C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 22 septembre 2026

Composition : M. TINGUELY, président

Mme Berberat et M. Piguet, juges

Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourante, représentée par Stéphane Ducret c/o SD Legal Consulting Switzerland, à Romanel-sur-Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 s., 16, 43 al. 1, 49 al. 3 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)** B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée, mère de quatre enfants nés entre *** et ***, titulaire d'un certificat de secrétaire de direction délivré par l'E._____, a œuvré comme aide-administrative et réceptionniste auprès de différentes entreprises jusqu'en 2012, en dernier lieu pour la J._____. Elle n'a plus travaillé depuis lors et est au bénéfice du revenu d'insertion depuis le 1er octobre 2019.

b) Par formulaire de détection précoce adressé le 24 août 2021 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le CSR (Centre social régional) de K*** a annoncé l'assurée en vue de sa prise en charge par l'assurance-invalidité en raison d'un état anxieux-dépressif chronique depuis 2012 et d'une incapacité de travail totale.

Le 27 septembre 2021, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI s'est entretenu par téléphone avec l'assurée. Selon un rapport initial de détection précoce du jour même, le collaborateur de l'OAI a relevé que l'assurée expliquait être en dépression depuis de nombreuses années et s'être renfermée sur elle-même. C'était à l'insistance de son médecin traitant, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, qu'elle s'était laissé convaincre de la nécessité d'entamer un suivi auprès d'un psychiatre, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'elle consultait de manière bimensuelle.

c) Le 10 novembre 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI en raison d'une dépression chronique existant depuis l'année 2012.

Dans un rapport du 19 janvier 2022, le Dr L._____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif (depuis 2016), de diabète de type 2 déséquilibré (depuis 2016) et de migraines (depuis 2007). Le médecin traitant évaluait la capacité de

travail de sa patiente dans l'activité habituelle comme nulle depuis 2016. La capacité de travail dans une activité adaptée restait à déterminer « selon expertise ». En annexe à ce rapport, le Dr L._____ a produit divers rapports de consultation de l'assurée en lien avec le traitement de son diabète.

L'OAI a recueilli un formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère) du 31 mars 2022, dans lequel l'assurée a indiqué que si elle avait été en bonne santé, elle travaillerait à plein temps depuis 2012 comme secrétaire, ceci par nécessité financière.

Par communication du 3 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

Par rapport du 25 novembre 2023, le Dr L._____ a confirmé ses diagnostics en y ajoutant celui de sténose athéromateuse sévère à l'origine de l'artère vertébrale droite existant depuis 2023.

Dans un rapport du 24 juillet 2024, le Dr I._____, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 ; depuis décembre 2019) et de phobie sociale (F40.1). Les limitations fonctionnelles étaient une apathie, une anhédonie, un sentiment d'inutilité et d'incapacité, une intolérance au stress, des crises d'angoisses dans les contacts interpersonnels, une fatigue chronique et un épuisement psychique. Le psychiatre traitant estimait la capacité de travail de sa patiente à deux heures par jour maximum dans une activité occupationnelle. Le pronostic était très réservé.

Par avis du 15 novembre 2024, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a considéré que le diabète, les migraines et la leuco-thombocytose n'étaient vraisemblablement pas incapacitants. L'atteinte à la santé principale était psychiatrique, avec un syndrome

dépressif qui évoluait depuis près de cinq ans. Le SMR suggérait la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (comprenant des volets de psychiatrie et de médecine interne).

L'OAI a confié la réalisation de cette expertise bidisciplinaire au Centre d'expertises médicales P._____ qui a rendu son rapport le 10 février 2025. Les experts ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), d'utilisation nocive pour la santé de sédatifs ou hypnotiques (F13.1), de diabète de type 2 traité (E10), d'intolérance au lactose, de dyslipidémie traitée, de sténose athéromateuse courte à l'origine de l'artère vertébrale droite, traitée par antiagrégnant, d'hémangiome hépatique, de micronodules pulmonaires non évolutifs et de status après leucocytose investiguée sans trouvailles. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient une diminution de la capacité de résistance au stress, d'endurance et aux interactions sociales. Il n'était pas retenu de limitation fonctionnelle au niveau de la médecine générale. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % pour la médecine interne générale, à l'exception de quelques jours d'absence par mois en raison de ses céphalées ; sur le plan psychiatrique, elle était de 40 % du taux horaire, avec taux de présence de 50 % et capacité de rendement de 80 %, depuis le 1er décembre 2019. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % pour la médecine interne générale ; sur le plan psychiatrique, elle était de 64 % du taux horaire, avec taux de présence de 80 % et capacité de rendement de 80 %, depuis le 1er décembre 2019.

Par rapport du 14 février 2025, suivant l'appréciation des experts, le SMR a retenu comme atteinte principale à la santé un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et en tant que pathologie du ressort de l'assurance-invalidité une utilisation nocive pour la santé de sédatifs ou hypnotiques. Le facteur/diagnostic associé non du ressort de l'assurance-invalidité était un diabète de type 2. Depuis le 1er décembre 2019, la capacité de travail de l'assurée était de 40 % dans son activité habituelle et de 64 % dans une activité adaptée.

Le 7 mars 2025, l'assurée a confirmé que sans atteinte à la santé elle travaillerait à un taux de 100 %.

Par projet de décision du 21 juillet 2025, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'elle présentait au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, soit le 1er mai 2022 compte tenu de la demande déposée le 10 novembre 2021, une capacité de travail résiduelle de 40 % dans son activité habituelle et de 64 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, excluait l'ouverture d'un droit à la rente au vu de son degré d'invalidité qui était de 38 %, ceci tant pour la période antérieure au 1er janvier 2024 que s'agissant de celle postérieure à cette date.

Par décision du 29 septembre 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 juillet 2025.

B. Par acte du 30 octobre 2025, B._____, représentée par Stéphane Ducret, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2022, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelles instruction et décision dans le sens des considérants. Sur la forme, elle se plaignait essentiellement d'une violation de son droit d'être entendue, déplorant l'absence d'une décision motivée. Sur le fond, elle soutenait que l'OAI avait insuffisamment instruit son cas en faisant fi des explications pour lesquelles il retenait les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du P._____ au désavantage de celles divergentes de ses médecins (les Drs L._____ et I._____) qui indiquaient une incapacité totale de travail de leur patiente depuis de nombreuses années. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire indépendante auprès d'un médecin psychiatre désigné par le tribunal.

Dans sa réponse du 17 février 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il estimait avoir exposé, certes de manière succincte mais suffisamment compréhensible, les motifs qui ont guidé sa décision. Pour le reste, il n'avait aucun motif de s'écarter des conclusions des experts du P._____ en renvoyant au rapport SMR du 14 février 2025. L'OAI a également produit son dossier.

La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti au 20 mars 2026 par le juge instructeur.

E n d r o i t :

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

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

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

b) En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations le 10 novembre 2021, de sorte que le nouveau droit est applicable.

3. **a)** Dans son acte de recours du 30 octobre 2025, la recourante se plaint essentiellement, si ce n'est exclusivement d'un grief formel, à savoir que l'intimé aurait insuffisamment motivé sa décision. Elle lui reproche dans ce contexte d'avoir violé son droit d'être entendue, qui lui est garanti notamment par les art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 49 al. 3 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des

différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

c) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

d) Dans sa décision du 29 septembre 2025, l'intimé a clairement exposé, sur trois pages et en une vingtaine de paragraphes, les motifs qui ont guidé son refus d'allouer à la recourante une rente d'invalidité ainsi que des mesures professionnelles. Il a notamment exposé, dans le détail, les calculs auxquels il a procédé pour déterminer le degré d'invalidité (en l'occurrence, de 38 %), énumérant en particulier ses revenus avec et sans invalidité, et la manière dont ils ont été fixés, ceci tant pour la période antérieure au 1er janvier 2024 que celle postérieure à cette date. La possibilité de consulter les bases légales applicables était du reste proposée

à la recourante par l'usage d'un QR-Code, reproduit à la dernière page de la décision, et renvoyant directement à un fichier comportant les dispositions légales et réglementaires évoquées dans la décision.

Certes, comme cela est usuellement le cas s'agissant des décisions rendues par l'office intimé, les motifs de la décision attaquée ne précisent pas sur quelles pièces médicales ont été déterminés les taux d'incapacité de travail retenus dès le 1er décembre 2019 (en l'occurrence, de 40 % dans son activité habituelle et de 64 % dans une activité adaptée), pas plus qu'ils ne détaillent les limitations fonctionnelles évoquées dans le texte de la décision. Pour autant, la recourante ne pouvait pas ignorer qu'elle avait fait l'objet d'une expertise médicale bidisciplinaire, dans le cadre de laquelle elle avait été examinée, les 17 décembre 2024 et 3 janvier 2025, dans les locaux du P._____, à S***, par les deux experts, précisément mandatés pour déterminer notamment sa capacité de travail au regard des atteintes à son état de santé. Elle ne pouvait pas non plus ignorer que, lors de l'instruction de sa demande, ses médecins traitants avaient été invités à se prononcer sur son état de santé et les répercussions sur sa capacité de travail.

De ces circonstances, la recourante pouvait en déduire que c'était bien sur le fondement des constats opérés par les experts, respectivement par ses médecins traitants, que les taux d'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles avaient été déterminés. Or la recourante ne prétend pas avoir cherché à consulter le dossier, que ce soit avant ou après la notification du projet de décision du 21 juillet 2025 ou encore ensuite de la notification de la décision attaquée (rendue le 29 septembre 2025), alors qu'à tout le moins dès le 28 octobre 2025, elle était représentée par un mandataire se prévalant d'être titulaire d'un brevet d'avocat. Elle ne prétend pas non plus que l'accès au dossier aurait été indûment refusé par l'intimé, que ce soit à elle ou à son mandataire. Aussi, si la recourante avait consulté son dossier, elle aurait pu constater que l'intimé avait en définitive suivi les conclusions du rapport d'expertise du 10 février 2025, tenu pour probant par le SMR dans son avis du 14 février 2025.

e) Pour ces motifs, on ne saurait conclure à une violation du droit d'être entendu, tel que garanti à la recourante par les art. 29 al. 2 Cst. et 49 al. 3 LPGA.

Au demeurant, la recourante, dont on rappelle qu'elle est assistée d'un mandataire, aurait pu se déterminer au stade de la procédure de recours, et notamment faire valoir des éléments propres à remettre en cause l'évaluation médicale de l'intimé, de sorte qu'à supposer même que ce dernier ait violé son droit d'être entendu, cette violation a été réparée par la procédure menée devant la présente autorité, qui dispose d'un plein pouvoir de cognition, tant sur le plan juridique que factuel.

On observera à cet égard qu'en dépit du grief tiré d'une violation du droit d'être entendu, longuement développé dans son acte de recours du 30 octobre 2025, la recourante n'a pas apporté d'éléments complémentaires dans le cadre d'une éventuelle réplique, alors qu'un délai au 20 mars 2026 lui avait été imparti à cette fin et que, dans l'intervalle, l'intimé avait versé son dossier à celui de la présente cause.

4. **a)** Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) 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.

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).

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 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 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) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

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)** En l'espèce, l'OAI a fondé sa décision sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du P._____ du 10 février 2025 laquelle comportait des volets de psychiatrie et de médecine interne.

b) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire au dossier remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 5b-c supra). Les experts se sont entretenus les 17 décembre 2024 et 3 janvier 2025 avec l'assurée et ont eu accès à son dossier médical complet, qui a été résumé. S'ouvrant dans les deux disciplines examinées par une anamnèse, le rapport d'expertise décrit le contexte médical et assécurologique déterminant, examine les plaintes exprimées par la recourante, relate le status avec également la description d'une journée-type, de même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées. En outre, l'évaluation consensuelle fait une synthèse des constatations des deux spécialistes et répond de manière ciblée aux questions de l'administration.

c) Sur le plan de la médecine interne, le Dr T._____ n'a pas retenu de diagnostic incapacitant, ni de limitation fonctionnelle. Au jour de son examen, le diabète de type 2 était bien traité (par Jardiance et Ozempic une fois par semaine) avec une perte de poids de douze kilos en une année. Les glycémies, l'hémoglobine glyquée et la fonction rénale demandées étaient dans la norme. La recourante ne présentait pas de complication liée au diabète, pas de polyneuropathie des membres inférieurs, ni de rétinopathie mais des céphalées chroniques *versus* migraines investiguées,

sans trouvaille. Elle avait subi une cholécystectomie par laparoscopie, présentait une intolérance au gluten, avait eu trois accouchements par césarienne et une incontinence urinaire d'urgence. Il sied de préciser qu'il n'y a pas matière à tenir compte de limitations fonctionnelles supplémentaires en raison des céphalées dès lors que les experts pouvaient considérer, à juste titre, que cette atteinte à la santé justifiait tout au plus quelques jours d'absences occasionnels, sans incidence comme telle sur la capacité de travail de la recourante ou son rendement.

d) Concernant le volet de psychiatrie, le Dr W._____ a retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'utilisation nocive pour la santé de sédatifs ou hypnotiques (F13.1) qui justifiaient des limitations fonctionnelles (une diminution de la capacité de résistance au stress, d'endurance et aux interactions sociales). Au jour de son examen, le statut se caractérisait par une indifférence affective sans tristesse apparente, des idées interprétatives non délirantes, de légers troubles attentionnels avec des réponses à côté et un discours digressif avec des explications parfois floues non informatives. Il était constaté un léger retentissement psychique des troubles. Selon l'analyse effectuée, la recourante disposait de ressources internes (elle avait pu terminer sa formation, parlait plusieurs langues et avait travaillé par le passé sans problème) ainsi qu'externes (elle était soutenue par ses enfants, son mari, ses sœurs et disposait d'un réseau familial ainsi que d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis 2019). La capacité de travail comme secrétaire était de 40 % à un taux de présence de 50 % et une capacité de rendement de 80 %. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées était de 64 %, à un taux de présence de 80 % et une capacité de rendement de 80 %. Le pronostic était réservé au vu de la chronicité des troubles qui évoluaient au moins depuis 2019. Sur le plan thérapeutique, l'expert proposait une adaptation médicamenteuse (sevrage de benzodiazépines, augmentation de la fluoxétine jusqu'à 80 mg par jour) et une adaptation du cadre thérapeutique (augmentation de la fréquence du suivi psychiatrique, psychothérapeutique ou complémentation par un suivi psychologique psychothérapeutique avec une fréquence hebdomadaire et complément

par un suivi infirmier ou ergothérapeutique à domicile). Ces mesures étaient exigibles sur le plan médical et devaient permettre, en cas d'évolution favorable, d'obtenir une capacité de travail entière de la recourante dans toutes activités et ceci dans un délai entre trois et six mois.

e) Les constatations et les conclusions ressortant de l'expertise bidisciplinaire figurant au dossier ne sont pas remises en cause au vu de l'absence d'élément médical contraire produit par la recourante postérieurement au rapport d'expertise, avec la précision que le rapport du 24 juillet 2024 du Dr I._____ a été discuté par l'expert psychiatre.

f) Compte tenu de ce qui précède, l'OAI pouvait se fonder sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du P._____ du 10 février 2025, qui a pleine valeur probante, pour rendre sa décision.

8. Il reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vert de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art.

16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

b) Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base de l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. D'après l'art. 26bis al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder, pour fixer son revenu d'invalide, sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

d) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26bis al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a toutefois estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1er janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

Selon l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

e) En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, dans la décision attaquée, l'intimé s'est fondé, pour fixer les revenus sans et avec invalidité, sur les revenus auxquels peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (niveau de compétence 1), sur la base de l'ESS 2022 (TA1_tirage_skill_level).

f) S’agissant du revenu sans invalidité, l’intimé a retenu le salaire s’appliquant à la branche économique « Activités de services admin. (sans 78) » (lignes 77, 79 – 82), à savoir 4'006 francs.

Or ce raisonnement ne peut pas être suivi en l’état.

Il n’est en effet pas établi à ce stade que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait nécessairement exercé une activité dans le domaine des services administratifs. En effet, les déclarations de l’assurée ont passablement varié quant aux différentes activités qu’elle aurait déployées depuis son arrivée en Suisse. Elle a notamment indiqué à son psychiatre traitant – qu’elle consulte depuis 2019 – qu’après la naissance de ses enfants, elle a cessé son travail à la Justice de paix de Y*** (rapport médical du Dr I._____ du 24 juillet 2024). Lors de l’expertise réalisée par le Dr W._____, l’assurée a mentionné qu’elle avait fait deux ans d’université en langue anglaise au Maroc (stoppée car son père était malade), puis qu’elle était venue en Suisse à vingt-deux ans et s’y était formée comme secrétaire de direction en *** en deux ans, sans problème. Elle a affirmé avoir par la suite travaillé à 100 % comme secrétaire dans une société multinationale pendant quatre ans, puis deux ans à l’université de Z*** comme employée de bureau, puis un an au « tuteur général » de Y*** (rapport d’expertise du 10 février 2025 du P._____, ch. 6.1, p. 22). Toutefois, les inscriptions au compte individuel (CI) AVS ne permettent nullement de confirmer l’exercice de ces différentes activités. A cela s’ajoute que le dossier ne contient aucun certificat de formation ou de travail. En définitive, l’intimé ne pouvait pas se fonder, en lien avec le calcul du revenu sans invalidité, sur les seules allégations de la recourante selon lesquelles elle disposerait d’une formation en secrétariat dispensée par l’E._____ durant environ un an et demi, puis qu’elle aurait travaillé comme aide-administrative et réceptionniste auprès de différentes entreprises et institutions jusqu’en 2012.

g) Les éléments au dossier étant lacunaires, voire contradictoires sur la formation et les activités déployées par l’intéressée, la Cour de céans n’est ainsi pas en mesure de trancher le litige à satisfaction de droit, respectivement de déterminer le montant du revenu sans invalidité

dans le cadre de la comparaison des revenus. Il sied de rappeler que selon le principe inquisitoire, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Or, tel n'a manifestement pas été le cas en l'occurrence. Cela étant, il appartiendra dans un premier temps à l'OAI de recueillir l'attestation de formation ainsi que les certificats de travail qui font défaut au dossier auprès de la recourante, le cas échéant auprès des employeurs inscrits au compte individuel (CI) AVS, par exemple la J._____, puis de procéder au calcul du revenu sans invalidité et de déterminer le préjudice économique qui en résulte afin d'établir le taux d'invalidité de la recourante, et enfin de rendre une nouvelle décision.

9. **a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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 29 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président : Le greffier :

Du

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

- Stéphane Ducret, pour B._____,
- Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :