture en Suisse.

L'hygiène et les soins corporels ne sont pas altérés. Il s'agit d'une assurée qui sait prendre soin de sa personne.

Madame a des activités spontanées. Elle accepte de se rendre au centre social, de demander de l'aide aux assistantes sociales. Et d'accéder à des ateliers de formation et de soutien.

Madame est capable d'évoluer au sein d'un groupe, ce qui est le cas actuellement dans son groupe d'éveil et le groupe de travail en informatique, elle en intègre les règles et s'y adapte.

Madame a un bon sens du contact avec des tiers. Elle entre aisément en contact avec autrui.

Madame a de bonnes capacités à s'affirmer. Elle est capable de défendre ses convictions, elle est capable de demander de l'aide.

Madame présente de bonnes capacités d'endurance.

Madame présente des capacités de jugement dans la norme et de décision dans la norme.

Madame sait faire usage de compétences spécifiques.

Malgré une certaine lenteur, Madame est capable de s'adapter à des règles.

Dans des situations changeantes, elle est capable de se montrer adaptable et flexible. Madame est capable de planifier et de structurer des tâches et d'anticiper des actions, tel que les rendez-vous, elle a demandé du soutien et son assistante sociale l'a guidée et cela lui a permis d'arriver à l'heure à l'entretien.

Madame est capable de s'adapter à des règles et des routines ce qui est le cas dans ses activités quotidiennes. »

A ce rapport d'expertise était annexé un rapport du 9 avril 2021 de la psychologue V._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, selon lequel l'examen neuropsychologique avait mis en évidence un fonctionnement intellectuel global à la limite inférieure de la norme (QIT = 80).

Par avis SMR du 8 juillet 2021, le Dr Z._____ a indiqué que les expertes devaient à nouveau être interrogées dès lors qu'elles ne retenaient aucun diagnostic incapacitant tout en considérant que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était nulle au moins depuis 2018 et que dans une activité adaptée, elle était envisageable uniquement dans une activité répétitive et simple accompagnée en atelier protégé. Se posait également la question de la diminution de la capacité de travail basée sur le contexte psychosocial de l'assurée ainsi que sur une immaturité liée à un fonctionnement intellectuel global inférieur à la norme sans diagnostic de retard mental, ni de diagnostic retenu au plan psychique.

En date du 27 septembre 2021, la Dre D._____ a répondu aux questions de l'OAI de la manière suivante :

« Quelle atteinte à la santé physique et psychique retenez-vous justifiant cette diminution de la capacité de travail :

L'activité habituelle de l'expertisée est celle d'[...], activité qu'elle n'a pas été capable d'effectuer à moyen terme. L'examen neuropsychologique démontre un fonctionnement intellectuel inférieur à la norme, des performances inférieures à la norme de la compréhension et de la planification, de même que des difficultés de cognition sociale. Même si les mesures faites lors de l'examen, ne permettent pas de poser un diagnostic de retard mental, le comportement de l'expertisée lors de tentatives de réinsertion ou d'activité en atelier ont échoué. Il n'y a pas d'altération somatique définie qui puisse démontrer cette inaptitude à maintenir une activité suivie responsable, même simple. Toutefois l'anamnèse et l'évolution de l'expertisée dans « la vraie vie » sociale tendent à confirmer le retard global.

Quelles sont alors les limitations fonctionnelles objectives, d'ordre strictement médical, selon une approche biomédicale ?

Il n'y a donc pas d'incapacité somatique à effectuer un travail simple, mais bien une incapacité de fournir de façon suivie un travail même simple. Par contre, une activité encadrée assistée répétitive et simple semble possible telle que celle d'un atelier protégé.

Comment mesurer sur le plan biomédical, ces limitations ?

C'est probablement les limites de l'examen neuropsychologique chez cette personne qui ne me permette pas de répondre de façon objective

Si vous considérez qu'il n'y a effectivement pas de diagnostic incapacitant, pouvons-nous en conclure par conséquent que la capacité de travail est entière dans toute activité depuis toujours ?

Il n'y a en effet pas de diagnostic somatique incapacitant démontrable sur le plan d'une atteinte organique.

Pourtant il est évident qu'il y a une incapacité totale à l'activité habituelle de cette expertisée, comme le démontre l'anamnèse et les tests neuropsychologiques. Par contre, selon l'examen neuropsychologique qui mesure une inaptitude ou des limites inférieures à la norme dans les tests effectués, il est possible qu'une capacité de travail entière soit possible dans une activité adaptée, encadrée, simple et répétitive.

La question se pose donc de savoir comment définir le droit aux prestations via l'AI ou les assurances sociales. Je comprends qu'en l'absence de diagnostic formel de retard mental, il n'y a pas d' « invalidité ». Toutefois la situation réelle s'apparente clairement à celle d'un retard mental, même s'il n'a pas été possible de le « quantifier » formellement. »

Toujours en date du 27 septembre 2021, la Dre I. _____ a répondu aux questions de l'OAI de la manière suivante :

« Si vous considérez que la capacité de travail est diminuée, conformément aux conclusions de votre expertise : Quelles atteintes à la santé physique ou psychique retenir, justifiant cette diminution de capacité (diagnostics incapacitants) ?

D'un point de vue strictement psychiatrique, aucune

Voir page 29 du rapport d'expertise :

- Diagnostics incapacitants : Aucun.
- Diagnostics non-incapacitants : Aucun.

Quelle sont alors les limitations fonctionnelles objectives, d'ordre strictement médicales, selon une approche biomédicale ?

Nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle incapacitante.

Lire page 33 du rapport d'expertise au point 6.5 :

Limitations fonctionnelles, capacité de travail, réadaptation : Sensibilité au stress. Une limitation retenue non incapacitante.

Si vous considérez qu'il n'y a effectivement pas de diagnostic incapacitant, pouvons-nous en conclure par conséquent que la capacité de travail est entière dans toute activité depuis toujours ?

La réponse est oui. La CT au motif strictement psychiatrique est retenue entière de toujours. »

Dans un avis du 27 octobre 2021 faisant suite aux questions complémentaires posées aux expertes, le SMR est arrivé à la conclusion suivante :

« **Discussion :**

Il ressort de la lecture de ces documents que cette assurée présente, selon toute vraisemblance, une immaturité affective. Ces traits ne remplissent toutefois pas les critères diagnostic CIM-10 d'un trouble de la personnalité. Elle présente un fonctionnement intellectuel global à la limite inférieure de la norme (QIT 80), sans qu'il s'agisse d'un retard mental. Ces éléments ont probablement favorisé un parcours de vie socio-économiquement précaire. Aucun diagnostic incapacitant n'est retenu par les experts, ni sur le plan psychiatrique ni sur le plan strictement somatique. Des ressources sont encore existantes et mobilisables par l'assurée, telles que décrites dans l'expertise selon le canevas de la mini-CIF-APP.

L'expert interniste apprécie la CT dans le contexte psychosocial de l'assurée, sortant du champ biomédical. Cette appréciation est clairement contredite par l'évaluation de l'expert psychiatre. Au terme de son évaluation, ce dernier ne retient aucune LF psychiatrique et juge la CT entière depuis toujours. Cette évaluation se base sur un entretien approfondi, ainsi qu'un bilan neuropsychologique. Il discute par ailleurs également les diagnostics annoncés par le psychiatre traitant, à savoir une dysthymie, des troubles spécifiques mixtes du développement et un trouble de la personnalité sans précision. Il ne retrouve objectivement pas les critères CIM-10 permettant de retenir ces diagnostics. Au quotidien, l'assurée s'occupe d'elle-même et de l'entretien de son appartement. Elle participe aux ateliers d'éveil et d'informatique organisés par le service social. Selon une approche biomédicale, nous en venons à la conclusion que la CT est effectivement entière de toujours, dans son activité d'[...], comme dans une activité adaptée. »

Dans un projet de décision du 1^{er} novembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser de prester au motif que, selon ses investigations médicales, la capacité de travail était entière depuis toujours dans l'activité d'[...] comme dans une activité adaptée.

Il ressort d'un rapport du 3 décembre 2021 du Dr P. _____ médecin assistant à la Consultation de médecine générale d'[...] que l'assurée souffrait d'une gonalgie bilatérale probablement mécanique.

Par courrier du 13 décembre 2021, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a contesté le projet de décision du 1^{er} novembre 2021. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du 21 juin 2021 comportait des contradictions et incohérences entre les pièces médicales versées au dossier, ses dires et les conclusions de l'experte et que sa valeur probante ne pouvait pas être admise en l'état. Elle a également relevé l'absence d'instruction complémentaire de l'OAI sur certains points.

Par décision du 14 décembre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2021 dont il a repris la motivation avant de finalement annuler cette décision par courrier du 16 décembre 2021 au motif qu'il n'avait pas pu prendre connaissance des objections de l'assurée avant de rendre sa décision.

Par avis du 13 janvier 2022, le SMR a estimé que le rapport du Dr P. _____ du 3 décembre 2021 ne mettait pas en évidence de signes d'arthrose, ni d'inflammation et qu'en l'état, il n'y avait pas d'arguments pour une atteinte à la santé ostéoarticulaire notable et durablement incapacitante. Il a rappelé qu'au terme de l'expertise du 21 juin 2021, aucune atteinte à la santé incapacitante n'avait été retenue tant sur le plan somatique que psychiatrique et que l'expert interniste avait apprécié la capacité de travail dans le contexte psychosocial de l'assurée sortant du champ biomédical. En définitive, il a exposé n'avoir pas matière à modifier son appréciation.

Par décision du 28 janvier 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, confirmant son projet du 1^{er} novembre 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 que l'expertise médicale avait une pleine valeur probante et que l'avis du Dr P. _____ ne

contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de cette expertise.

B. Par acte du 7 mars 2022, Q._____, sous la plume de son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Elle a fait valoir que la détermination du revenu sans atteinte à la santé faisait défaut et que l'OAI aurait dû appliquer les barèmes pour une personne qui n'a pas pu acquérir de formation professionnelle. S'agissant de l'expertise du 21 juin 2021, elle a argué du fait que soit cette expertise avait une valeur probante et dans ce cas aucune activité hormis celle en ateliers protégés n'était possible, soit elle n'était pas claire ou contradictoire ce qui justifiait une instruction complémentaire. La recourante a joint à son recours un rapport médical du 3 mars 2022 du Dr L._____ qui a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), de trouble spécifique mixte du développement (F83) et de trouble de la personnalité (F60) et a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 22 janvier 2019 (et avant) en précisant qu'il n'existait aucune activité adaptée. Il a exposé que la recourante présentait un déficit cognitif et émotionnel important, une coupure de la relation avec sa famille, une incapacité d'apprentissage rudimentaire d'informatique et une relation chaotique avec les marginaux qui l'exploitaient tout en relevant qu'elle avait subi un viol. Il a encore indiqué être perplexe qu'une psychiatre soit passée à côté de troubles cognitifs évidents.

Par décision du 10 mars 2022, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure et de toute franchise mensuelle avec effet au 7 mars 2022.

Par réponse du 4 avril 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours en reprenant les arguments avancés dans son courrier du 28 janvier 2022.

Le 5 mai 2022, la recourante a confirmé ses conclusions.

C. Par courrier du 23 juin 2022, la juge instructrice a informé les parties qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire et que celle-ci serait confiée au Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ni l'OAI (déterminations du 11 juillet 2022), ni la recourante (déterminations du 13 juillet 2022) ne s'y sont opposés. Le Dr M._____ s'est en outre adjoint les services du neuropsychologue T._____, ce dont les parties ont été informées par courrier du 9 août 2022.

Par courrier du 10 octobre 2022, la recourante a transmis au Dr M._____ une copie d'un rapport établi le 17 août 2022 par le Prof. B._____, N._____ et F._____, respectivement médecin associé et psychologues au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier [...] retenant comme diagnostic un trouble spécifique mixte du développement et une notion d'intelligence limitée dans l'enfance.

Dans son rapport du 8 novembre 2022, le Dr M._____ a posé, sur la base de son analyse ainsi que sur celle du neuropsychologue T._____, dont il a joint le rapport du 27 octobre 2022, les diagnostics d'accès hyperphagiques (*binge eating disorder*) (F50.8), de trouble dépressif persistant (F34.1), de trouble anxiété généralisée (F41.1) et de trouble neurodéveloppemental non spécifié (F89). Au titre de ses conclusions, il a retenu les éléments suivants :

« C. Synthèse, pronostic et conclusions »

En conclusion, Mme Q._____ est une femme de 57 ans qui est deux fois divorcée et mère d'une fille avec laquelle elle n'a plus de contacts. Elle vit seule et son réseau social est réduit à sa portion congrue.

Les antécédents sont ceux d'une enfance carencée et maltraitée sur le socle d'un grave trouble neurodéveloppemental. L'intéressée a eu des difficultés scolaires et n'a acquis une formation professionnelle de [...] qu'à

grande peine aux [...]. Dans les faits, elle admet qu'elle a le plus souvent travaillé comme [...] à temps partiel et qu'elle n'a jamais réussi à vivre de son travail. Elle a bénéficié du soutien économique de sa mère, transitoirement de sa sœur et de la contribution d'entretien de son ex-époux, jusqu'à ce que sa fille ait pris son autonomie.

Sur le plan personnel, le parcours a été chaotique avec deux mariages et deux divorces et des hommes qui l'ont maltraitée. Actuellement, l'intéressée dit vivre seule. Elle garde une relation platonique avec une « connaissance » qu'elle considère comme un soutien. Elle est très isolée.

L'anamnèse personnelle psychiatrique est lourde avec un tentamen médicamenteux à 12 puis un autre à 20 ans, un sentiment de mal-être général validé par ce qui va s'avérer être un trouble anxieux généralisé, un trouble dépressif persistant, le trouble des accès hyperphagiques (binge eating disorder) qui est souvent le marqueur d'une grave psychopathologie comorbide, comme c'est le cas ici. L'intéressée a dû être l'objet d'une prise en soins spécialisée depuis longtemps. Ses troubles se sont aggravés au milieu des années 2000.

Pour le soussigné, l'expertise du X. _____ de [...] du 21 juin 2021 est passée à côté de la grave psychopathologie de Mme Q. _____. L'anamnèse psychiatrique est incomplète. Le rapport contient des contradictions incompréhensibles. Le soussigné n'a pas non plus l'impression qu'il y ait eu une concertation entre les expertes en cause, sachant qu'il manque une conclusion commune qui démontrerait une compréhension partagée de la problématique de l'assurée. Il ne peut dès lors se rallier à l'appréciation diagnostique et de la capacité de travail de l'intéressée de cette expertise du 21 juin 2021, qui est aussi en décalage total de ce qu'ont rapporté les médecins traitants de Mme Q. _____.

Quoi qu'il en soit, le soussigné considère que l'incapacité de travail de Mme Q. _____ dans sa dernière activité, diminution de rendement comprise, remonte à l'âge de 18 ans. Elle a vraisemblablement été de 70% depuis lors et jusqu'au milieu des années 2000.

Pour l'expert, l'état de santé psychique de Mme Q. _____ s'est dégradé par la suite. L'intéressée n'a vraisemblablement plus travaillé dans l'économie normale depuis le milieu des années 2000 (et peut-être depuis l'année 2005), période où sa sœur cadette l'a conduite en urgence chez un psychiatre. Le soussigné est convaincu que depuis lors l'incapacité de travail psychiatrique, diminution de rendement comprise, est de 100%. Ce 100% est vraisemblablement fixé pour une longue durée.

Le soussigné n'a pas d'activité adaptée ni de mesures professionnelles à proposer dans ce cas. La prise en soins actuelle paraît adéquate tant en qualité qu'en quantité, compte-tenu de ce qu'il est possible de mettre en place dans un tel cas. Le pronostic est mauvais. »

Par déterminations du 24 novembre 2022, la recourante a confirmé ses conclusions en ce sens qu'elle a droit à une rente entière dès septembre 2019 au vu des conclusions du Dr M. _____.

L'OAI s'est déterminé le 5 décembre 2022 en renvoyant à un avis SMR établi le 22 novembre précédent par le Dr Z. _____, dont il ressort ce qui suit :

« **Discussion :**

Concernant l'expertise psychiatrique judiciaire du 8.11.22, le diagnostic principal retenu par le Dr M. _____ est le trouble neuro-développemental non spécifié, avec comme comorbidité essentielle le trouble anxiété généralisée. Les autres diagnostics n'ont pas d'incidence significative sur la CT (Dysthymie F34.1 ; Autres troubles de l'alimentation F50.8). Comme indiqué dans le rapport d'expertise, il n'y a pas de véritable différence d'appréciation diagnostique entre ce que retient le Dr M. _____ et ce que diagnostiquent les médecins de l'intéressée. L'expert se distancie par contre de l'expertise du X. _____ du 21.6.21 et s'en explique en p. 18 à 22. Nous comprenons que le Dr M. _____ estime la CT nulle dans toute activité, et fixe le début de l'IT durable à l'âge de 18 ans. Les limitations énoncées concernent la majoration des difficultés neurocognitives et relationnelles en situation de stress. Si nous n'observons pas de manquements sévères dans cette expertise, nous notons toutefois que l'appréciation finale de la CTAA (0%) est assez éloignée de celle faite par le neuropsychologue M. T. _____ (100% avec une perte de rendement de 40%). Nous comprenons que cette dernière ne prend en compte que le volet neuropsychologique sans y intégrer les diagnostics psychiatriques. Toutefois au final, l'atteinte principale à la santé qui engendre les limitations fonctionnelles les plus importantes correspond au trouble neuropsychologique léger à moyen et se retrouve sous la nosologie de trouble neuro-développemental non spécifié. A la lecture de l'expertise, on s'attend à une CTAA résiduelle dans une activité manuelle simple et répétitive, n'impliquant pas de stress, ni de fréquents contacts interpersonnels, ce qui n'est finalement pas le cas. »

En droit :

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 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 des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations déposée le 5 avril 2019.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 28 janvier 2022. Le Dr M. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès les années 2000 (p. 27 du rapport du 8 novembre 2022). Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance au plus tôt au mois d'octobre 2019, au terme du délai d'attente de six mois (art. 29 al. 1 LAI) depuis le dépôt de la demande de prestations du 5 avril 2019. Il serait ainsi soumis aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 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. a) 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui

auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. En l'espèce, l'intimé a nié à la recourante tout droit à une rente au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il s'est fondé principalement sur l'expertise réalisée par le X. _____ en procédure administrative à la suite de laquelle les expertes ont écarté tout diagnostic incapacitant dans leur rapport du 21 juin 2021.

a) Sur le plan somatique, l'experte D. _____ a retenu, à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, un excès pondéral, un status après réduction mammaire bilatérale, un syndrome douloureux chronique et un fonctionnement intellectuel inférieur à la norme avec immaturité psychosociale. Elle a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et que, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, une activité accompagnée en atelier protégé, répétitive et simple paraissait envisageable (pp. 10-11 de l'expertise du 21 juin 2021).

b) aa) Sur le plan psychiatrique, les pièces versées au dossier ne permettent pas de déterminer le diagnostic présenté par la recourante, ni sa capacité de travail. En effet, les médecins traitants de l'assurée ne se sont pas déterminés sur le début de l'incapacité de travail durable ou les retombées fonctionnelles des atteintes. Le Dr L._____, qui suit la patiente depuis le 22 janvier 2019, a posé les diagnostics de dysthymie, de trouble spécifique mixte du développement et de trouble de la personnalité (sans précision) et a attesté une incapacité totale de travail dans toutes les activités avec un pronostic défavorable à long terme au vu de la chronicité de la situation (rapport du 1^{er} juillet 2019 et courrier du 26 juin 2020). Quant au Dr W._____, médecin traitant de la recourante, il a retenu, sans autre précision, les diagnostics de trouble spécifique mixte du développement et de la personnalité, de dysthymie, d'incontinence mixte urinaire et, depuis 2017, de scapulalgies gauches et a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 10 octobre 2019 et d'une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée dès le 14 septembre 2020 (rapport du 14 septembre 2020).

bb) C'est dans le but de pallier ces manquements que l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire dont le volet psychiatrique a été confiée à la Dre I._____. Or, il apparaît que le rapport d'expertise de cette dernière ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans tant il est truffé d'éléments contradictoires. Pour commencer, la Dre I._____ a indiqué que l'assurée avait travaillé dans le domaine de [...] pendant plus de 25 ans. Or, rien au dossier ne permet d'attester une telle durée. Les informations disponibles tendent au contraire à démontrer que la recourante n'a pu travailler que quelques années, vraisemblablement de 1994 à 2000 en tant qu'[...]. Ensuite, l'experte a indiqué que la recourante présentait des antécédents psychiatriques personnels depuis ses 36 ans en lien avec des difficultés familiales et des difficultés psychosociales importantes et qu'elle était suivie de façon ponctuelle en milieu psychiatrique depuis cet âge tout en écartant de façon péremptoire tout antécédent psychiatrique avant cet âge (pp. 30-31 de l'expertise du 21 juin 2021). Or, il ressort de plusieurs pièces du dossier que la recourante a présenté des troubles psychiques depuis son enfance (demande de

prestations du 5 avril 2019, rapport initial de détection précoce du 8 avril 2019, rapport du 19 juin 2019 du Dr J. _____ et rapport du Dr L. _____ du 1^{er} juillet 2019). A cet égard, l'experte a elle-même relevé que l'intéressée avait un retard de langage et avait dû parler avec les mains lorsqu'elle avait commencé l'école faisant l'objet de moqueries de ses camarades (p. 24 de l'expertise du 21 juin 2021). La neuropsychologue V. _____ a souligné, dans son rapport du 9 avril 2021, l'existence de vraisemblables troubles cognitifs depuis l'enfance et des troubles psychiques secondaires à des mauvais traitements dans l'enfance. S'agissant du sommeil, l'experte a indiqué que la recourante se couchait à 21h30 pour se réveiller à 7h30 tout en exposant que celle-ci était traitée par son médecin psychiatre pour des troubles du sommeil et qu'elle avait fait état de réveil matinal précoce (pp. 21-23 de l'expertise du 21 juin 2021). Ensuite, la Dre I. _____ a retenu que l'assurée avait des ressources, qu'elle vaquait à ses occupations quotidiennes en étant en recherche d'autonomie et d'indépendance. En se référant au canevas de la mini-CIF-APP, l'experte a indiqué que l'assurée disposait de capacités de déplacement, qu'elle savait prendre soin de sa personne, qu'elle avait des activités spontanées, qu'elle était capable d'évoluer au sein d'un groupe, qu'elle avait un bon sens du contact envers des tiers, qu'elle avait de bonnes capacités à s'affirmer, à se montrer flexible et adaptable ainsi que des capacités d'endurance, de jugement et de décision dans la norme, qu'elle savait faire usage de compétences spécifiques et qu'elle était capable, malgré une certaine lenteur, de s'adapter à des règles et des routines. Or, ces conclusions ne peuvent qu'étonner au vu de la situation de l'assurée. En effet, il faut d'abord relever que cette dernière est très isolée, ce que l'experte a pourtant elle-même mentionné dans son rapport en indiquant que l'assurée avait peu de relations aux [...] (p. 13 de l'expertise du 21 juin 2021) et n'avait pas de ressource sociale ni relationnelle (p. 18 de l'expertise du 21 juin 2021). De plus, elle n'a que de rares contacts avec sa fille qui est restée aux [...] (cf. rapport initial du 8 avril 2019). En ce qui concerne le contact avec les autres, l'assurée perçoit l'environnement comme hostile et les gens comme méchants (pp. 21 et 22 de l'expertise du 21 juin 2021). Elle est entourée uniquement par les personnes du social ce qui lui convient parfaitement dès lors qu'elle ne

supporte pas les contacts avec autrui (p. 26 de l'expertise du 21 juin 2021). A cet égard, il ressort d'un courrier de l'assurée du 2 juillet 2020 qu'elle se sentait isolée en l'absence de contact avec son assistant social et sa gestionnaire RI. L'experte a encore indiqué que l'assurée avait décrit avoir régulièrement fait l'objet d'abus de confiance, n'être pas très rusée et ne pas comprendre la méchanceté des gens (p. 28 de l'expertise du 21 juin 2021). Selon la neuropsychologue V._____, les résultats relatifs à la cognition sociale n'étaient pas bons (p. 42 de l'expertise du 21 juin 2021). La Dre I._____ a encore indiqué une capacité de déplacement alors même que l'assurée a obtenu un permis de conduire limité à 20 km/h aux [...] au bout du 3^{ème} essai (p. 41 de l'expertise du 21 juin 2021), qu'elle n'a pas de voiture et ne se sent pas capable de conduire sur les grandes routes (p. 15 de l'expertise du 21 juin 2021). Ses déplacements se limitent à un environnement qu'elle connaît, son psychiatre étant à un arrêt de bus de chez elle (p. 26 de l'expertise du 21 juin 2021). Pour certaines activités, l'assurée doit s'y préparer longtemps à l'avance et avec du soutien (p. 22 de l'expertise du 21 juin 2021), notamment pour se rendre à l'expertise depuis la gare où son assistante sociale lui avait préparé un plan écrit (p. 26 de l'expertise du 21 juin 2021) ou lorsqu'elle part à 6h du matin pour un rendez-vous prévu à 10h à Vevey (rapport initial de détection précoce du 8 avril 2019). A cet égard, on peut relever que l'assurée avait paniqué lors d'une escale à Londres pendant son vol de retour en 2018 (rapport initial de détection précoce du 8 avril 2019). S'agissant de sa capacité à prendre soin d'elle, il faut constater que l'assurée ne se fait pas à manger, s'alimente mal avec uniquement des plats tout prêts sans horaire précis (pp. 15 et 23 de l'expertise du 21 juin 2021). Pour ce qui est des activités spontanées et de la capacité à évoluer dans un groupe, les seules activités de l'assurée se résument à des ateliers mis en place par des psychiatres et des psychologues (p. 25 de l'expertise du 21 juin 2021). Enfin, il ressort du rapport d'expertise qu'il existe un fonctionnement global intellectuel inférieur à la norme entraînant une immaturité psychosociale qui limite toute responsabilité et toute exécution pratique satisfaisante sans un accompagnement constant (pp. 9 et 12 de l'expertise du 21 juin 2021), l'assurée n'ayant pas la compétence d'assumer seule une responsabilité, même d'une tâche simple telle que de se faire à manger ou organiser ses

besoins essentiels sans accompagnement (p. 10 de l'expertise du 21 juin 2021). Seule une activité accompagnée en atelier protégé, répétitive et simple paraissait envisageable (p. 11 de l'expertise du 21 juin 2021) mais qui devait être accompagnée pour obtenir un travail suivi (p. 18 de l'expertise du 21 juin 2021), attitude semblant non évolutive et sans espoir de « guérison » (p. 17 de l'expertise du 21 juin 2021). A cet égard, on peut relever que la recourante a souvent exercé des activités professionnelles de courte durée, étant souvent renvoyée après quelques mois (p. 13 de l'expertise du 21 juin 2021 et rapport du 1^{er} juillet 2019 du Dr L. _____).

Au vu de ce qui précède, il est pour le moins surprenant que les expertes n'aient retenu aucun diagnostic incapacitant, ce que n'a d'ailleurs pas manqué de relever le SMR qui, par avis du 8 juillet 2021, a établi un questionnaire complémentaire à leur soumettre. Si la Dre Nicolet a, dans ses réponses du 27 septembre 2021, indiqué que la situation de la recourante s'apparentait clairement à un retard mental, la Dre I. _____ s'est, de son côté, contentée de renvoyer aux conclusions de l'expertise sans les étayer, ni les motiver. Au final, il y a lieu de retenir que les conclusions auxquelles parvient la Dre I. _____, en tant qu'elles sont exposées de façon péremptoire, ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse cohérente et complète, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. On peut en outre relever que le Dr L. _____ a, dans son rapport du 3 mars 2022, indiqué être perplexe qu'une psychiatre soit passée à côté d'un trouble cognitif évident. Compte tenu de ces circonstances, la juge instructrice a ordonné une expertise judiciaire qu'elle a confiée au Dr M. _____.

c) aa) Les constats précités ont été confirmés par l'expert M. _____, lequel a exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait pas se rallier aux conclusions du rapport d'expertise de la Dre I. _____ du 21 juin 2021 (pp. 18-22 du rapport d'expertise du 8 novembre 2022). Il a d'abord indiqué que cette dernière n'avait pas retenu le trouble d'accès hyperphagique (*binge eating disorder*) et n'avait pas mené les

investigations complémentaires que ce trouble impliquait. Il a exposé que l'anamnèse psychiatrique était incomplète et que la gravité de la problématique psychiatrique de la recourante, qui était chronique et sévère, n'avait pas été appréciée correctement par la Dre I._____. Il a ajouté que celle-ci n'avait pas effectué de tests psychologiques alors qu'il aurait été judicieux de recourir à des instruments psycho-diagnostiques pour ce cas complexe. Ensuite, les conclusions de la Dre I._____ étaient excessivement éloignées de celles des médecins traitants de la recourante sans toutefois que l'experte psychiatre n'ait pris contact au moins avec le psychiatre traitant pour comprendre et corriger ce qui devait l'être. L'expert M._____ a également estimé que les conclusions de l'experte psychiatre concernant l'incapacité de travail de l'intéressée étaient à l'opposé de celles des médecins traitants sans aucune argumentation convaincante, ni prise de contact avec lesdits médecins. A cet égard, l'expert a relevé que sa consœur n'avait pas investigué l'anamnèse professionnelle de l'assurée de façon détaillée. Enfin, il a constaté que le rapport du X._____ contenait une incohérence étonnante par sa dimension et portant sur le point central de l'expertise, à savoir l'appréciation des ressources et de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Selon lui, on se trouvait face à une « juxtaposition des avis parfois contradictoires des consœurs D._____ et I._____ » et il manquait au rapport « la conclusion commune qui démontrerait une compréhension partagée de la problématique de l'assurée et qui constitue le cœur de toute expertise pluridisciplinaire ».

bb) Afin d'établir son rapport, le Dr M._____ a eu au minimum cinq entretiens avec la recourante (deux consultations au cabinet et trois entretiens téléphoniques) et s'est basé sur une évaluation neuropsychologique effectuée le 27 octobre 2022 par le neuropsychologue T._____, un entretien de synthèse avec ce dernier, ainsi que sur un entretien téléphonique avec le Dr L._____, psychiatre traitant de l'assurée. Il a pu exposer avec précision le parcours professionnel de l'assurée (pp. 5-6 du rapport du 8 novembre 2022), lequel était jusqu'alors imprécis. A cet égard, il a relaté que la recourante avait dû redoubler deux à trois années scolaires et qu'elle avait eu des difficultés relationnelles

tant avec ses pairs qu'avec les enseignants. Elle avait ensuite voulu se diriger vers la profession d'hôtesse de l'air, puis d'assistante dentaire sans y parvenir notamment à cause de conflit avec respectivement une autre élève, puis une collègue. Elle s'est ensuite dirigée vers la profession de [...] mais sans trouver d'emploi en Suisse où elle a alors fait de « petits boulots » avant de partir pour les [...] où elle a eu beaucoup de peine à se faire une clientèle. Une fois de retour en Suisse en 1999, elle a travaillé quelques mois à 50 % chez [...] à [...] avant d'être placée en tant que patrouilleuse scolaire. En 2000, elle est retournée aux [...] pour se rapprocher de sa fille et a à nouveau travaillé dans [...] toujours avec un revenu insuffisant et avec des tâches de type lessive et nettoyage des salons. L'expert a encore indiqué que la recourante n'avait plus été capable de travailler depuis le milieu des années 2000 et vraisemblablement depuis 2005 quand sa sœur cadette l'avait conduite en urgence chez un psychiatre tellement elle allait mal.

S'agissant plus particulièrement des diagnostics, le Dr M. _____ a tout d'abord posé le diagnostic d'accès hyperphagique (*binge eating disorder*) (F50.8). Il a expliqué que ce trouble était diagnostiqué s'il y avait des épisodes d'accès hyperphagiques, soit une absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à la normale avec le sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise. Ces accès étaient notamment accompagnés d'un sentiment de dégoût de soi-même, de dépression, de culpabilité et de détresse marquée, les sujets mangeant seuls pendant les crises. Dans le cas d'espèce, ce trouble pouvait être retenu dès lors que la recourante avait expliqué se « remplir » d'aliments de toutes sortes un jour sur deux depuis de très nombreuses années jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus manger ni boire et qu'elle soit prise d'une envie de vomir tout en se sentant mal psychologiquement avec un sentiment de perte de contrôle, de culpabilité et une mauvaise estime de soi.

Le Dr M. _____ a également retenu un trouble dépressif persistant (F34.1) dès lors que le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) avait considérablement modifié la classification

des troubles affectifs en définissant une nouvelle entité diagnostique de trouble dépressif persistant réunissant les troubles définis dans le DSM-IV en tant que dysthymie et en tant qu'épisode dépressif majeur chronique. Ainsi, la recourante rapportait un tableau dépressif de peu de sévérité depuis des années comprenant un abaissement anormal de l'humeur et une fatigabilité excessive et, dans une moindre mesure, une diminution de l'intérêt et du plaisir. Il a précisé que ces symptômes étaient inconstants et allaient notamment de pair avec une diminution de l'estime de soi et des troubles du sommeil sans notion d'épisode dépressif majeur ni de récurrence de tels épisodes.

L'expert a encore retenu le diagnostic de trouble anxiété généralisée (F41.1) dès lors que la recourante se plaignait de soucis excessifs touchant sa situation d'« handicapée », ses performances, son rôle social et son avenir et qu'ils étaient notamment accompagnés d'irritabilité, de tension musculaire parfois douloureuse, de difficultés de concentration et de la fréquente sensation d'être à bout.

Le Dr M._____ a enfin posé le diagnostic de trouble neurodéveloppemental non spécifié (F89) au terme d'un bilan complet et des résultats de l'examen neuropsychologique circonstancié avec mesure du quotient intellectuel de Genève. Il a notamment indiqué que la recourante avait eu des problèmes scolaires suivi d'un parcours personnel et professionnel chaotique. Elle n'avait jamais obtenu de formation certifiée en Suisse, ni véritablement validé sa formation aux [...] où elle avait davantage été employée comme [...] ou aide de ménage. L'expert a encore relevé qu'à « l'unique exception de l'expertise du X._____ à [...], qui ne pose pas de diagnostic psychiatrique stricto sensu, tous les collègues intervenus au dossier notent une problématique développementale avec une psychopathologie comorbide significative. »

Au chapitre de la cohérence, l'expert M._____ a considéré que la recourante n'était ni théâtrale, ni exagérément plaintive, qu'elle ne majorait pas ses symptômes, qu'elle se montrait toujours authentique et qu'il n'y avait pas d'indice de simulation. Il a expliqué que le trouble

neurodéveloppemental constituait le socle de la psychopathologie et des limitations de la recourante répertoriées dans les conclusions de l'examen neuropsychologique, à savoir des difficultés relationnelles, des difficultés de mémoire, une limitation de la capacité d'apprentissage et à suivre une formation nouvelle ainsi qu'un ralentissement attentionnel (p. 10 de l'examen du neuropsychologue T. _____ du 27 octobre 2022).

cc) S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'expert a estimé que l'incapacité de travail dans la dernière activité, diminution de rendement comprise, était de 70 % depuis ses 18 ans, puis de 100 % depuis le milieu des années 2000, voire peut-être depuis 2005 dans toutes activités. On peut relever ici que le neuropsychologue T. _____ a retenu une totale capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité manuelle simple et répétitive, avec une baisse de rendement de 40 %. Il a cependant précisé que cette activité simple et répétitive était adaptée du strict point de vue neuropsychologique sans tenir compte de limitations d'autres types. Or, le Dr M. _____ a indiqué, au chapitre des ressources, que la recourante était très pauvre en flexibilité et en capacités adaptatives et qu'en situation de stress, elle avait de gros problèmes pour planifier et structurer ses tâches, analyser une situation et prendre les décisions pertinentes et pour faire usage de ses compétences spécifiques nécessitant alors une supervision totale. Toujours en situation de stress, elle pouvait se montrer difficile et intolérante et s'affirmer de façon inadéquate, motif pour lequel elle avait eu des difficultés relationnelles majeures dans sa vie professionnelle. L'expert a précisé que les problèmes relationnels étaient graves et que la recourante était nettement moins endurente que tout un chacun (p. 24 du rapport du 8 novembre 2022). Le Dr M. _____ a encore indiqué que les problèmes relationnels et de dépendance s'étaient majorés et que l'intéressée s'était montrée insupportable à l'atelier informatique et qu'elle n'avait pas plus tenu à l'atelier [...]. Très infantile, elle continuait à se laisser entraîner dans des situations où elle était utilisée voire maltraitée (p. 27 du rapport du 8 novembre 2022). Elle n'était pas apte à intégrer durablement un atelier protégé, même à temps partiel et sans exigence de rendement. Au final, le Dr M. _____ a conclu en disant que la

recourante n'était vraisemblablement plus supportable dans le premier marché du travail et qu'il n'avait aucune activité adaptée à proposer dans le cas d'espèce, expliquant ainsi la différence d'appréciation de la capacité de travail entre le neuropsychologue T._____ et le Dr M._____.

dd) Le rapport du 8 novembre 2022 est le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il comporte une anamnèse complète (antécédents familiaux, antécédents personnels et socioprofessionnels, vie privée, antécédents médicaux, etc...), fait état des plaintes exprimées par la recourante, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués *lege artis* sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction. Après une discussion de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, y compris le rapport d'expertise du X._____, ce rapport procède d'une appréciation clairement motivée de la situation par un spécialiste confirmé et de conclusions parfaitement convaincantes. Ainsi, le rapport du Dr M._____ qui est le résultat d'une analyse fouillée et détaillée remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 5b *supra*).

ee) Il résulte de ce qui précède que les constatations du Dr M._____, émises au terme d'un rapport probant, établissent au degré de vraisemblance prépondérante que la recourante présente les diagnostics d'accès hyperphagiques (*binge eating disorder*), de trouble dépressif persistant, de trouble d'anxiété généralisée et de trouble neurodéveloppemental non spécifié qui entraînent une incapacité de travail totale dès 2005 à tout le moins. Vu la demande déposée le 5 avril 2019, la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2019, compte tenu d'un délai de carence de six mois depuis le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI).

7. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que Q._____ a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2019.

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) aa) Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. SVR 2013 IV n° 1 p. 1 [9C_13/2012] du 20 août 2012 consid. 3 ; consid. 3 non publié aux ATF 139 V 225 de l'arrêt 8C_984/2012 du 6 juin 2012). Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité.

Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura

laissé ouvertes une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4).

bb) En l'occurrence, les contradictions du rapport d'expertise (mise en œuvre par l'intimé) établi le 21 juin 2021 par les Dres D. _____ et I. _____ ont amené le Dr Z. _____ du SMR (avis médical du 8 juillet 2021) à les réinterroger. A ce stade, le SMR a finalement conclu qu'aucun diagnostic incapacitant n'avait été retenu par les experts et que des ressources, telles que décrites dans l'expertise selon le canevas de la mini-CIF-APP étaient encore existantes et mobilisables. Il a également relevé que l'appréciation de l'expert interniste était clairement contredite par l'évaluation de l'experte psychiatre. Dans ces circonstances, le SMR aurait dû porter un regard beaucoup plus critique sur l'évaluation de la Dre I. _____ tant les contradictions de ce document étaient évidentes et importantes (notamment consid. 6 b)bb) *supra*), constat d'ailleurs confirmé par l'expert M. _____ (pp. 18-22 du rapport d'expertise du 8 novembre 2022).

cc) Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'expertise dont les carences ne pouvaient être que manifestes au regard de la complexité de la situation médicale de la recourante mise en évidence par ses médecins traitants. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative.

Dans ces conditions, il est justifié de mettre la totalité des frais de l'expertise judiciaire, soit [6'949 + 1'537.50 =] 8'486 fr. 50, à la charge de l'intimé.

d) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA) qu'il convient de fixer à 2'000 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 mettre à la charge de l'office intimé.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 28 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Q._____ a droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} octobre 2019.
- 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. Les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de 8'486 fr. 50 (huit mille quatre cent huitante-six francs et cinquante centimes), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ la somme de 2'000 fr. (deux 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 :

- Procap, Service juridique (pour Q._____),
- 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 :

