

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Wiedler, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 43 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'assistante de propriété par étage à 80% auprès de [...] du 1^{er} mai 2022 au 28 février 2023, date de son licenciement.

Elle a présenté une incapacité totale de travail dès le 18 novembre 2022, attestée par la Dre Z._____, médecin spécialiste en médecine interne générale. F._____SA (ci-après : [...]), assureur perte de gain maladie, a versé des prestations sous la forme d'indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2023.

L'assurée a débuté un suivi auprès de G._____, psychologue et psychothérapeute, au mois de janvier 2023.

Par courrier de son conseil du 1^{er} mai 2023 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a requis d'être mise au bénéfice de mesures professionnelles.

Cette requête a été suivie par une demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'assurée le 15 mai 2023. Elle a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 18 novembre 2022 en raison d'un trauma complexe avec dissociation, précisant que ces atteintes existaient depuis son enfance/adolescence.

Répondant le 16 juin 2023 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 80%.

Le 22 juin 2023, l'OAI a réceptionné le dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie, qui comprenait notamment les pièces suivantes :

- Un rapport médical initial complété par la Dre Z._____ le 17 janvier 2023, retenant le diagnostic de stress post-traumatique complexe

F 43.22), installé progressivement et insidieusement depuis la fin de l'été 2022. L'assurée avait déjà été traitée pour de tels troubles en 2021-2022. Selon cette médecin, l'activité lucrative actuelle était trop anxiogène.

- Un rapport d'expertise psychiatrique établi le 21 avril 2023 par le Dr P._____, médecin spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie. Le Dr P._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'une intensité encore légère à moyenne (F 33.0), précisant qu'il existait formellement depuis l'adolescence, l'épisode actuel se manifestant depuis l'automne 2022. Ce trouble dépressif récurrent s'était manifesté étiologiquement sur la base d'un trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F 60.31), qui s'était développé depuis l'adolescence et était formellement à diagnostiquer depuis l'âge adulte. Le pronostic de l'expert était incertain, mais il a estimé qu'en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités, l'intéressée pouvait reprendre le travail immédiatement à 30% de son taux d'emploi de 80%, avec une augmentation à 50% de son taux d'emploi de 80% dès le 1^{er} juin 2023 au plus tard, puis à 80% de son taux de 80% dès le 1^{er} août 2023, pour enfin retrouver une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2023, dans l'activité exercée jusqu'à présent et dans tout autre métier correspondant à son âge et sa formation.

Dans un rapport de l'OAI complété le 21 juin 2023, la Dre Z._____ a estimé la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à « probablement 0% ». Elle a joint à son envoi un rapport de G._____, dont elle validait totalement le contenu. Il en résultait que leur patiente souffrait de trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), de troubles alimentaires (6B81), de trouble dépressif récurrent (6A71) et de troubles dissociatifs à symptômes neurologiques (6B60). Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés relationnelles, des difficultés dans la gestion des émotions, de la difficulté à maintenir un rythme diurne/nocturne, une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation et un trouble de l'attention et de la concentration. La capacité de travail était nulle et le pronostic réservé.

Il résulte d'un rapport d'examen psychologique réalisé le 15 septembre 2023 par L._____, psychologue et psychothérapeute, que le tableau présenté par l'assurée rendait compte d'un fonctionnement de la pensée marqué du registre prépsychotique. Les caractéristiques du registre état-limite venaient en quelque sorte colmater un soubassement davantage archaïque caractérisé par des craintes persécutoires contre lesquelles l'intéressée mettait en place un système défensif organisé autour d'une extrême prudence, de la dévitalisation et de défenses de l'axe maniaque.

Dans un rapport de l'OAI complété le 7 novembre 2023, le Dr Q._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait l'assurée à une fréquence mensuelle, en sus des consultations hebdomadaires auprès de G._____. Il a évoqué les différents suivis psychiatriques initiés et a attesté une incapacité totale de travail de novembre 2022 à fin août 2023. Il a constaté un état dépressif avec une diminution de la concentration, une baisse de l'estime de soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, une envie de disparaître, une perturbation du sommeil, une diminution du plaisir, des idées suicidaires non-scénarisées fluctuantes et des angoisses massives très invalidantes. Les diagnostics retenus étaient un état anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et un trouble spécifique mixte de la personnalité (traits prépsychotique et anxieux) (F 61.0). L'incapacité de travail était de 80% a minima, une amélioration étant probablement envisageable dans les semaines, mois ou années à venir. Anamnestiquement, sa patiente avait eu de nombreux problèmes relationnels sur son lieu de travail en lien avec son trouble mixte de la personnalité, ayant occasionné de fréquentes absences. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était quasiment nulle, au maximum de 20%, lissé sur la semaine. Les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient des difficultés relationnelles à répétition dans le cadre du travail, une hostilité ou une agressivité ressenties par l'assurée, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de

décompensation. Une réorientation ou une réinsertion devait selon lui être envisagée.

Par projet de décision du 10 janvier 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte durable à sa santé et qu'elle n'était pas entravée dans l'exercice d'une activité professionnelle.

L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet. Elle a en particulier fait valoir que les importantes atteintes à sa santé justifiaient de lui reconnaître une incapacité de travail de 70% et qu'une mesure de réinsertion aurait dû lui être accordée.

Par décision du 11 mars 2024, l'OAI a maintenu son refus d'octroi de mesures professionnelles et d'une rente en faveur de l'assurée. Se fondant sur l'expertise du Dr P._____, il a considéré que l'intéressée était capable de retravailler à 100% dès le 1^{er} octobre 2023 au plus tard dans l'activité habituelle, de sorte qu'il se justifiait de lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

B. Par acte du 29 avril 2024, A._____, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a en substance fait valoir que le rapport d'expertise de l'assureur perte de gain sur lequel s'était fondé l'OAI était dénué de force probante. Elle a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ainsi que la tenue d'une audience de débats publics.

Par décision du 14 mai 2024, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 avril 2024, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Par réponse du 27 juin 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a estimé qu'aucun reproche ne pouvait être fait à l'expertise réalisée par le Dr P._____. Le refus de prestations était ainsi fondé puisque la recourante n'avait pas présenté d'incapacité de travail et de gain significative pendant une année au moins. À l'appui de son écriture, il a produit le dossier constitué par ses soins ainsi qu'un avis du 11 juin 2024 de la Dre T._____, médecin praticienne auprès du D._____ (ci-après : [...]), duquel il ressort notamment que l'expertise du Dr P._____ présente tous les critères de qualité requis et est convaincante. L'appréciation du Dr Q._____ n'apportait pas de nouveaux éléments ; il décrivait plutôt le même état de santé que l'expert, caractérisé principalement par un trouble de la personnalité. En présence de constats similaires concernant les atteintes présentées par l'assurée, la Dre T._____ ne voyait pas de raison de s'écarter des conclusions expertales.

La recourante a répliqué le 22 juillet 2024, relevant que la Dre T._____, médecin généraliste, ne disposait pas des qualifications nécessaires pour se prononcer sur sa santé psychique. Il n'existait en outre aucune activité sur le marché de l'emploi correspondant à ses limitations fonctionnelles. Elle a expliqué qu'elle avait toutefois été contrainte de débiter une nouvelle activité professionnelle en raison de la situation financière intenable dans laquelle elle se trouvait. Elle allait travailler en qualité de gérante d'immeuble auprès d'une régie immobilière _____ dès _____ le 5 août 2024. Les pièces suivantes étaient annexées à son écriture :

- Un rapport du Dr Q._____ du 13 mai 2024, diagnostiquant un état anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un trouble spécifique mixte de la personnalité (traits prépsychotiques et anxieux) (F61.0). Les

symptômes étaient une diminution de la concentration, une baisse de l'estime de soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une diminution du plaisir, des idées suicidaires non-scénarisées fluctuantes et des angoisses massives très invalidantes. À cela s'ajoutaient des décompensations régulières, depuis l'adolescence, en raison du trouble de la personnalité. Les pathologies dont souffrait sa patiente rendaient la reprise d'une activité professionnelle impossible sur le moyen et le long terme. Sa capacité de travail était de maximum 20%. Il convenait de se distancier de l'appréciation du Dr P._____, celle-ci n'étant pas assez précise, ni assez sombre, car le trouble de la personnalité présenté par l'assurée, de type mixte et comprenant des traits prépsychotiques et anxieux, ne lui permettait pas de travailler. Les troubles de la personnalité ne faisaient qu'influencer négativement la thymie, l'intéressée pouvant présenter de longues périodes dépressives d'intensité sévère. Le pronostic était incertain, voire sombre.

- Un contrat de travail de durée indéterminée du 11 juillet 2024 conclu avec N._____SA.

L'intimé a confirmé ses conclusions par duplique du 27 août 2024, à laquelle était annexé un rapport de la Dre T._____ du D._____, expliquant que le Dr Q._____ et l'expert P._____ décrivaient un état de santé identique qu'ils appréciaient différemment. Le nouveau rapport du Dr Q._____ ne remettait pas en cause l'expertise, qui répondait aux critères de qualité et se fondait sur les indicateurs standards.

La recourante s'est spontanément déterminée le 11 novembre 2024, produisant un rapport de la psychologue G._____ du 6 novembre 2024, duquel il ressort qu'elle est atteinte d'un trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), d'un trouble dissociatif de l'identité partiel (6B65), de troubles dissociatifs à symptômes dissociatifs (6B60), d'amnésie dissociative (56B61) et de trouble de dépersonnalisation-déréalisation (6B66), associés aux comorbidités suivantes : troubles alimentaires, frénésie alimentaire (6B82), dépendance à l'alcool, rémission complète prolongée (6C40.24), troubles anxieux : trouble d'anxiété

généralisée (6B00), agoraphobie (6B02), trouble de l'anxiété sociale (6B04), nombreuses maladies somatiques, suspicion d'un trouble du spectre autistique sans trouble du développement intellectuel et sans altération du langage fonctionnel (6A42). G._____ a en particulier fait état de nombreuses maltraitances physiques et psychologiques dont l'assurée avait été victime durant son enfance et son adolescence. En raison de ces atteintes, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : des difficultés relationnelles avec hostilité et/ou agressivité et une capacité réduite d'affirmation de soi, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés dans la reconnaissance de l'intensité de sa symptomatologie, une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, des difficultés de concentration, une hypersensibilité sensorielles (auditive et visuelle) et une très grande fatigabilité. G._____ a précisé que la mentalité de guerrière de sa patiente, ainsi que les stratégies d'hypo-activation et de dissociation lui permettaient de masquer et de compenser pendant un temps l'intensité de sa symptomatologie post-traumatique, de donner l'apparence de fonctionner adéquatement et de répondre pendant un temps aux exigences relationnelles d'un milieu de travail. Cela avait toutefois un coût extrêmement important, conduisant à des effondrements périodiques. Elle a confirmé que l'assurée était, depuis deux ans, en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle et dans toute autre activité, en raison de la nature de sa symptomatologie centrée sur ses difficultés, voire handicaps relationnels. Le pronostic était incertain.

Le 6 décembre 2024, l'OAI a produit un nouvel avis du D._____ daté du 26 novembre 2024. La Dre T._____ a relevé qu'en l'absence de contre-signature du psychiatre ou du médecin généraliste, la valeur probante du rapport de G._____ était amoindrie. La psychologue n'apportait pas de nouvel élément, les faits relatifs à l'enfance et l'adolescence ayant en particulier été pris en compte par l'expert P._____. G._____ s'était en outre prononcée sur la capacité de travail sans mettre en perspective les limitations fonctionnelles retenues avec les ressources dont disposait l'assurée. Elle en a conclu que ce rapport

n'apportait pas d'éléments médicaux permettant de s'éloigner des conclusions expertales.

Dans ses déterminations spontanées du 17 décembre 2024, la recourante a souligné que l'avis expertal était en contradiction avec l'ensemble des pièces médicales au dossier, se heurtant à l'avis de deux psychiatres, d'une médecin généraliste et d'une psychologue-psychothérapeute. L'analyse du Dr P._____ ne pouvait dès lors pas fonder une décision de refus de prestations. La pièce suivante était produite à l'appui de cette écriture :

- Un rapport du Dr F._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du 19 novembre 2024, qui a retenu les diagnostics de trouble de stress post-traumatique chronique (F43.12), de syndrome de dépersonnalisation-déréalisation (F48.1), de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, en rémission complète (F10.202) et de probable trouble envahissant du développement sans précision (F84.9). Les limitations fonctionnelles retenues étaient des difficultés relationnelles, notamment avec la hiérarchie, des difficultés dans la gestion des émotions en lien avec la dysrégulation émotionnelle qui pouvait entraîner une fluctuation de l'humeur et une certaine labilité émotionnelle, des difficultés dans la gestion des conflits, une fatigue et un manque d'énergie en lien avec les divers stimuli auxquels elle était exposée, des difficultés de concentration, des difficultés dans les déplacements, une hypersensibilité sensorielle et visuelle et une hypersensibilité au stress. Ces limitations importantes empêchaient l'exercice d'une activité professionnelle. Le Dr F._____ a expliqué pour quelles raisons il avait préféré le diagnostic de trouble de stress post-traumatique à ceux de trouble de la personnalité émotionnellement instable et de trouble dépressif récurrent retenus par l'expert P._____. L'analyse des différents facteurs de stress et leur impact permettait selon lui de retenir que l'assurée avait vécu de véritables traumatismes psychiques, de manière répétée et prolongée. Se référant à la description restrictive faite de cette pathologie résultant de la CIM-10 et de critiques résultant de la littérature médicale, ainsi qu'à une thèse établissant des critères distinctifs entre un trouble de stress post-traumatique et un

trouble de la personnalité borderline, il a estimé que le diagnostic de trouble de stress post-traumatique permettait, dans la situation de l'assurée, d'expliquer le tableau clinique présenté et d'écarter le diagnostic de trouble de la personnalité. Le Dr F._____ n'a jamais constaté d'exagération chez sa patiente, son parcours dénotant plutôt une grande résilience vu la maltraitance et la violence subies. En lien avec le fait qu'elle avait toujours été capable de travailler, il a rappelé que son état de santé avait nécessité un suivi psychiatrique assez régulier depuis ses dix-sept ans et qu'elle avait présenté beaucoup d'absentéisme, bien toléré par ses employeurs au vu de ses qualités humaines et de la qualité de son travail. Le pronostic du Dr F._____ était réservé, dans la mesure où le trouble de stress post-traumatique complexe qui évoluait depuis l'enfance avait un retentissement considérable sur le fonctionnement de l'intéressée, notamment sur le plan professionnel, et ce en dépit d'un traitement psychothérapeutique et psychiatrique adapté. Même si les symptômes venaient à s'atténuer, cela n'était de plus pas forcément synonyme de rétablissement fonctionnel.

Par envoi du 22 janvier 2025, l'OAI a produit un avis du D._____ du 16 janvier 2025. La Dre T._____ a en substance estimé que le rapport du Dr F._____ n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux permettant de retenir préférentiellement son avis à celui de l'expert P._____. Elle a en substance reproché à ce médecin d'avoir retenu un diagnostic dont l'assurée ne remplissait pas les critères et de ne pas avoir mis en exergue les éléments anamnestiques l'ayant amené à retenir une telle pathologie. Elle a également relevé que deux psychiatres (les Drs Q._____ et P._____) avaient retenu un trouble de la personnalité contrairement au Dr F._____, dont l'avis était isolé. L'état d'hypervigilance décrit en lien avec les limitations fonctionnelles n'avait pas non plus été constaté par ses confrères. Son analyse ne tenait finalement pas compte des indicateurs standards afin d'établir son appréciation médico-asséurologique.

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 pascales (art. 38 al. 4 let. a 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) 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 11 mars 2024 fait suite à une demande de prestations du 15 mai 2023, en raison d'une incapacité de travail ayant débuté au mois de novembre 2022. Il convient

donc d'appliquer les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 15 mai 2023.

4. 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 invalide (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).

5. **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).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) aa) Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement

et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en compte dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

bb) En l'occurrence, les pièces médicales produites par les parties en procédure de recours ont toutes trait à la situation médicale de la recourante au moment où la décision litigieuse a été rendue, de sorte qu'il doit en être tenu compte.

c) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Une expertise réalisée sur demande d'un assureur perte de gain maladie est un document médical parmi d'autres qui doit être intégré à l'appréciation des preuves (TF 9C_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2 et les réf. citées).

7. a) L'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée par le Dr P._____ pour le compte de l'assureur perte de gain maladie, pour considérer qu'aucune prestation de l'assurance-invalidité ne devait être octroyée.

La recourante conteste la valeur probante de ce document. Elle se fonde sur les rapports médicaux de ses médecins traitants pour faire valoir que sa capacité de travail est quasiment nulle dans son activité habituelle et que le pronostic quant à une reprise dans une activité adaptée est incertain.

b) En l'occurrence, il sied en premier lieu de constater que l'évaluation du Dr P._____ ne répond pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. Le rapport de ce spécialiste frappe d'emblée par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions.

aa) Les diagnostics retenus par l'expert de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'une intensité légère à moyenne (F 33.0) et de

trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31), ne sont pas fondés sur des éléments médicaux objectifs.

Le dossier médical de la recourante n'a pas été mis à la disposition de l'expert. Alors qu'il était appelé à se prononcer sur la santé psychique de celle-ci et les conséquences sur sa capacité de travail, aucun rapport établi par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie n'a été porté à sa connaissance. L'assureur perte de gain maladie s'est limité à lui transmettre les trois pièces suivantes : un rapport de la médecin généraliste de l'expertisée, un rapport établi par un « care manager » et des certificats d'incapacité de travail (cf. rapport d'expertise p. 1). Le Dr P._____ n'a pas non plus interpellé ses confrères psychiatres ou la psychologue suivant l'expertisée, alors qu'il avait connaissance du fait que celle-ci avait initié plusieurs thérapies depuis l'âge de dix-sept ans et qu'elle était suivie régulièrement depuis 2018, en particulier par la psychologue G._____ depuis le début de l'année 2023, c'est-à-dire antérieurement à l'établissement de son rapport (cf. rapport d'expertise pp. 2 et 4). On peine dès lors à comprendre comment il a pu procéder à l'analyse de la biographie et de l'anamnèse de la recourante au vu du peu de renseignements médicaux à sa disposition.

S'agissant en particulier du trouble dépressif récurrent, le Dr P._____ s'est référé aux symptômes décrits par l'expertisée, c'est-à-dire une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées de dévalorisation, un manque de motivation et d'élan vital, un sentiment de fatigue, une tristesse envahissante et des symptômes d'angoisse ainsi qu'à l'anamnèse familiale avec une schizophrénie chez le frère de la recourante, des problèmes d'alcool chez deux de ses grands-parents et un trouble bipolaire chez un oncle paternel (cf. rapport d'expertise p. 10). Le Dr P._____ a encore indiqué que les symptômes décrits s'étaient manifestés depuis l'adolescence et s'étaient régulièrement aggravés dans des situations de stress et de surcharge émotionnelle, avec une nouvelle aggravation depuis l'automne 2022, la situation s'étant par la suite chronicisée (cf. rapport d'expertise pp. 10-11). Il s'est exclusivement fondé sur les déclarations subjectives de l'expertisée, à l'exclusion

d'observations cliniques. Son appréciation n'est motivée par aucun élément médical objectif.

À l'instar du premier diagnostic, le second diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F 60.31) manque d'objectivité. L'expert s'est à nouveau limité à reprendre les déclarations subjectives de l'expertisée pour affirmer que les symptômes décrits correspondaient à un trouble de la personnalité, sans décrire en quoi elle aurait objectivement présenté des traits d'une telle pathologie (cf. rapport d'expertise p. 11). L'avis expertal est en outre approximatif et incohérent. Le Dr P. _____ a en effet tout d'abord admis que les traits de caractère de l'intéressée étaient difficilement explorables lors d'un seul examen psychiatrique, pour ensuite affirmer contradictoirement que l'entretien réalisé, sa biographie et son anamnèse permettaient de décrire plusieurs traits d'une personnalité émotionnellement très immature, instable et impulsive, remplissant les critères diagnostiques de la CIM-10 (*ibidem*).

L'expert a enfin écarté l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique, évoqué par la médecin généraliste de la recourante dans le seul rapport médical à sa disposition, au motif que les événements décrits par l'assurée durant son enfance et son adolescence ne constituaient pas de véritables traumatismes et que les éventuels symptômes y relatifs devaient quoi qu'il en soit s'être estompés depuis longtemps (cf. rapport d'expertise p. 11). Cette affirmation péremptoire n'est étayée par aucun élément médical objectif. La recourante a pourtant décrit une situation familiale délétère, avec une mère manipulatrice et violente physiquement avec qui elle avait totalement coupé les ponts, un frère atteint de schizophrénie ayant régulièrement séjourné en hôpital psychiatrique, des angoisses depuis l'enfance, un repli sur elle-même avec des difficultés d'intégration, une grande colère ayant induit de véritables crises, notamment sur son lieu d'apprentissage, toujours présentes, ainsi que des alcoolisations massives dès l'adolescence afin de calmer ses angoisses et sa colère, ayant nécessité une prise en charge spécialisée afin de pouvoir être abstinentes (cf. rapport d'expertise pp. 3-4). Au vu du

tableau décrit par l'expertisée, l'exclusion non étayée par l'expert d'un syndrome post-traumatique ne convainc pas.

bb) À cela s'ajoute que les diagnostics de l'expert P. _____ sont remis en doute par d'autres documents médicaux au dossier.

Le Dr Q. _____ a retenu des diagnostics différents, estimant que sa patiente souffrait d'un état anxieux et dépressif mixte (F41.2) et d'un trouble spécifique mixte de la personnalité (traits prépsychotiques et anxieux) (F61.0) (cf. rapport de ce médecin du 13 mai 2024). Si ces diagnostics rejoignent ceux de l'expert sur les composantes dépressive et relevant d'un trouble de la personnalité, ils s'en écartent en ce sens que les traits anxieux font également l'objet d'un diagnostic. Ce spécialiste a en outre affirmé que les diagnostics experts n'étaient pas assez précis et sombres.

G. _____ a pour sa part notamment retenu un trouble de stress post-traumatique et un trouble de dépersonnalisation-déréalisation, ultérieurement confirmés par le Dr F. _____. Elle a en particulier insisté sur les nombreuses maltraitances physiques et psychologiques dont sa patiente avait été victime durant son enfance et son adolescence (cf. rapport de G. _____ du 6 novembre 2024).

Le Dr F. _____ a indiqué que l'analyse des différents facteurs de stress et leur impact permettait de retenir que l'intéressée avait vécu de véritables traumatismes psychiques, de manière répétée et prolongée. Il a en outre expliqué pour quelles raisons, même si les critères définis par la CIM-10 pour retenir un trouble de stress post-traumatique étaient restrictifs, il se justifiait, dans la situation de la recourante, de retenir cette pathologie à l'exclusion d'un trouble de la personnalité (cf. rapport du Dr F. _____ du 19 novembre 2024).

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater, à ce stade déjà, que la santé psychique de la recourante n'a pas fait l'objet d'un examen et d'un diagnostic dans les règles de l'art. La situation de la

recourante apparaît bien plus complexe que celle résultant de l'analyse expertale, fondée sur un dossier incomplet et insuffisamment motivée. Elle mérite un examen plus approfondi afin de reconstituer les éléments anamnestiques pertinents, notamment les épisodes traumatiques vécus, la teneur de son suivi, les éléments déclencheurs des traumatismes ainsi que les efforts consentis par l'intéressée pour compenser ses troubles.

8. a) L'expert P._____ n'a par ailleurs pas procédé à un examen structuré de la capacité de travail de la recourante au moyen du catalogue d'indicateurs défini par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 5 *supra*).

aa) Premièrement, l'analyse expertale ne permet pas de déterminer l'incidence de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail. Elle ne contient aucune information sérieuse tant au niveau du degré de gravité des atteintes à la santé évoquées que des ressources et capacités effectives de la recourante.

Le Dr P._____ a décrit une personnalité émotionnellement très immature, instable et impulsive, une grande instabilité d'humeur avec une perturbation de l'image de soi, un sentiment de vide et une remise en question permanente (cf. rapport d'expertise p. 11). Il a aussi évoqué des mécanismes de défense très immatures, comme l'idéalisation primitive, la dévalorisation totale, le déni, l'évitement et la protection (*ibidem*). Selon lui, il était indéniable que l'état psychique de la recourante était depuis longtemps fragile et instable, avec un grand spectre des symptômes névrotiques (cf. rapport d'expertise p. 12). Il a en outre expliqué que la déviation par rapport à un fonctionnement normal pouvait être relativement intense chez la recourante (*ibidem*). L'expert a ensuite relevé que l'intéressée avait cependant mentionné une amélioration de sa santé depuis début 2023. Selon lui, les symptômes anxio-dépressifs n'étaient plus que d'une intensité légère à moyenne au maximum. Il a souligné que la recourante était depuis longtemps à nouveau capable de maintenir un bon rythme journalier, pouvant se lever tôt et sortir sans problèmes de la maison pour faire de longues promenades, entretenant des contacts

sociaux et se montrant bien informée sur sa situation administrative et financière (cf. rapport d'expertise p. 12). Relevant encore que le trouble de la personnalité, qui existait depuis l'adolescence chez l'expertisée, ne l'avait jamais empêchée de travailler, il a estimé qu'elle était donc capable de reprendre progressivement une activité professionnelle en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités (cf. rapport d'expertise p. 13).

L'expert a ainsi décrit des symptômes relativement sévères, pour finalement retenir qu'ils n'avaient aucune incidence sur sa capacité de travail, sans étayer sa position. Il s'est uniquement fondé sur l'aptitude de l'intéressée à sortir de chez elle, à faire de longues balades, à avoir des contacts sociaux et à rester informée sur sa situation administrative et financière. Or, ces éléments sont insuffisants pour admettre qu'elle aurait recouvré une capacité de travail, même partielle.

L'argument en lien avec les ressources de la recourante, n'a pas non plus fait l'objet d'un examen détaillé. Il ne suffit en effet pas de souligner que l'atteinte à la santé n'a jamais affecté la capacité de travail pour admettre que tel serait encore le cas à l'avenir, sans autre explication. L'expert n'a pour le surplus pas pris en compte les affections physiques dont semble souffrir la recourante dans son évaluation des ressources adaptatives (cf. rapport d'expertise p. 5 : problèmes de dos), estimant, à tort (cf. consid. 5 *supra*), qu'elles n'avaient pas à être intégrées dans son évaluation qui se voulait purement psychiatrique (cf. rapport d'expertise p. 12).

Le Dr P._____ n'a pas non plus motivé son avis quant à l'absence de limitations fonctionnelles. Il s'est sommairement limité à indiquer que selon les déclarations de la recourante, celle-ci n'avait jamais rencontré de problèmes avec les exigences de son métier (cf. rapport d'expertise pp. 13 et 15), ce qui est insuffisant.

bb) L'examen des indicateurs sous l'angle de la cohérence fait également défaut.

Comme exposé au considérant précédent, l'expert P. _____ s'est notamment fondé sur le fait que la recourante était capable d'avoir un certain rythme dans ses journées, pour admettre que les pathologies dont elle souffrait n'affectaient pas sa capacité de travail (cf. rapport d'expertise p. 12). Or, seule la journée type à la période de l'expertise a été prise en compte, sans la comparer avec celle qui prévalait avant son incapacité de travail.

Par ailleurs, en lien avec les plaintes formulées par la recourante, l'expert a affirmé qu'elles paraissaient exagérées et dramatiques et comprenaient une forte demande de reconnaissance de son vécu (cf. rapport d'expertise p. 12). Il n'a toutefois pas analysé objectivement la situation, omettant d'expliquer pour quelles raisons le tableau décrit par l'expertisée devait selon lui être relativisé.

cc) En l'absence d'une analyse circonstanciée des indicateurs jurisprudentiels, on peine à appréhender les motifs ayant conduit l'expert, qui a pourtant décrit un tableau plutôt sévère, à retenir qu'en l'espace de quelques mois elle serait capable de retrouver une entière capacité de travail. Dès lors, ses hypothèses de reprise d'activité professionnelle ne sauraient être suivies.

dd) L'expertise se révèle en outre contradictoire. Le Dr P. _____ a dans un premier temps indiqué que le trouble de la personnalité existait depuis l'adolescence et n'avait jamais empêché la recourante de travailler (cf. rapport d'expertise p. 13). Il a ensuite affirmé contradictoirement que le pronostic, même à moyen ou long terme, semblait tout de même incertain compte tenu de l'organisation pathologique de la personnalité de l'expertisée, avec une forte fixation sur ses problèmes psychiques persistants, pour finalement à nouveau affirmer que le pronostic était plutôt positif compte tenu du fonctionnement psychosocial relativement stable et de l'activité professionnelle constante

(*ibidem*). Ces assertions contradictoires mettent en évidence l'imprécision affectant l'examen de la capacité de travail de la recourante.

Il est en outre incohérent d'affirmer que les atteintes de la recourante ne l'ont jamais empêchée de travailler, alors que l'expert avait auparavant relevé que tant les parcours personnel que professionnel avaient été marqués par des ruptures fréquentes et des conflits importants (cf. rapport d'expertise p. 11).

ee) Au vu de ce qui précède, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du Dr P. _____ mis en œuvre par l'assureur perte de gain maladie était insuffisant – compte tenu de ses graves lacunes et défauts – pour statuer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante.

b) Les conclusions expertales en lien avec la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante sont de surcroît contredites par plusieurs éléments médicaux au dossier.

Il en va ainsi de l'appréciation du Dr Q. _____, selon lequel les pathologies de la recourante induisent notamment une diminution de la concentration et des angoisses massives très invalidantes. Selon ce spécialiste, une reprise d'activité est inenvisageable sur le moyen ou long terme, ou au maximum de 20%, le pronostic étant incertain (cf. rapport de ce médecin du 13 mai 2024).

Le Dr F. _____ a pour sa part retenu des difficultés relationnelles, notamment avec la hiérarchie, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés dans la gestion des conflits, une fatigue et un manque d'énergie, des difficultés de concentration, une hypersensibilité sensorielle et une hypersensibilité au stress. Il a estimé que l'intéressée était en incapacité totale de travailler. Son pronostic était réservé (cf. rapport de ce spécialiste du 19 novembre 2024).

G._____ a également retenu une incapacité totale de travail avec les mêmes limitations, auxquelles elle a jouté une capacité réduite de l'affirmation de soi, des difficultés dans la reconnaissance de l'intensité de sa symptomatologie et l'apparition périodique de phases de décompensation (cf. rapport du 6 novembre 2024).

Par ailleurs, contrairement à l'expert P._____, selon lequel la recourante était dans l'exagération, G._____ et le Dr F._____ ont estimé qu'elle faisait preuve d'une grande résilience et que sa mentalité de guerrière lui avait permis de masquer pendant un temps l'intensité de sa symptomatologie (cf. rapports du Dr F._____ du 19 novembre 2024 et de G._____ du 6 novembre 2024).

Ces avis concordants, diamétralement opposés aux conclusions expertales concernant les répercussions de la santé psychique de la recourante sur sa capacité de travail, sont des éléments supplémentaires remettant sérieusement en cause l'examen du Dr P._____, qui est ainsi dépourvu de force probante et ne pouvait dès lors pas fonder le refus de prestations de l'intimé. L'instruction doit donc être complétée. À ce stade, il n'est pas nécessaire d'examiner la question des compétences de la médecin du D._____ en vue du constat précité.

9. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit de lui renvoyer la cause dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise psychiatrique de la recourante au sens de l'art. 44 LPGA.

10. À ce stade et au vu de l'issue du litige, l'examen de la question des mesures professionnelles n'est pas nécessaire.

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Compte tenu de l'issue de la procédure, la requête de la recourante tendant à la tenue de débats publics s'avère inutile au regard du constat d'une instruction complète.

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

c) La 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 2'500 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 intégralement à la charge de la partie intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette

indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 11 mars 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA compris.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- 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 :