

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 mai 2026

Composition : M. NEU, président  
Mmes Coquoz et Boesch, assesseures  
Greffière : Mme Hentzi

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à R\*\*\*, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à  
Bienne,

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 ; art. 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 28b et  
29 LAI**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, est titulaire d'un diplôme d'infirmière de niveau II (\*\*\*) et d'un CAS HES-SO en Liaison et orientation dans les réseaux de soins (\*\*\*). Elle a travaillé en qualité d'infirmière en santé communautaire auprès de D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 octobre 2022.

Le 14 mai 2020, l'assurée a déposé 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), expliquant se trouver en incapacité de travail depuis le mois de février 2020 en raison de douleurs chroniques au niveau du dos et d'un épuisement psychique.

Complétant le 7 juillet 2020 le formulaire « détermination du statut », l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 80 % si elle était en bonne santé.

L'assurée a repris son activité habituelle à 100 % (du taux de 88,38 %) dès le 26 octobre 2020. L'Office AI a mis en place une mesure de suivi de reprise du 26 octobre 2020 au 26 janvier 2021, selon la communication du 22 octobre 2020.

L'assurée était à nouveau en incapacité de travail totale dès le 29 janvier 2021.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès de la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans un courrier du 23 avril 2021, elle a indiqué ne pas être en mesure de répondre aux questions de l'Office AI, dès lors qu'elle n'avait vu l'assurée qu'à deux reprises dans le cadre d'un avis diagnostique et thérapeutique. Elle a toutefois transmis une copie de ses rapports des 3 juillet 2020 et 31 mars 2021, dont il ressortait qu'elle avait posé le diagnostic de douleurs du bassin d'origine

indéterminée, évoquant un éventuel rhumatisme inflammatoire débutant de type spondylarthropathie ou une surcharge mécanique.

Dans un rapport du 24 mai 2021 à l'attention de l'Office AI, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu le diagnostic de probable spondylarthropathie séronégative présente depuis 2016. La douleur était très limitante pour les déplacements et le maintien des postures, en particulier la position assise. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle comme dans l'activité adaptée.

L'Office AI s'est fait remettre, à sa demande, le dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'ancien employeur de l'assurée, dont il ressort en particulier les pièces suivantes :

- un rapport du 30 juin 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel posait les diagnostics de douleurs du bassin sous forme de pygalgies, essentiellement à droite, avec un diagnostic différentiel de sacro-iléites, un trouble anxio-dépressif dans le cadre de douleurs chroniques et une bicytopénie de signification indéterminée, tout en mentionnant que si la situation semblait s'améliorer au niveau des douleurs, sur le plan psychique, l'assurée semblait s'être totalement effondrée ; les limitations fonctionnelles étaient davantage d'ordre mentale avec des difficultés de concentration, une fatigabilité attentionnelle et un état émotionnel très fluctuant ; sur le plan physique, il convenait d'éviter le port de charge de plus de 10 kg, les déplacements en transports publics de plus de trente minutes et la conduite automobile ;
- un rapport du 17 septembre 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel faisait état d'une amélioration sur le plan physique, tout en relevant que la situation demeurait fragile sur le plan psychique, une reprise progressive du travail étant envisagée ;
- un rapport du 30 septembre 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel indiquait qu'il suivait l'assurée dans le cadre d'une psychothérapie de soutien à une fréquence hebdomadaire, tout en relevant que le pronostic était bon ;

- un rapport du 30 mars 2021 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel retenait le diagnostic de spondylarthropathie probable encore indifférenciée, tout en relevant que l'assurée souffrait de douleurs invalidantes empêchant les déplacements ;
- un rapport non daté répondant aux questions de l'assureur perte de gain du 25 mai 2021 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel retenait le diagnostic d'une suspicion de spondylarthropathie avec une atteinte axiale, tout en précisant qu'il envisageait une reprise du travail progressive à partir d'août dans l'activité habituelle, celle-ci étant considérée comme adaptée ;
- un rapport du 28 mai 2021 de la Dre F.\_\_\_\_\_, laquelle mettait en évidence le diagnostic de possible spondylarthropathie avec atteinte axiale, tout en précisant que l'assurée suivait un traitement par Etanercept depuis le 26 mai 2021 ;
- un rapport du 23 juin 2021 de la Dre F.\_\_\_\_\_, laquelle reprenait le diagnostic posé dans son rapport du 28 mai 2021, tout en relevant que la capacité de travail était nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, en raison de douleurs invalidantes et d'une asthénie importante ;
- un rapport du 24 juin 2021 du Dr K.\_\_\_\_\_, lequel posait le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] F41.2) en relation avec des douleurs invalidantes (possible spondylarthropathie avec atteinte axiale), tout en précisant que la capacité de travail n'était pas évaluable en raison de la problématique somatique qui primait.

Interpellé par l'Office AI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F42.1) en relation avec des douleurs invalidantes depuis 2016, tout en relevant que la capacité de travail était nulle dans toute activité. D'après ce médecin, il était difficile d'apprécier le degré d'interdépendance entre la problématique physique et psychique. L'assurée apparaissait toutefois tellement fragile et anxieuse, vivant depuis des années sous une tension permanente, qu'il fallait envisager une incapacité de travail durable à 50 % (rapport du 9 septembre 2021).

Le 19 octobre 2021, l'assureur perte de gain a transmis à l'Office AI une copie actualisée de son dossier, comportant un rapport du 5 octobre 2021 de la Dre F.\_\_\_\_\_. Cette dernière indiquait que l'assurée avait rapporté une amélioration de 75 % de sa symptomatologie lors de la consultation du 21 septembre 2021. Sur le plan professionnel, l'assurée se sentait apte à reprendre son activité habituelle. Selon la médecin, il n'y avait pas de contre-indication sur le plan rhumatologique à la reprise progressive de l'activité habituelle, celle-ci étant compatible avec son rhumatisme.

Par communication du 19 avril 2022, l'Office AI a octroyé une mesure de reclassement par la prise en charge d'un stage professionnel auprès de D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2022, avec un taux progressif jusqu'à atteindre le taux habituel de 70 %.

En réponse à des questions complémentaires de l'Office AI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport daté du 4 juillet 2022, que l'état de santé de sa patiente était stable, avec toutefois une persistance de fortes douleurs qui l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle et la contraignaient à poursuivre une médication antalgique. Il a précisé que la capacité de travail avait été fluctuante les derniers mois avec plusieurs tentatives avortées de retour à une pleine capacité de travail, celle-ci étant actuellement nulle. L'assurée avait déployé beaucoup d'énergie pour tenter de maintenir son taux de travail et de l'améliorer, sans toutefois parvenir à augmenter son taux au-delà de 50 %.

L'Office AI a mis un terme à la mesure de reclassement le 31 juillet 2022 (cf. courrier du 28 juillet 2022).

Dans un rapport à l'Office AI du 11 août 2022, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'anxiété généralisée (CIM-10 F41.1) et d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1). D'après ce médecin, la capacité de travail était nulle dans toute activité. Aux titres des limitations fonctionnelles, il mentionnait l'anxiété, la fatigue, la fatigabilité, la thymie abaissée, le repli social, l'inquiétude, les troubles du sommeil et la phobie sociale.

Dans un avis médical du 8 septembre 2022, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire comportant des volets en psychiatrie et rhumatologie.

Pour ce faire, l'Office AI a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique aux Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux rattachés au SMR. Dans leur rapport du 24 mai 2023 établi à la suite de l'examen du 22 mars 2023, ces médecins ont retenu le diagnostic de possible spondylarthropathie avec atteinte axiale avec les diagnostics associés de troubles dégénératifs articulaires postérieurs lombaires étagés, ainsi que les diagnostics - sans influence sur la capacité de travail - de poids insuffisant, de légers troubles statique du rachis, de troubles anxieux et dépressifs mixtes (CIM-10 F41.2) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68). D'après eux, la capacité de travail de l'assurée était pleine sur le plan psychiatrique depuis toujours, tandis qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale limitée dans le temps sur le plan rhumatologique, du 25 mai au 20 septembre 2021. De manière consensuelle, ils ont indiqué que la capacité de travail s'élevait à 100 % dans son activité habituelle, celle-ci étant considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité n'impliquant ni exposition prolongée au froid ou à l'humidité, ni station assise ou debout de plus de quarante-cinq minutes consécutives, ni position debout statique excédant vingt minutes, ni montée et descente répétée d'escaliers, ni marche continue sur une distance supérieure à un kilomètre, ni port de charges répété de plus de 5 kg ou occasionnel de plus de 10 kg.

Plusieurs rapports médicaux étaient annexés au rapport du 24 mai 2023, dont notamment :

- un rapport du 13 avril 2021 des Drs N.\_\_\_\_\_, médecin cadre, et P.\_\_\_\_\_, chef de clinique au centre d'antalgie du CHUV, tous deux

spécialistes en anesthésiologie, lesquels mettaient en évidence les diagnostics de douleurs chroniques musculosquelettiques avec lombosacralgies sur atteinte d'origine indéterminée des portions inférieurs des deux articulations sacro-iliaques et d'arthrose zygapophysaire postérieure au niveau des vertèbres L2-L3, L3-L4 et L4-L5 ;

- un rapport du 8 septembre 2022 de la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin chef au département des centres interdisciplinaires au CHUV, laquelle mettait en évidence un diagnostic de spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale ;
- un rapport du 10 février 2023 de la Dre BC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, laquelle relevait que la capacité de travail de l'assurée était nulle, celle-ci ne se sentant soulagée qu'en position couchée de côté et épuisée par le traitement de Tramadol ;
- un rapport du 13 mars 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_ adressé aux experts du SMR, lequel retenait les diagnostics de spondylarthropathie avec atteinte axiale sous anti-TNF (inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale), d'insuffisance surrénalienne (depuis mars 2023), d'anémie d'origine mixte et d'état anxio-dépressif réactionnel et d'origine multiple avec des douleurs chroniques et un probable syndrome de stress post-traumatique sur traumatismes infantiles, tout en constatant l'importance des douleurs sur l'état psychique de l'assurée, celles-ci restant difficiles à contrôler malgré les traitements instaurés, et en attestant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Par projet de décision du 12 juin 2023, l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'elle avait été en incapacité de travail du 25 mai au 21 septembre 2021, de sorte qu'elle n'avait pas présenté une incapacité de travail durable.

Le 18 juin 2023, l'assurée a fait part à l'Office AI de sa contestation envers le projet de décision précité.

Désormais représentée par Procap, l'assurée a complété ses objections le 16 août 2023. A cette occasion, elle a produit les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 17 juillet 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel relevait les diagnostics de possible spondylarthropathie avec une atteinte axiale, de troubles anxieux et dépressifs mixtes en relation avec des douleurs invalidantes, avec des troubles de la personnalité non précisés et probablement un trouble du comportement alimentaire et d'un syndrome de stress post-traumatique, d'hyponatrémie chronique hypo-osmolaire modérée à sévère probablement secondaire à une insuffisance surrénalienne, de dépendance aux opiacés sur prise chronique de Tramadol et de bicytopénie d'origine indéterminée, tout en mentionnant que l'examen du SMR mettait très peu en avant les aspects psychologiques de l'assurée qui avaient pourtant un rôle prépondérant dans son incapacité de travail ; était annexée une liste des périodes d'incapacité de travail de l'assurée depuis janvier 2015 ;
- un rapport du 17 juillet 2023 de la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, laquelle mettait en évidence le diagnostic de spondylarthropathie indifférenciée séronégative avec le développement d'un syndrome douloureux chronique secondaire, tout en estimant que la capacité de travail était nulle dans toute activité en raison des difficultés de mobilisation globale de l'assurée et d'une capacité de concentration limitée dans la durée (en lien avec les effets indésirables du traitement), et en précisant que malgré les différents traitements mis en place, les symptômes demeuraient extrêmement invalidants ;
- un rapport du 18 juillet 2023 du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel remettait en cause les constats du Dr M.\_\_\_\_\_, estimant que l'évaluation manquait d'approfondissement et comportait certaines contradictions, notamment en l'absence d'examens neuropsychologiques, de l'examen du type de personnalité et d'une évaluation formelle de la symptomatologie dépressive ; il relevait que le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques devait être replacé dans le contexte d'un trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61) susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail, tout en estimant que les douleurs persistantes, les limitations fonctionnelles décrites et le traitement antalgique important n'étaient pas compatibles avec l'existence d'une pleine capacité de travail, en particulier dans l'activité d'infirmière.

Dans un avis du 3 octobre 2023, le SMR a estimé que les rapports susmentionnés produits par l'assurée n'étaient pas susceptibles de remettre en doute les conclusions de l'examen clinique réalisé par le SMR.

Par décision du 3 octobre 2023, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 12 juin 2023.

**B.**           **a)** Par acte du 6 novembre 2023, B.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 3 octobre 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, elle a fait valoir que les rapports médicaux figurant au dossier étaient tous en contradiction avec l'examen clinique du SMR. A cet égard, une instruction devait être mise sur pied, à laquelle l'Office AI aurait dû procéder.

A l'appui de son recours, elle a produit les documents suivants :

- un rapport du 16 octobre 2023 du Dr O.\_\_\_\_\_, chef du service de rhumatologie du CHUV et spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, lequel posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique d'origine mixte ;
- un rapport du 18 octobre 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel relevait une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychique, l'évolution des six derniers mois ayant été marquée par un épisode dépressif majeur et une augmentation des symptômes anxieux, tout en précisant que la capacité de travail était nulle ;
- un rapport du 27 octobre 2023 du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel retenait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.3), d'un trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61), d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) et d'un

état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), tout en indiquant que la capacité de travail était nulle.

**b)** Dans sa réponse du 15 janvier 2024, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Outre que le rapport d'examen clinique du SMR du 15 mars 2023 devait se voir conférer pleine valeur probante, les rapports médicaux produits en procédure d'audition n'avaient pas amené d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par les médecins examinateurs ou qui seraient survenus entre la date de leur examen et celle de la décision litigieuse.

**c)** A l'appui de sa réplique du 16 février 2024, B.\_\_\_\_\_ a produit une nouvelle pièce médicale. Dans son rapport du 16 janvier 2024, les Drs O.\_\_\_\_\_ et BF.\_\_\_\_\_, médecin assistant au CHUV, ont retenu les diagnostics de douleurs lombo-sacrées, d'hypersensibilité centrale sans remplir les critères pour une fibromyalgie, d'un trouble anxio-dépressif, d'un possible trouble alimentaire et d'un trouble de stress post-traumatique. Sur le plan rhumatologique, l'assurée était limitée par les douleurs lombo-sacrées en continu avec une intolérance aux postures statiques prolongées, aux postures assises et debout, et au port de charges. D'après eux, la capacité de travail était nulle en lien avec les diagnostics psychiatriques. L'assurée en inférait que les rapports de ses médecins traitants étaient probants et ne pouvaient pas être écartés au seul motif d'un lien thérapeutique de confiance, si bien qu'elle a déclaré confirmer ses précédentes conclusions.

**d)** Dans sa duplique du 21 mars 2024, l'Office AI s'est référé à l'analyse effectuée par le SMR le 27 février 2024, selon laquelle les éléments amenés n'étaient pas de nature à jeter un doute sur l'évaluation faite lors de l'examen clinique bi-disciplinaire du SMR. Partant, l'Office AI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** Dans ses déterminations du 19 avril 2024, B.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du 20 décembre 2023 du Dr BG.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Madame BJ.\_\_\_\_\_, psychologue associée au service de psychiatrie de liaison du

CHUV, lesquels ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1) et de probable état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), tout en précisant que, sur le plan de la capacité de travail, l'assurée ne disposait pas des ressources psychiques lui permettant d'exercer une activité. Elle a ainsi déclaré confirmé ses conclusions.

**C. a)** Le 21 juin 2024, le juge instructeur a confié à la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de B.\_\_\_\_\_.

**b)** Le 8 mai 2025, B.\_\_\_\_\_ a produit un lot de pièces qu'elle avait transmises à la Dre A.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise, dont notamment :

- un rapport du 14 novembre 2024 des Drs BK.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et spécialiste en médecine générale et médecine intensive, et BL.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine intensive et médecin associé au service de médecine intensive du CHUV, lesquels mentionnaient une hospitalisation du 28 octobre au 29 octobre 2024 en raison d'une hypothermie modérée accidentelle ;
- un rapport du 22 novembre 2024 des Drs BM.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et BN.\_\_\_\_\_, médecin assistant au service de psychiatrie générale du CHUV, lesquels faisaient état d'une hospitalisation du 16 août au 5 septembre 2024 pour une mise à l'abri d'idées suicidaires scénarisées, tout en retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) avec un trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61) ;
- un rapport du 10 janvier 2025 des CB.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et CC.\_\_\_\_\_, médecin assistante au service de psychiatrie générale du CHUV, lesquelles faisaient état d'une deuxième hospitalisation du 21 novembre au 6 décembre 2024 pour une mise à l'abri d'un geste suicidaire, tout en reprenant les diagnostics précédemment retenus ;
- un rapport du 13 janvier 2025 des Drs CB.\_\_\_\_\_ et CC.\_\_\_\_\_, lesquelles mentionnaient une troisième hospitalisation du 10 décembre

au 20 décembre 2024 pour mise à l'abri d'un geste suicidaire, tout en confirmant les précédents diagnostics ;

- une lettre de sortie du 14 avril 2025 de la Dre CD. \_\_\_\_\_, laquelle faisait état d'une hospitalisation du 20 mars au 9 avril 2025 à la clinique de S\*\*\*, médecine interne et réhabilitation, pour un reconditionnement physique et psychique, tout en diagnostiquant un trouble dépressif récurrent.

**c)** Les 9 mai, 30 mai, 6 juin, 18 juin et 4 août 2025, B. \_\_\_\_\_ a été examinée par la Dre A. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 11 août 2025, l'experte a retenu les diagnostics de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs (DSM-5 [5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux] 309.81), de trouble de stress post-traumatique complexe (CIM-11 [11<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] 6B41), de trouble à symptomatologie somatique (DSM-5 300.82), d'anorexie mentale type restrictif de sévérité moyenne (DSM-5 307.1) et de trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents (DSM-5 296.30). D'après elle, la capacité de travail était nulle dans toute activité. L'évolution de l'état de santé de l'assurée s'étant progressivement dégradée depuis 2016, il était difficile de déterminer précisément le début de l'incapacité de travail totale. En tout état de cause, une incapacité totale de travail pouvait être retenue dès que l'assurée n'avait plus trouvé la force physique et psychique de reprendre une activité même à un faible taux d'activité, soit en juin 2022. En outre, les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée étaient décrites de la manière suivante :

« A l'heure actuelle, les limitations fonctionnelles de Mme B. \_\_\_\_\_ sont en lien avec une symptomatologie psychiatrique et psychosomatique bruyantes. Si cette dernière s'est quelque peu apaisée depuis environ un an, Mme B. \_\_\_\_\_ n'en reste pas moins entravée dans son quotidien. Chaque stressor psychique est susceptible d'engendrer une recrudescence de douleurs physiques, avec perte de mobilité. Quand l'expertisée a mal, elle parvient difficilement à se concentrer, elle doit se coucher à même le sol et peut difficilement se mobiliser. Cette symptomatologie n'est pas prédictible et répond mal aux traitements antidouleurs, comme son long passé médical le démontre.

Toutefois, la symptomatologie psychiatrique est au premier plan de ses limitations fonctionnelles actuelles. Mme B. \_\_\_\_\_ est très angoissée, sa pensée est désorganisée, au point de devenir confuse dès qu'elle va au-delà de ses ressources. Elle supporte mal la présence d'autrui à ses côtés, se sent tout de suite agressée, est interprétative et méfiante. Elle se déplace à pied, ne conduit plus et supporte mal la présence d'autrui à ses côtés ou alors éprouve des symptômes de dépersonnalisation. Relationnellement, le contact avec autrui l'épuise rapidement, elle est rejetante voire agressive dès qu'elle se sent intrusée, ou, au contraire, trop proche d'autrui dans une recherche illimitée d'amour et de reconnaissance, ce qui serait difficilement compatible avec un travail, entourée de collègues.

souvent d'humeur auprès de La symptomatologie dissociative qu'elle présente l'amène à être absorbée, dépersonnalisée, déréalisée, à avoir des changements fréquents, ce qui n'est pas compatible avec un travail thérapeutique gens en souffrance.

limitent le temps d'une activité Son anorexie engendre une fragilité physique et une fatigue qui de concentration, l'énergie qu'elle peut mettre à disposition professionnelle.

est vite Enfin, Mme B. \_\_\_\_\_ est à risque de recrudescence dépressive si elle sollicitée au-delà de ses faibles ressources adaptatives, qui seraient dépassées si elle devait se contraindre à un cadre et des exigences professionnelles ».

**d)** S'exprimant par pli du 3 septembre 2025, B. \_\_\_\_\_ a observé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise qui retenait une incapacité de travail totale dès juin 2022 avec une détérioration de l'état de santé depuis 2016. S'agissant du début du droit à la rente, il pouvait être tenu compte au minimum d'une rente entière jusqu'en décembre 2021, soit trois mois après l'incapacité de travail partielle de septembre 2021, puis d'une demi-rente jusqu'à septembre 2022 et d'une rente entière dès septembre 2022.

**e)** A ses déterminations du 11 septembre 2025, l'Office AI a joint un avis médical du SMR du 28 août 2025, ce dernier retenant ce qui suit sous l'intitulé « Discussion et conclusion » :

« L'expertise psychiatrique judiciaire a analysé les documents à disposition, a pris en compte de façon approfondie les plaintes de l'assurée, a rapporté une anamnèse détaillée, a décrit un status clinique complet, a discuté les points litigieux d'une façon convaincante : elle a notamment précisé pour quelles raisons elle s'est écarté des diagnostics et de l'évaluation de la CT [capacité de travail] faite par le précédent expert.

100 % dans toute activité, limitée dans le temps, avait été retenue depuis le 25.05.2021 (date de la consultation de la Dre F. \_\_\_\_\_ qui retenait une possible spondylarthropathie avec atteinte axiale et débutait un traitement de fond d'Etanercept). A partir du 21.09.2021, la CT est redevenue de 100 % dans l'activité professionnelle habituelle d'infirmière scolaire qui est considérée comme adaptée.

être physique Ensuite, au plan psychiatrique, une IT à 100 % dans toute activité doit reconnue depuis juin 2022 (quand l'assurée n'a plus trouv[é] la force et psychique de reprendre une activité même à faible pourcentage) ».

**f)** Le 20 janvier 2026, Procap a déposé sa liste des opérations.

### **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 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. 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<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).

**b)** En l'espèce, quand bien même la demande de prestations a été déposée le 14 mai 2020, il n'en demeure pas moins que la recourante a été mise au bénéfice d'une mesure de reclassement sous la forme d'un stage professionnel effectué auprès de D. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2022, période durant laquelle elle percevait des indemnités journalières. Or le droit à la rente ne prend pas naissance tant que la personne assurée peut faire valoir son droit aux indemnités journalières versées durant l'exécution des mesures de réadaptation (cf. art. 22 al. 1 et 29 al. 2 LAI). Il s'ensuit que l'ouverture du droit à la rente ne peut, *in casu*, qu'être postérieure à l'entrée en vigueur du nouveau droit. Partant, les prétentions de la recourante doivent être examinées d'après les dispositions applicables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**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)** En vertu de l'art. 29 LAI, 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 (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

**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/\*\* du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2), 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. Selon la jurisprudence, peut notamment 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 pas 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 135 V 465 consid. 4.4 et la référence citée ; TF 8C\_221/2025 du 10 novembre 2025 consid. 3).

**6.** Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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.** En l'espèce, aux termes de la décision attaquée, l'intimé a considéré que, en se fondant sur le rapport d'examen clinique du 24 mai 2023 du SMR, la recourante avait présenté une incapacité de travail du 25 mai au 20 septembre 2021. Depuis le 21 septembre 2021, elle disposait d'une pleine capacité de travail, de sorte qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable.

**a)** Sur le plan somatique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a mis en évidence, dans le volet rhumatologique de l'examen clinique du 22 mars 2023, les diagnostics de possible spondylarthropathie avec atteinte axiale et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs lombaires étagés. Il a attesté

une incapacité de travail temporaire dès le 25 mai 2021, date à laquelle la recourante avait consulté la Dre F. \_\_\_\_\_ et débuté un traitement d'Etanercept. Cette incapacité s'était prolongée jusqu'au 20 septembre 2021, moment où l'intéressée avait fait état d'une amélioration de sa symptomatologie. Par la suite, il a retenu une pleine capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, pour autant que celle-ci respecte certaines limitations fonctionnelles. L'activité ne doit notamment pas impliquer une exposition prolongée au froid ou à l'humidité, ni exiger une station assise ou debout de plus de quarante-cinq minutes consécutives, une position debout statique excédant vingt minutes, la montée et la descente répétées d'escaliers, la marche continue sur une distance supérieure à un kilomètre, ni le port de charges répété de plus de 5 kg ou occasionnel de plus de 10 kg.

Aucun élément au dossier n'est susceptible de remettre en doute cette appréciation, ce que la recourante ne conteste au demeurant pas. A cet égard, les Drs O. \_\_\_\_\_ et BF. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 16 janvier 2024, ont relevé que l'assurée était, sur le plan rhumatologique, limitée par les douleurs lombo-sacrées en continu avec une intolérance aux postures statiques prolongées, aux postures assises et debout, et au port de charges, tout en précisant que la capacité de travail était nulle en lien avec les diagnostics psychiatriques. En effet, la suite de l'instruction devant l'intimé s'est principalement concentrée sur les aspects d'ordre psychique et la recourante a fait valoir, dans ses observations du 16 août 2023 et dans son recours du 6 novembre 2023, des griefs en lien avec sa santé psychique. Les conclusions émises par l'expert du SMR sur ce plan peuvent donc être considérées comme probantes.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a notamment posé les diagnostics - sans incidence sur la capacité de travail - de troubles anxieux et dépressifs mixtes (CIM-10 F41.2) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68). Il a estimé que la capacité de travail était entière depuis toujours dans l'activité habituelle.

La recourante conteste cette appréciation en se prévalant notamment des rapports établis par les Drs J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, selon lesquels les troubles présentés excluaient toute capacité de travail résiduelle.

**c)** Les pièces versées au dossier et les points de vue divergents de l'expert du SMR et des médecins traitants n'ayant pas permis à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, le juge instructeur a diligenté une expertise sur le plan psychiatrique auprès de la Dre A.\_\_\_\_\_.

**8.** Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre A.\_\_\_\_\_.

**a)** Sur le plan diagnostique, l'experte A.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs (DSM-5 309.81), de trouble de stress post-traumatique complexe (CIM-11 6B41), de trouble à symptomatologie somatique (DSM-5 300.82), d'anorexie mentale type restrictif de sévérité moyenne (DSM-5 307.1) et de trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents (DSM-5 296.30).

S'agissant du trouble de stress post-traumatique, l'experte a expliqué que cette appréciation reposait sur une analyse approfondie de l'anamnèse de l'assurée, marquée notamment par des abus sexuels répétés durant l'enfance, constitutifs d'un psycho-traumatisme sévère et précoce, ainsi que par une absence de reconnaissance parentale de ces événements. L'experte a notamment mis en évidence la réalisation des critères diagnostiques tant du DSM-5 que de la CIM-11. Elle a ainsi relevé la présence de symptômes envahissants, sous forme de reviviscences, cauchemars, flashbacks et détresse psychique intense lors de l'exposition à des stimuli rappelant le traumatisme. Elle a constaté également un évitement persistant des souvenirs et situations associés aux événements traumatiques, ainsi que des altérations négatives durables des cognitions

et de l'humeur, notamment des croyances dévalorisantes, un sentiment de honte envahissant, une perte d'intérêt pour les activités antérieures et un retrait social marqué. À cela s'ajoutaient des altérations de l'état d'éveil et de la réactivité, telles qu'une hypervigilance, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. L'experte a en outre souligné la présence de symptômes dissociatifs significatifs, en particulier des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation, se manifestant par un sentiment d'étrangeté à soi-même, une perception altérée du corps ou encore des distorsions perceptuelles. Elle a indiqué que le tableau clinique correspondait à un trouble de stress post-traumatique complexe au sens de la CIM-11, dès lors qu'il s'accompagnait de troubles sévères et persistants de la régulation émotionnelle, d'une altération profonde de l'estime de soi avec sentiments de honte et d'échec, ainsi que de difficultés majeures dans les relations interpersonnelles, l'assurée présentant notamment une dépendance affective importante et des conduites relationnelles à risque. Enfin, elle a souligné que la réactivation des souvenirs traumatiques, à la suite d'événements ultérieurs, avait entraîné une péjoration significative de l'état psychique de l'assurée, avec une substitution progressive des douleurs somatiques - initialement au premier plan - par une symptomatologie psychiatrique invalidante.

Concernant le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, l'experte a mis en évidence le lien étroit entre les douleurs persistantes décrites de longue date par l'assurée et les atteintes traumatiques, celles-ci constituant, selon elle, une expression corporelle de la souffrance psychique. Le diagnostic d'anorexie mentale était, quant à lui, retenu au regard d'un faisceau d'indices concordants, notamment un indice de masse corporelle significativement bas, une peur intense de prendre du poids, ainsi qu'une altération de la perception corporelle. Enfin, le trouble dépressif récurrent était admis en raison de la présence, sur une longue période, d'épisodes dépressifs caractérisés alternant avec des phases de rémission partielle.

L'experte a également expliqué pour quelles raisons elle s'écartait des diagnostics posés par le Dr M.\_\_\_\_\_, lequel avaient

essentiellement retenu des troubles anxieux et dépressifs mixtes et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle a indiqué que cette évaluation devait être relativisée au regard du contexte clinique prévalant à l'époque, marqué notamment par une amnésie traumatique et une prédominance des plaintes somatiques, qui ne permettaient pas de mettre en évidence la dimension psycho-traumatique sous-jacente. En particulier, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques devait être écarté puisque les troubles dont souffrait la recourante n'étaient pas constitués en premier plan par une atteinte sur le plan somatique.

Enfin, l'experte a exclu le diagnostic de trouble de la personnalité, malgré certaines manifestations pouvant y faire penser, dès lors que l'assurée avait présenté durant plusieurs années un fonctionnement social et professionnel relativement adapté, incompatible avec un trouble de la personnalité. Elle a estimé ainsi que les difficultés affectives et relationnelles observées devaient être comprises à la lumière du trouble de stress post-traumatique complexe (cf. rapport d'expertise du 11 août 2025 p. 30 ss).

Force est donc d'admettre que les diagnostics retenus par l'experte ont été posés de manière nuancée et cohérente, sur la base d'un système de classification reconnu (CIM-11 et DSM-5). Elle s'est plus spécifiquement positionnée de manière convaincante à l'égard des diagnostics précédemment avancés par le Dr M.\_\_\_\_\_, en relevant que celui-ci n'avait pas tous les éléments nécessaires pour comprendre la pathologie de l'assurée, la problématique de l'intéressée étant axée sur une cause davantage physique à cette époque. On ne voit donc, sur ce plan, aucune raison pertinente de remettre en question l'analyse de l'experte judiciaire.

**b)** En outre, l'experte A.\_\_\_\_\_ a procédé à une analyse des ressources résiduelles de la recourante, évaluées à l'aune des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, elle a relevé que le tableau clinique était cohérent compte tenu de l'histoire de l'expertisée et son évolution, sans

aucune discordance entre les plaintes et le comportement de l'intéressée. Les limitations fonctionnelles se retrouvaient dans tous les domaines de la vie. L'experte a précisé que la symptomatologie psychiatrique et psychosomatique de la recourante constituait une charge globale importante, venant altérer de manière significative des ressources adaptatives déjà limitées. Si les manifestations somatiques s'étaient quelque peu atténuées au cours de la dernière année, l'assurée n'en demeurait pas moins entravée dans son quotidien. Chaque facteur de stress psychique était susceptible d'engendrer une recrudescence des douleurs physiques, entraînant des douleurs invalidantes, une perte de mobilité ainsi qu'une incapacité à se concentrer. Toutefois, les limitations principales relevaient de la sphère psychiatrique. La recourante présentait un état anxieux marqué, une désorganisation de la pensée pouvant aller jusqu'à la confusion en cas de surcharge, ainsi qu'une intolérance à la présence d'autrui, vécue comme intrusive ou menaçante. Les interactions sociales l'épuisaient rapidement, entraînant soit des réactions de retrait, voire d'agressivité, soit, à l'inverse, des comportements trop proches d'autrui dans une recherche illimitée d'amour et de reconnaissance, difficilement compatibles avec un cadre professionnel. À cela s'ajoutaient des symptômes dissociatifs fréquents, tels que des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation, ainsi qu'une instabilité émotionnelle, ce qui n'était pas compatible avec une activité professionnelle thérapeutique. Par ailleurs, l'anorexie dont souffrait la recourante engendrait une fragilité psychique et une fatigue persistante, limitant les capacités de concentration et d'endurance. Enfin, il existait un risque élevé de recrudescence dépressive en cas de sollicitations excédant les ressources adaptatives de la recourante, lesquelles apparaissaient particulièrement restreintes, rendant difficilement envisageable l'intégration dans un environnement professionnel exigeant. Pour le surplus, aucun trouble de la personnalité n'avait été constaté. Sur le plan thérapeutique, l'experte a indiqué qu'elle préconisait la poursuite du soutien thérapeutique dont bénéficiait la recourante en renforçant un axe de travail psycho-traumatologique, était précisé que l'assurée s'engageait au mieux dans ses nombreux traitements. Dès lors, les ressources résiduelles de la recourante s'étaient progressivement péjorées depuis

2016, pour apparaître, à l'heure actuelle, particulièrement déficitaires. Sur ce plan non plus, l'appréciation de l'experte A. \_\_\_\_\_ ne prête pas le flanc à la critique (cf. rapport d'expertise du 11 août 2025 p. 39 ss).

**c)** S'agissant de la capacité de travail, l'experte a retenu que les limitations fonctionnelles présentées par la recourante étaient incompatibles avec une quelconque activité professionnelle. En outre, elle n'était pas non plus en mesure de déployer une activité occupationnelle, l'intéressée nécessitant une aide pratiquement quotidienne pour pouvoir se gérer et organiser ses journées. Ainsi, aucune activité n'était exigible de la part de l'assurée. Se fondant sur les éléments pertinents du dossier, l'experte a considéré que l'état psychique de la recourante s'était progressivement dégradé depuis 2016, précisant qu'il était difficile d'indiquer à partir de quel moment cette incapacité était totale. Dans ces conditions, l'experte a estimé qu'au plus tard à compter du mois de juin 2022, soit le moment où l'assurée n'avait plus trouvé la force physique et psychique de reprendre une activité à faible pourcentage, la capacité de travail devait être considérée comme nulle (cf. rapport d'expertise du 11 août 2025 p.40 ss.).

Il y a lieu de constater que c'est au terme d'une analyse approfondie et rigoureuse du cas d'espèce que l'experte A. \_\_\_\_\_ a retenu l'absence de toute capacité de travail exploitable chez l'assurée.

**d)** Pour le reste, il y a lieu de relever que le rapport d'expertise du 11 août 2025 a été établi après des prises de contact avec les Drs J. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, de même qu'avec plusieurs intervenants thérapeutiques ayant suivi l'assurée. Le rapport d'expertise résume, par ailleurs, les principales pièces du dossier assécurologique mis à disposition, contient une anamnèse complète, fait état des plaintes émises par l'assurée, et se fonde, de surcroît, sur les observations cliniques effectuées au cours de l'expertise. L'appréciation de l'experte A. \_\_\_\_\_ résulte ainsi d'une analyse approfondie de la situation, intégrant notamment à la discussion les points de divergence résultant de l'avis émis par le Dr M. \_\_\_\_\_. Reposant en outre sur une motivation claire et exempte de

contradictions, le rapport d'expertise du 11 août 2025 satisfait, dès lors, aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante

Les parties à la présente procédure n'ont par ailleurs émis aucune critique à l'égard des conclusions de l'experte A.\_\_\_\_\_, le SMR ayant plus spécifiquement indiqué qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter (cf. avis médical SMR du 28 août 2025).

**e)** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît en définitive que quand bien même la recourante dispose, sous l'angle somatique, d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (cf. *supra* consid. 6a), il reste en revanche que, sur le plan psychique, l'exigibilité est nulle dans toute activité depuis juin 2022 (cf. *supra* consid. 7). Il convient toutefois de constater que l'experte a relevé une détérioration progressive de la capacité de travail depuis 2016 sans toutefois la chiffrer précisément. Sur la base des éléments pertinents au dossier, une incapacité de travail de 50 % sur le plan psychique peut être admise dès le mois de septembre 2021. En effet, le Dr K.\_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis mars 2021, a retenu une telle incapacité dans son rapport du 9 septembre 2021, appréciation qui apparaît convaincante dès lors qu'elle s'inscrit de manière cohérente dans l'évolution progressive décrite par l'experte. En revanche, il n'y a pas lieu de suivre la recourante lorsqu'elle soutient être en incapacité totale de travail depuis le mois de février 2020, aucun élément au dossier ne permettant d'établir de manière probante une telle incapacité sur le plan psychique avant septembre 2021.

**9.** Reste à se prononcer du point de vue du droit à la rente d'invalidité.

Il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail durable d'au moins 40 % depuis le mois de septembre 2021 - date marquant le début du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. A l'issue de ce délai, soit au 1<sup>er</sup> septembre 2022, l'exigibilité telle qu'arrêtée par l'experte A.\_\_\_\_\_ est nulle dans toute activité. Dans la

mesure où l'experte considère qu'aucune activité ne permettrait d'améliorer la capacité de travail de la recourante, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail retenue (application de la méthode de comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C\_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 et la référence citée). A cet égard, l'assurée a indiqué, dans le formulaire complété le 7 juillet 2020, qu'elle exercerait une activité lucrative à 80 %. Toutefois, au vu de l'incapacité totale de travail retenue dès juin 2022 et du fait que le taux d'invalidité se confond avec celle-ci, il y a lieu de constater que le taux d'invalidité ne saurait dans tous les cas être inférieur à 70 % en septembre 2022. Il en résulte que la recourante est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2022 (art. 28b al. 3 LAI), cette date étant au demeurant postérieure à l'échéance du délai de six mois dès le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), ainsi qu'à la fin du droit à des indemnités journalières (art. 29 al. 2 LAI).

**10. 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 349 consid. 5.4, 496 consid. 4.3), 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 sur le plan psychiatrique auprès de la Dre A.\_\_\_\_\_. Cette démarche a été rendue nécessaire par l'existence d'avis médicaux divergents versés au dossier. Or une instruction rigoureuse du cas aurait commandé que l'autorité administrative ne s'en tienne pas sans autre à l'examen clinique bi-disciplinaire effectué au SMR mais lève les contradictions qui subsistaient sur le plan psychiatrique en mettant en oeuvre une expertise neutre afin de disposer d'une appréciation complète et détaillée de la situation médicale. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'Office AI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en oeuvre de l'expertise judiciaire, soit un montant de 11'000 fr. conformément à la facture établie par la Dre A.\_\_\_\_\_ le 11 août 2025.

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

**12. a)** 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.

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 20 janvier 2025 par Procap, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, 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 à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 3 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que

B.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2022.

- III.** Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre A.\_\_\_\_\_ le 11 août 2025, par 11'000 fr. (onze 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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 :