

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 avril 2026

Composition : M. NEU, président  
Mmes Rondi et Coquoz, assesseures  
Greffier : M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.X.** \_\_\_\_\_, à C\*\*\*, recourante, représentée par son époux **D.X.** \_\_\_\_\_ à C\*\*\*,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI**

## **En fait :**

**A.** Ressortissante serbe, B.X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, sans formation professionnelle, remariée en 2019, séjourne sans interruption depuis le 3 mars 2020 en Suisse, pays dans lequel elle n'a jamais exercé d'activité lucrative.

Invoquant diverses atteintes à la santé somatique et psychique (hernie discale, dépression, surdité gauche, tentative de suicide), B.X.\_\_\_\_\_ a déposé, le 3 janvier 2022, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport du 2 février 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de hernie discale L5-S1, d'état anxio-dépressif et de cervicobrachialgies et dorsalgies à l'origine d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2022, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de personnalité de type dépendante et de douleurs lombaires fréquentes. Quand bien même cette médecin a déclaré ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, elle a émis un pronostic défavorable quant à son potentiel de réadaptation.

Réinterpellée par l'office AI, la Dre J.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 25 octobre 2022, que, depuis son dernier rapport, l'état de sa patiente était stationnaire. Après avoir posé des diagnostics identiques à ceux retenus précédemment, elle a maintenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais que cette appréciation devrait être réévaluée dans quelques mois. Quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, elles n'étaient pas envisageables actuellement.

Après que la Dre J.\_\_\_\_\_ eut été invitée à répondre à de nouvelles questions (courrier de l'office AI du 11 janvier 2023), le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a observé que les éléments à sa disposition ne lui permettaient pas d'objectiver l'atteinte psychique, ni de déterminer la capacité de travail consensuelle et l'exigibilité des traitements. Aussi, compte tenu de l'intrication d'atteintes physiques et psychiques, a-t-il demandé, le 29 mars 2023, la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrie avec évaluation neuropsychologique si nécessaire - rhumatologie).

Pour ce faire, l'office AI a confié à L.\_\_\_\_\_ Sàrl à U\*\*\* la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire comportant un volet rhumatologique (Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 18 août 2023, ces médecins ont posé, sur le plan rhumatologique, les diagnostics suivants : status post fenestration inter laminaire avec séquestrectomie et discectomie L5-S1 gauche le 7 octobre 2021 ; status post hernie discale L5-S1 gauche ; status post fenestration inter laminaire avec séquestrectomie et discectomie L5-S1 gauche en décembre 2011 suite à une récurrence de hernie discale ; status post lombosciatalgie gauche chronique et status uncodiscarthrose cervicale stabilisé. Sur le plan psychique, ils ont exclu tout diagnostic incapacitant et ont retenu pour seul diagnostic une dysthymie (F34.1). Selon les experts, la capacité de travail était nulle dans toute activité sollicitant le dos ; en revanche, dite capacité était de 90 % sur le plan somatique, compte tenu d'une baisse de performance de 10 % en raison de l'atteinte dégénérative, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5-10 kg, pas de mouvements en flexion-extension du rachis, pas de montée-descente d'échelles ou d'échafaudages et possibilité d'alterner les positions assis-debout ; la capacité de travail était entière sur le plan psychique en l'absence d'atteinte incapacitante.

Sollicité pour avis, le SMR a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (rapport du 23 août 2023).

Par projet de décision du 20 septembre 2023, l'office AI a avisé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente d'invalidité et mesures professionnelles), au motif que le degré d'invalidité présenté - fixé à 10 % - était inférieur au seuil légal ouvrant droit à ces prestations.

Agissant par l'intermédiaire de son époux, B.X. \_\_\_\_\_ a, par courrier du 27 septembre 2023, présenté des objections à ce projet de décision en contestant l'appréciation des experts de L. \_\_\_\_\_ Sàrl. Le 23 novembre 2023, elle a transmis un rapport établi le 9 novembre 2023 par la Dre J. \_\_\_\_\_, dans lequel cette médecin faisait état d'une capacité de travail « limitée ».

Par décision du 30 janvier 2024, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 20 septembre 2023. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**B. a)** Par acte du 4 mars 2024, B.X. \_\_\_\_\_, toujours représentée par son conjoint, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 30 janvier 2024 en concluant à l'octroi d'une « rente minimum ». Elle a pour l'essentiel reproché à l'office AI une instruction médicale insuffisante, alors qu'elle présentait nombre d'atteintes à la santé (deux cancers en rémission, perte totale d'acuité auditive à l'oreille gauche, douleurs dorsales et dépression sévère ayant conduit à plusieurs tentatives de suicide), de nature à entraver de manière significative sa capacité de travail.

**b)** Dans sa réponse du 21 mai 2024, l'office AI a relevé que les avis médicaux au dossier ne remettaient pas en cause l'appréciation des experts de L. \_\_\_\_\_ Sàrl, si bien que le rapport d'expertise du 18 août 2023 devait se voir conférer pleine valeur probante. Il a conclu au rejet du recours.

**c)** A l'appui de sa réplique du 22 juin 2024, B.X.\_\_\_\_\_ a transmis un compte-rendu d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 8 novembre 2023, non sans souligner le caractère « insupportable » de ses douleurs ainsi que les graves problèmes de santé de son époux.

**d)** Dupliquant en date du 17 juillet 2024, l'office AI a indiqué que la réplique et son annexe ne lui permettaient pas d'adopter un autre point de vue quant au droit aux prestations de l'assurée, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

**C. a)** Le 20 août 2024, le Juge instructeur a confié à la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de B.X.\_\_\_\_\_. Déposé le 21 octobre 2025, le rapport se fondait sur quatre entretiens entre l'experte et l'assurée les 16 décembre 2024 ainsi que 5 mars, 31 mars et 2 octobre 2025 en présence d'une interprète de langue serbe, un examen neuropsychologique du 29 juillet 2025 (Mme Z.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP), un contact téléphonique entre l'experte et la neuropsychologue prénommée le 25 août 2025, deux correspondances émanant des médecins traitants de l'assurée, ainsi que le dossier asséurologique et médical de cette dernière. L'experte a posé pour seul diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité depuis au moins 2020.

**b)** Par courrier du 3 novembre 2025, l'assurée a déclaré ne pas avoir de remarques à formuler à propos de l'expertise de la Dre P.\_\_\_\_\_.

**c)** S'exprimant par pli du 6 novembre 2025, l'office AI a renvoyé à l'analyse effectuée le 3 novembre 2025 par le SMR, dont il résultait que celui-ci n'avait pas de raisons de s'écarter de l'appréciation expertale.

**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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3.** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**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<sup>e</sup> 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).

**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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**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). 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 8C\_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C\_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

**6.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**7.** **a)** Se considérant insuffisamment renseigné pour trancher l'affaire en toute connaissance de cause, le magistrat instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation à la Dre P.\_\_\_\_\_.

**b)** Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire psychiatrique, lesquelles ne sont d'ailleurs contestées par aucune des parties.

**c)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 21 octobre 2025 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. La Dre P. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport sur la base d'une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, sociale et affective), en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents et du déroulement de sa journée-type. Elle a de surcroît correspondu avec le Dr G. \_\_\_\_\_ et a demandé qu'une évaluation neuropsychologique soit effectuée. Ayant procédé à un examen clinique détaillé, rencontrant la recourante à quatre reprises, elle a discuté en détail le diagnostic retenu, tout en exposant les raisons pour lesquelles elle avait écarté les diagnostics posés par les Drs J. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_. Les conclusions expertales, reposant sur une description du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradictions.

**d) aa)** Rendant compte de l'examen clinique effectué par ses soins, la Dre P. \_\_\_\_\_ a relevé que le discours était globalement cohérent, mais très pauvre, répétitif, peu fiable, souvent très évasif et flou, changeant d'un entretien à l'autre dans certaines informations données ; l'expression et l'élocution étaient laborieuses ; le ton était monocorde et le contenu des propos tenus par l'assurée se caractérisait principalement par des plaintes au sujet de son état de santé physique et psychique ; la capacité d'élaboration était minime ; il n'y avait pas d'idées délirantes caractérisées, et l'experte n'a pas noté d'autres symptômes de la lignée psychotique que des hallucinations acoustico-verbales ; il n'y avait pas non plus d'éléments hypomanes ou maniaques. L'assurée présentait une thymie abaissée, des idées suicidaires récurrentes souvent scénarisées, une estime de soi altérée, des idées de dévalorisation, des troubles du rythme nyctéméral, une aboulie, une perte d'espoir, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité avec altération de la concentration et de

l'attention, ainsi qu'une importante diminution de l'appétit. L'experte a par ailleurs constaté un ralentissement psychomoteur, une dépression plus marquée le matin, de même qu'un manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances habituellement agréables.

**bb)** Sur la base de ses observations, la Dre P. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Le dossier médical de l'assurée faisait mention de symptômes dépressifs dès 2011 ayant nécessité la prescription de plusieurs antidépresseurs différents. En 2022, la Dre J. \_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison d'une tristesse, d'une perte de goût et d'intérêt pour quoi que ce soit, de troubles du sommeil, d'une fatigue, d'une tendance au repli, de troubles de la concentration et de la mémoire, d'idées noires récurrentes, d'un pessimisme face à l'avenir, d'une anxiété et de difficultés dans la gestion des émotions et l'organisation des tâches administratives. Compte tenu d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée se caractérisant par des symptômes dépressifs continus et plusieurs tentamens, la psychiatre traitante prénommée s'est vu contrainte d'augmenter la posologie de la médication antidépressive. Cette chronicisation de la dépression permettait de la qualifier de persistante ou continue. De plus, il existait, lors des périodes d'intensité sévère, des symptômes psychotiques sous la forme d'hallucinations acoustico-verbales.

**cc)** La Dre P. \_\_\_\_\_ a écarté le diagnostic de dysthymie (F34.1) posé par le Dr E. \_\_\_\_\_. En effet, la sévérité de certains symptômes, tels que des idées suicidaires scénarisées, permettaient de retenir un trouble dépressif récurrent. De plus, ils perduraient de manière ininterrompue depuis plusieurs années avec des périodes d'aggravation lors desquelles ils devenaient sévères. De même, l'experte n'a pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante posé par la Dre J. \_\_\_\_\_. En se référant à la description de la CIM-10, elle a expliqué que ce trouble se caractérisait par le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place ; une subordination de ses propres besoins à ceux de personnes dont le sujet dépend et une

soumission excessive à leur volonté ; une réticence à faire des demandes, même justifiées, à ces mêmes personnes ; un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul ; une préoccupation par la peur d'être abandonné par la personne avec qui le sujet a une relation proche et d'être livré à soi-même ; une capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui. La Dre P. \_\_\_\_\_ a précisé que les troubles de la personnalité étaient des perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu, concernant habituellement plusieurs secteurs de la personnalité et s'accompagnant en général de difficultés personnelles et sociales considérables. Ces troubles débutaient généralement dans l'enfance ou l'adolescence.

**e) aa)** Sous l'angle de la personnalité, la Dre P. \_\_\_\_\_ a écarté l'existence d'un trouble de la personnalité. Toutefois, au vu des carences affectives, sociales et développementales apparues à un âge jeune chez l'assurée, auxquelles se surajoutaient des éléments traumatiques dans l'enfance et l'adolescence, elle a fait remarquer que les ressources adaptatives étaient faibles. Certes, elles avaient permis à l'intéressée de fonctionner durant un certain temps, notamment d'élever ses enfants, mais s'étaient amenuisées au fil du temps, ce qui avait entraîné une baisse de son niveau global de fonctionnement et la présence, dans le tableau clinique actuel, de traits de la personnalité dépendante. Selon l'experte, ces traits de personnalité s'intriquaient avec les symptômes dépressifs dans le tableau clinique avec une tendance à les aggraver, tout comme les symptômes anxieux.

**bb)** L'experte a examiné le degré de l'atteinte à la santé et la capacité de travail de la recourante en analysant les ressources, le traitement médical et la cohérence. Elle a indiqué qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer précisément sur les ressources résiduelles somatiques, lesquelles paraissaient toutefois actuellement très limitées (épuisement chronique, besoin d'alitement plusieurs heures par jour, rapide interruption des tâches en raison de la fatigue, manque de force, instabilité

à la marche, vertiges). Comme le montrait le tableau clinique d'une dépression continue et l'examen neuropsychologique ininterprétable, l'assurée possédait très peu de ressources résiduelles sur les plans psychique et cognitif. Du point de vue social, elle était complètement isolée et dépendait totalement de son mari, aussi bien financièrement que pour les déplacements et l'accès aux soins ; elle n'avait par ailleurs ni réseau social, ni réseau associatif, en Suisse comme en Serbie, et ses aptitudes sociales étaient très limitées. Le traitement médicamenteux psychiatrique antidépresseur de longue date semblait avoir peu d'effets sur les symptômes dépressifs chroniques présentés par la recourante en dépit d'une augmentation des doses prescrites. Son fonctionnement de personnalité, ses faibles ressources cognitives et intellectuelles, sa faible capacité introspective, son absence de ressources sociales, l'obstacle de la langue et la réticence du mari - dont elle était dépendante - vis-à-vis des soins psychiatriques, limitaient et entravaient les traitements et leurs effets potentiels. Toutefois, la Dre P. \_\_\_\_\_ estimait qu'une réévaluation du traitement médicamenteux psychiatrique serait indiquée, de même que la réalisation d'une IRM cérébrale pour exclure une composante somatique au tableau clinique observé. Si un suivi psychiatrique de soutien pouvait être bénéfique, une psychothérapie avait en revanche peu de chances de donner des résultats au vu de la capacité introspective très faible et des difficultés attentionnelles et réflexives de la recourante. Aucune de ces mesures n'était susceptible d'améliorer de façon significative la capacité de travail. Le pronostic restait réservé au vu de la chronicité des troubles, de leur résistance au traitement et de leur évolution vers davantage de sévérité au cours du temps. Pour le reste, le tableau clinique était cohérent ; des symptômes dépressifs étaient présents depuis 2011 au moins, évoquant un trouble dépressif récurrent ; l'évolution du trouble vers une chronicité et un caractère continu, depuis environ 2020, s'était confirmée au fil des années et était cohérente avec la personnalité et les faibles ressources de l'assurée, lesquelles s'étaient réduites avec le temps ; il n'y avait pas de discordance entre ses plaintes et son comportement ; la recourante était compliant au traitement médicamenteux somatique et psychiatrique.

**f)** De l'avis de la Dre P.\_\_\_\_\_, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, avait une répercussion sur la capacité de travail. En effet, ce trouble revêtait une forme chronique et continue depuis plusieurs années, avec des périodes de sévérité accrue, correspondant aux critères d'un épisode dépressif sévère, où pouvaient apparaître des idées suicidaires scénarisées, des passages à l'acte auto-agressifs et des hallucinations acoustico-verbales. Des traits de personnalité dépendante compliquaient le tableau clinique en aggravant les symptômes dépressifs et anxieux de l'assurée, l'empêchant de rester seule plus de quinze à trente minutes. Le caractère constant de ces atteintes était incompatible avec une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. A propos des limitations fonctionnelles, l'experte a relevé une difficulté à s'organiser et à s'adapter aux règles et routines (le mari était garant des rendez-vous et des horaires de prises de traitements ; elle peinait à terminer les tâches débutées) ; une difficulté à planifier et structurer les tâches (fatigabilité ; nécessité de l'aide du conjoint pour structurer la journée ; horaires de journée perturbés par l'alitement et la clinophilie ; troubles du rythme nycthéméral) ; une rigidité mentale se traduisant par une irritabilité constante, une absence de persévérance et de patience dans les tâches entreprises ; une absence d'acquisition de connaissances nouvelles et des difficultés pour user de celles déjà acquises, telles que la maîtrise de la langue française ; de grandes difficultés à prendre des décisions, même minimales (apathie, aboulie) ; l'absence d'activités spontanées et de proactivité ; l'absence d'activité de groupe ou associative ; une faible endurance avec des difficultés à maintenir un niveau de rendement continu, ce qui nécessitait un arrêt rapide des activités en raison d'une fatigabilité importante et de difficultés de concentration et de maintien de l'attention ; une absence de contacts sociaux associée à un repli et à un isolement social ; une incapacité à s'affirmer (idées de dévalorisation, manque de confiance en soi, vision pessimiste de l'avenir) ; une incapacité à s'intégrer dans un groupe ou une équipe en même temps qu'une difficulté importante à rester seule ; enfin, l'experte a retenu que l'assurée parvenait difficilement à prendre soin d'elle-même (inappétence, peine à s'hydrater, absence de demande d'aide). Les emplois exercés par le passé, tels que femme de ménage, vendeuse, aide agricole ou aide dans une entreprise de

pompes funèbres, n'étaient plus exigibles sur le plan psychique. De plus, les ressources somatiques résiduelles semblaient actuellement très limitées. Une activité compatible avec les limitations de la recourante demeurait inaccessible en raison du retentissement fonctionnel de l'atteinte psychique. Par conséquent, la capacité de travail de la recourante était nulle depuis 2020 au moins en toute activité. Au demeurant, l'intéressée n'avait jamais recouvré une santé psychique suffisante pour espérer être réinsérée professionnellement.

**g)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité totale de travail en toute activité depuis 2020 à tout le moins. Dans la mesure où la Dre P. \_\_\_\_\_ estime qu'aucune activité ne permettrait à la recourante d'améliorer son taux d'activité ou ses revenus, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue par l'experte (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et la référence citée). Il s'ensuit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

**8.** S'agissant du début du droit à la rente (art. 28 et 29 LAI et considérants 4b et 4c ci-dessus), il y a lieu d'observer que, selon la Dre P. \_\_\_\_\_, l'incapacité totale de travail remonte à tout le moins à 2020. Cela étant, compte tenu de la date à laquelle la demande de prestations a été déposée, à savoir le 3 janvier 2022, il y a lieu de faire application du délai de carence de six mois dès cette date (art. 29 al. 1 LAI). Partant, la rente d'invalidité entière est due à compter du sixième mois après le dépôt de la demande de prestations, soit dès le 3 juillet 2022, reporté au 1<sup>er</sup> juillet 2022 (art. 29 al. 3 LAI).

**9.** Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

**a)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 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.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait 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 mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi Erik Furrer, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

**b)** En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en oeuvre une expertise judiciaire psychiatrique auprès de la Dre P.\_\_\_\_\_ en raison des lacunes de l'expertise de L.\_\_\_\_\_ Sàrl, en particulier s'agissant de son volet psychiatrique. L'intimé a certes fondé la décision attaquée sur le rapport d'expertise de L.\_\_\_\_\_ Sàrl du 18 août 2023. Toutefois, postérieurement à celui-ci, la recourante, par son mari et par sa psychiatre traitante, la Dre J.\_\_\_\_\_, ont rendu compte d'un avis

divergent de celui des experts, conforté par les tentamen de l'intéressée. En pareilles circonstances, il se justifiait de poursuivre l'instruction pour clarifier le cas et départager les avis opposés au dossier. Une expertise neutre s'imposait incontestablement, laquelle a du reste porté les fruits escomptés en réfutant l'appréciation de l'expert psychiatre de L.\_\_\_\_\_ Sàrl. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office AI les frais de l'expertise judiciaire psychiatrique et neuropsychologique, soit un montant de 13'000 fr. conformément à la note d'honoraires de la Dre P.\_\_\_\_\_ du 24 octobre 2025.

**10.** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que B.X.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2022.

**11.** 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<sup>bis</sup> 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. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire professionnel qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 30 janvier 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B.X.\_\_\_\_\_ est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2022.

- III. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre P.\_\_\_\_\_ le 21 octobre 2025, par 13'000 fr. (treize mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. 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.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- M. D.X.\_\_\_\_\_ (pour B.X.\_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :