

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 octobre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Livet, juge, et Mme Coquoz, assesseure
Greffière : Mme Chenaux

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Mehdi Benani, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé comme office et IT manager à 60%, chez [...], en liquidation, à [...] du 15 avril 2021 au 30 octobre 2021 et comme professeure de français et d'anglais remplaçante.

Le 31 décembre 2021, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce, faisant état d'une incapacité de travail depuis le 29 juillet 2021, d'abord totale, ensuite réduite à 75 % du 25 août au 13 octobre 2021, puis à 70 % dès le 13 octobre 2021 en raison de fortes douleurs dorsales. Compte tenu des incapacités précitées, l'assurée percevait des prestations de l'assurance perte de gain [...].

Dans son rapport médical du 10 janvier 2022, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu que les lésions objectivées lors d'une IRM, confirmées par l'anamnèse et l'examen clinique du 17 décembre 2021, justifiaient une incapacité de travail d'environ 70 %, la capacité de travail étant limitée à deux heures par jour en télétravail. Les limitations décrites par la patiente n'avaient par ailleurs pas évolué depuis le début de l'affection rachidienne.

b) Le 8 février 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI mentionnant de fortes douleurs dorsales, plusieurs hernies discales, des difficultés de mobilité et dans l'accomplissement des tâches ménagères, ainsi que la nécessité de s'aliter après certaines activités. Ces atteintes existaient depuis 2006 mais se seraient dégradées depuis fin juillet 2021.

Le 21 février 2022, l'OAI a reçu une copie du dossier de l'assurance perte de gain, lequel contenait notamment un rapport d'une expertise médicale du 13 octobre 2021 du Dr N. _____.

Dans ce rapport d'expertise, le médecin praticien a diagnostiqué une exacerbation douloureuse de rachialgies chroniques sans irradiation radiculaire, pouvant correspondre à un conflit disco-vertébral dorso-lombaire ou lombaire ou facettaire, des troubles posturaux, une dysbalance musculaire des secteurs sous pelviens antérieurs et des carrés lombaires, ainsi qu'une obésité de grade 2. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg de manière répétée ou 10 kg de manière exceptionnelle, pas de travail nécessitant une antéflexion prolongée de la colonne lombaire, ni de position en porte-à-faux, ni en rotation répétée du tronc, pas de position assise prolongée, ni accroupie, ni de position debout prolongée (c'est-à-dire uniquement des activités avec la possibilité d'effectuer des changements réguliers de position), pas de flexion cervicale prolongée. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré qu'au moment de l'expertise, une reprise de travail dans l'activité habituelle n'était pas envisageable, l'assurée étant empêchée de rester assise ou debout de manière prolongée, compte tenu des limitations encore existantes. Toutefois, en poursuivant les séances de physiothérapie, une reprise de travail devait être possible dès le 1^{er} décembre 2021 tant dans une activité adaptée, que dans l'activité habituelle, d'autant plus en télétravail, moyennant une diminution de rendement de 15 %, ladite activité pouvant être considérée comme adaptée en tenant compte des limitations fonctionnelles précitées.

Selon le rapport du 31 mars 2022 adressé au Dr H._____, le Prof. [...], spécialiste en radiologie, a relevé que la rééducation fonctionnelle, la physiothérapie et les infiltrations blocs n'avaient pas permis d'améliorer la symptomatologie de l'assurée et a sollicité l'avis du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur son état de santé.

Dans son rapport du 12 avril 2022, celui-ci a retenu que les lombalgies chroniques présentaient une forte composante psychique, l'assurée ayant déjà souffert de douleurs similaires dans le cadre d'un syndrome de burn-out. S'agissant de la colonne vertébrale, il a indiqué ne pas pouvoir intervenir et a recommandé de l'adresser au Prof. G._____,

spécialiste en médecine interne générale et chef du service de rhumatologie au W._____.

Aux termes de leur rapport du 20 avril 2022, la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et U._____, psychologue, ont retenu, comme diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et un trouble de personnalité non spécifié (F60.9). Elles ont fixé la capacité de travail de l'assurée à 30 % et ont estimé qu'un recouvrement complet de la capacité de travail serait possible une fois les douleurs dorsales résolues.

Le 1^{er} juin 2022, l'assurée, représentée par Me Emilie Rodriguez, a déposé une requête en conciliation contre D._____ auprès du Tribunal d'arrondissement de [...]. Une autorisation de procéder a été délivrée le 1^{er} septembre 2022.

Le 16 octobre 2022, l'assurée a formulé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, indiquant rencontrer des difficultés à accomplir certains actes ordinaires de la vie.

Le 29 novembre 2022, le Prof. [...] a adressé un courrier à l'OAI, dans lequel il indiquait que la situation psychiatrique primait chez l'assurée. Il y joignait la lettre de sortie du 11 octobre 2022, rédigée par les Dres [...], spécialiste en rhumatologie et cheffe de clinique, et [...], médecin assistante, attestant d'une hospitalisation au service de rhumatologie du [...] du 12 au 24 septembre 2022 pour des « rachialgies en exacerbation progressive et invalidantes avec un fort retentissement fonctionnel ». Elles ont retenu plusieurs diagnostics :

« **Diagnostic principal :**

- **Dorso-lombalgie (sic) chroniques**
 - **sur déconditionnement et troubles dégénératifs minimes**
 - **en péjoration depuis une année**

Diagnostic secondaire :

- **Insuffisance surrénalienne cortico-induite**

Comorbidités - antécédents :

Obésité permagna
Lombalgies chroniques
Syndrome anxio-dépressif
Abus opiacés et cortisone »

Les médecins ont mentionné que l'assurée avait été évaluée en consultation par le Prof. G. _____ le 8 août 2022, qui avait évoqué un syndrome douloureux chronique.

Dans leur rapport établi le 9 février 2023, la Prof. [...], spécialiste en endocrinologie-diabétologie, et la Dre [...], médecin assistante, ont notamment diagnostiqué une insuffisance cortico-surrénalienne sur prise exogène de corticoïde au long cours (E27.4) et sur thérapie opiacée.

Selon le rapport du 13 février 2023 adressé au médecin traitant par la Dre [...], spécialiste en anesthésiologie, l'assurée faisait l'objet d'investigations en vue d'une chirurgie bariatrique en raison de la prise de poids de 30 kg survenue à la suite d'un traitement cortisoné débuté deux ans auparavant. Le médecin a constaté que toute mobilité entraînait des douleurs et a recommandé de réduire, voire d'interrompre, la consommation de médicaments à longue durée d'action, tels que le valium, prescrit depuis deux ans, et la morphine, prise depuis cinq ans.

Aux termes de leur rapport du 27 février 2023, le Prof. [...], spécialiste en pneumologie et médecin-chef au W. _____, ainsi que le Dr [...], médecin assistant, ont indiqué avoir rencontré pour la première fois l'assurée en consultation somnologique à la suite de la réalisation d'une polygraphie nocturne de la nuit. Ils ont posé le diagnostic de trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif et de degré sévère, ainsi que le diagnostic de possible trouble du rythme circadien veille sommeil de type retard de phase.

Selon l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci- après : SMR) du 1^{er} mai 2023, l'évolution constatée depuis

l'expertise mandatée par l'assureur perte de gain n'était pas favorable. En outre, la situation psychiatrique de l'assurée n'était pas suffisamment clarifiée, ce qui ne permettait pas de déterminer si une chirurgie bariatrique pouvait être envisagée. Il a dès lors préconisé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

Suivant cet avis du SMR, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise en médecine interne générale, en endocrinologie et diabétologie, en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en rhumatologie, qu'il a confiée au X. _____ à [...]. Il en a informé l'assurée par courrier du 24 mai 2023.

A l'issue des entretiens individuels menés avec l'assurée, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, [...], spécialiste en endocrinologie-diabétologie, [...], spécialiste en médecine interne générale et [...], spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport le 6 février 2024. Aux termes de celui-ci, les experts ont posé les diagnostics suivants : douleurs lombaires sans irradiation dans les membres inférieurs sur simple atteinte articulaire postérieure sans hernie discale (ICD-10, M54.5), douleurs cervicales sur très minime discopathie cervicale (M54.2), douleurs de l'épaule droite sur minime tendinopathie du supra-épineux avec minime bursite sous-acromio-deltoïdienne (M75.1), insuffisance corticosurrénalienne sur prise exogène de corticoïdes au long cours (5A74.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00), syndrome des apnées du sommeil, non appareillé (7A41), canal carpien, électromyographique (G56.0) et obésité morbide (E66.8). Seules des limitations fonctionnelles rhumatologiques ont été retenues, à savoir : pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg, pas d'effort du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules, changement de position régulier. Les experts ont considéré que la capacité de travail tant dans l'activité exercée jusqu'ici, que dans une activité adaptée, était nulle du 29 juillet au 30 novembre 2021 et de 85 % depuis le 1^{er} décembre 2021.

Dans son avis du 20 février 2024, le SMR a jugé l'expertise conforme aux exigences de qualité et convaincante, ses constatations étant cohérentes avec le dossier, sans élément de gravité ostéo-articulaire et sans psychopathologie incapacitante. Il a retenu que l'atteinte était exclusivement d'ordre rhumatologique, avec une capacité de travail entière dans toute activité, sous réserve d'une diminution de rendement de 15 % en raison des douleurs et de la nécessité de changer de position. Sur le plan thérapeutique, il a recommandé la poursuite de la physiothérapie, un sevrage des opiacés et une perte de poids.

Le service de réadaptation de l'OAI a rendu son rapport final le 26 février 2024, dans lequel il a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était équivalente à la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'aucune aide au placement n'était proposée.

c) Par projet de décision du 27 février 2024, l'OAI a refusé l'octroi de prestations au terme du délai d'attente d'une année, à savoir le 29 juillet 2022, au motif qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 85 % dans toute activité.

Par projet de décision du 12 mars 2024, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent au motif que les investigations réalisées n'avaient pas démontré qu'une aide régulière et importante d'un tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie était nécessaire.

Par courrier du 12 avril 2024, l'assurée, représentée par son nouveau mandataire, Me Mehdi Benani, a formé opposition au projet de décision du 27 février 2024. Elle a fait valoir, en substance, que les conclusions de l'expertise rhumatologique se fondaient uniquement sur le pronostic de l'expertise mandatée par l'assureur perte de gain et a reproché à l'OAI d'avoir retenu, à tort, l'absence d'évolution de sa situation, alors que plusieurs rapports médicaux établissaient le contraire. En outre, l'expertise psychiatrique serait contredite par les rapports de la Dre [...] ainsi que par

ceux de la psychologue, Mme [...]. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit les rapports suivants :

- un rapport non daté établi par sa psychologue, Mme [...], qui a apporté des précisions supplémentaires sur la vie familiale et sociale de l'assurée, ainsi que sur ses activités physiques et administratives, éléments dont l'expert psychiatre n'aurait pas tenu compte dans son analyse. La psychologue a en outre relevé un possible trouble alimentaire et une perturbation du rythme veille-sommeil. Elle a enfin mentionné que l'assurée présentait un épisode dépressif actuel d'intensité sévère, objectivé par les échelles de dépression de Beck et de Montgomery, ainsi qu'un trouble de personnalité.

- un rapport du 26 mars 2024 de son ergothérapeute, signé par le médecin traitant, faisant état de nombreuses difficultés dans les activités quotidiennes, dans les relations sociales ainsi que dans les activités de loisirs et les activités productives.

Par courrier du 27 mai 2024, le conseil de l'assurée a transmis à l'OAI deux rapports médicaux :

- un rapport établi le 6 mai 2024 par le Dr [...], dans lequel celui-ci a critiqué l'expertise mandatée par l'AI, en soutenant notamment que la fixation du taux de capacité de travail apparaissait insuffisamment étayée et que l'assurée ne pourrait, au mieux, atteindre 50 % que si le traitement de la douleur liée à la mobilité s'avérait plus efficace. Il a reproché à l'expert de s'être fondé sur les constatations de l'expertise mandatée par l'assurance perte de gain, sans tenir compte des incapacités qu'il avait lui-même définies, ni celles retenues par le Dr O._____, estimant que l'appréciation de l'expert était « bien trop sévère ». Il a en outre relevé que l'assurée présentait des troubles somatoformes douloureux, susceptibles d'expliquer la persistance de ses douleurs, réfractaires au traitement antalgique.

- un rapport du 10 mai 2024 rédigé par le Dr P._____, spécialiste en chiropratique spécialisée et chef de l'unité chiropratique du [...], selon lequel les différents examens par IRM n'avaient pas apporté d'éclaircissement particulier sur les douleurs de l'assurée. En outre, l'intéressée se trouvait dans un cercle vicieux négatif lié à son surpoids, qui limitait sa mobilité, alors qu'une activité physique accrue permettrait d'atténuer ses douleurs et de travailler suffisamment pour assurer un revenu décent. Dans ce contexte, la prescription prochaine d'un traitement médicamenteux contre l'obésité était susceptible d'améliorer la situation. Il a estimé la capacité de travail de l'assurée à 20-25 %.

Appelé à se prononcer sur les documents médicaux produits par l'assurée, le SMR a relevé, dans son avis médical du 1^{er} juillet 2024, qu'ils ne contenaient aucun élément nouveau de nature à remettre en cause ses conclusions. Il a souligné que le Dr P._____ avait estimé que les constatations cliniques ou l'imagerie ne permettaient pas d'expliquer les douleurs et avait considéré que les critiques du Dr H._____ étaient générales et non argumentées, et rappelé que seul l'expert psychiatre avait procédé à une analyse complète des critères du trouble somatoforme douloureux, lesquels n'étaient pas remplis. En conclusion, le SMR a confirmé son appréciation du 20 février 2024, retenant une capacité de travail entière dans toute activité avec une diminution de rendement de 15 %.

Par décision du 2 juillet 2024, adressée au conseil de l'assurée en courrier B, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations de l'assurance-invalidité à l'assurée, confirmant son projet de décision du 27 février 2024.

Par décision du 5 septembre 2024, qui se fonde sur l'avis du SMR du même jour, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent à l'assurée, confirmant son projet de décision du 12 mars 2024.

B. **a)** Par acte du 4 septembre 2024, M._____, représentée par Me Mehdi Benani, a recouru contre la décision du 2 juillet 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité

illimitée dans le temps lui soit allouée à compter du 29 juillet 2022, et subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un rapport d'expertise judiciaire en rhumatologie établi le 8 juillet 2024 par le Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans le cadre de la procédure ouverte à l'encontre de l'assureur perte de gain de son ancien employeur et pendante devant le Tribunal d'arrondissement de [...]. Elle a soutenu, en substance, que l'expertise du [...] ne saurait être revêtue de valeur probante sur le plan rhumatologique, dans la mesure où elle se bornerait à reprendre les conclusions de l'expertise de 2021 sans tenir compte de l'aggravation de sa situation depuis lors, omettrait de considérer plusieurs éléments déterminants, tels que le syndrome de sensibilisation à la douleur relevé par le Dr G._____ et le caractère dégénératif des troubles ostéo-articulaires, et se trouverait en contradiction avec l'expertise judiciaire du 8 juillet 2024. En outre, la recourante a estimé qu'il en irait de même du volet psychiatrique de l'expertise, celui-ci retenant à tort l'existence d'un trouble dépressif récurrent léger, alors que les rapports versés au dossier plaideraient en faveur d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, associé à un trouble de la personnalité. Elle lui a reproché en outre d'avoir écarté, sans l'investiguer, la question d'un trouble somatoforme douloureux pourtant évoqué par le Dr G._____. En conclusion, elle a considéré qu'un taux d'invalidité d'au moins 75% dans toute activité habituelle ou adaptée devrait lui être reconnu.

Dans sa réponse du 14 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant que le rapport du [...] remplissait les conditions jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une expertise. Il a produit un avis médical du SMR du 27 septembre 2024, selon lequel l'expertise du Dr [...] proposerait une appréciation divergente sur certains points mais ne permettrait pas de remettre objectivement en cause ni la stabilisation de l'état de santé fixée au 1^{er} décembre 2021, ni l'évaluation de la capacité de travail résiduelle à 85 % retenue par l'expertise du [...].

b) Dans sa réplique du 16 janvier 2025, la recourante a confirmé ses conclusions et les a complétées en ce sens qu'il soit, à titre subsidiaire, ordonné une expertise judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, endocrinologique et de médecine interne) afin d'évaluer sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Elle a produit un complément d'expertise du Dr [...], daté du 11 décembre 2024, dans lequel l'intéressé a fait valoir que son analyse était plus convaincante que celle du Dr N. _____ dans son expertise de 2021, en raison notamment d'une motivation plus approfondie concernant le rachis, d'un temps d'examen plus long de l'assurée et d'une étude du dossier radiologique. Il a en outre précisé n'avoir pas pris connaissance des conclusions de l'expertise de X. _____ avant son entretien avec l'assurée le 18 juin 2024 afin de ne pas être influencé dans sa prise de décision. Concernant la date à laquelle la recourante aurait récupéré une capacité de travail complète dans une activité adaptée, l'expert l'a fixée au 25 septembre 2022, précisant qu'il s'agissait du lendemain de la sortie du service de rhumatologie du W. _____, moment à partir duquel il a considéré le cas comme stabilisé et estimé que l'assurée avait bénéficié d'une prise en charge conforme aux règles de l'art. Il est d'avis que l'expertise du X. _____, en particulier le plan rhumatologique, n'apportait aucun élément de nature à modifier ses conclusions. La recourante a ainsi fait valoir qu'une plus grande valeur probante devait être reconnue à l'expertise du Dr [...] qu'à celle de [...].

Par courrier du 21 janvier 2025, la recourante a produit un nouveau rapport médical du 20 janvier 2025 des Drs R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecin assistant, au sein du département de psychiatrie du W. _____, consultés sur avis de son médecin traitant. Ceux-ci ont posé le diagnostic principal de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) et les diagnostics secondaires de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40). La recourante a soutenu que la confirmation d'un trouble dépressif récurrent, conjuguée à l'existence d'un trouble douloureux somatoforme persistant, mettait en évidence le caractère lacunaire de l'instruction

menée par l'OAI, les experts du X._____ n'ayant pas examiné ce dernier diagnostic, pourtant relevé par le Dr G._____.

Dans sa duplique du 10 février 2025, l'OAI a réitéré ses conclusions et a transmis deux avis médicaux du SMR des 24 et 30 janvier 2025 :

- Dans son premier avis, le SMR s'est prononcé sur le complément d'expertise du Dr C._____, rappelant que, malgré l'hospitalisation de 2022, aucune modification objective de l'état de santé de l'assurée n'a été constatée depuis l'expertise du Dr N._____. Il ne pouvait donc pas se rallier au raisonnement du Dr C._____ et a confirmé la date d'aptitude théorique à la réadaptation au 1^{er} décembre 2021. Il a admis qu'une capacité de travail entière pouvait être envisagée dans une activité respectant strictement la nécessité d'alterner les positions toutes les 45 minutes et a maintenu ses autres conclusions.

- Dans son second avis, le SMR a pris position sur le rapport du 20 janvier 2025 établi par les psychiatres du W._____. Il a rappelé que l'expert psychiatre du X._____ s'était clairement prononcé sur l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux, en concluant que les critères diagnostiques n'étaient pas remplis. Il a relevé que les psychiatres du W._____ n'avaient pas procédé à l'analyse des indicateurs de gravité jurisprudentiels, contrairement à l'expertise du X._____, et qu'aucun élément ne permettait de retenir l'intensité sévère du trouble dépressif. Par ailleurs, dite expertise était partiellement en accord avec le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision, retenu par les psychiatres du W._____, l'expert du X._____ ayant relevé certains traits de personnalité anankastiques et évitants, sans toutefois constater un tableau clinique suffisamment marqué pour admettre ce diagnostic. Enfin, le SMR a estimé que le rapport du 20 janvier 2025 constituait une appréciation différente d'un même état de fait, celui-ci n'apportant aucun élément attestant d'une aggravation des troubles douloureux ou dépressifs depuis l'expertise de février 2024.

La recourante, à qui la duplique de l'OAI du 10 février 2025 a été transmise, ne s'est pas prononcée plus avant.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail.

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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le

1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 2 juillet 2024, fait suite à une demande de prestations déposée le 8 février 2022. Le nouveau droit est dès lors applicable.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) 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).

d) 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 LPG, 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).

e) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

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

7. Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/22 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

8. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du X. _____ du 6 février 2024, a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis le 29 juillet 2021, mais qu'à l'issue du délai de carence d'un an, soit le 29 juillet 2022, elle disposait d'une capacité de travail de 85 % dans toute activité, plus particulièrement une capacité de travail complète avec une baisse de rendement de 15 %.

Quant à la recourante, elle remet en cause la valeur probante de cette expertise, en particulier les volets rhumatologique et psychiatrique, qu'elle juge lacunaire et contredite par l'expertise judiciaire du 8 juillet 2024 mise en œuvre par le Tribunal d'arrondissement de [...]. Elle soutient qu'un trouble dépressif d'intensité moyenne et un trouble somatoforme douloureux ont été ignorés par les experts, contestant ainsi avoir retrouvé une capacité de travail supérieure à 25 %.

b) Il sied en premier lieu de relever que les experts du X. _____ concluent que seules les atteintes rhumatologiques de la recourante génèrent des limitations fonctionnelles et sont partant incapacitantes. En revanche, aucune limitation fonctionnelle n'est retenue en psychiatrie, endocrinologie et médecine interne. La recourante ne prétend pas que les volets de l'expertise en endocrinologie et en médecine interne seraient erronés. Ces points n'étant pas contestés, ils ne seront pas examinés plus avant ; sont en revanche litigieuses les atteintes et limitations fonctionnelles retenues en rhumatologie et psychiatrie.

c) aa) S'agissant des atteintes rhumatologiques de la recourante, le Tribunal d'arrondissement de [...] a mis en œuvre une

expertise judiciaire qu'elle a confiée au Dr C._____. Dans son rapport du 8 juillet 2024, complété le 19 décembre 2024, cet expert a retenu, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des dorsolombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs articulaires postérieurs légers au niveau dorsal, modérés au niveau lombaire et d'une protrusion L2-3 paramédiane droite depuis juillet 2021, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 25 septembre 2022, sous réserve des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis dorso-lombaires suivantes :

- l'absence d'attitude prolongée en porte-à-faux ;
- l'absence de mouvement répété de flexion-extension du tronc, de rotations rapides du tronc ;
- l'absence de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes et de position debout statique prolongée au-delà de 20 minutes ;
- l'absence de montée-descente répétée d'escalier ;
- l'absence de port de charges au-delà de 5 kg.

bb) Cette expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Elle a en effet été ordonnée par une autorité judiciaire dans le cadre du litige avec l'assureur perte de gain et confiée à un spécialiste en rhumatologie, étranger au traitement de la recourante et à l'assureur, qui a analysé la situation en pleine connaissance des documents médicaux figurant au dossier depuis 2017 (y compris l'expertise de 2021 et la documentation d'hospitalisation de septembre 2022). Il a, en outre, établi une anamnèse détaillée, procédé à un examen clinique complet et actualisé, et a discuté les pièces médicales divergentes, exposant de manière convaincante pourquoi et en quoi il se distancie des conclusions retenues par l'expertise rhumatologique du X._____ dans le cadre de son complément du 19 décembre 2024. Les rapports des 8 juillet et 19 décembre 2024 sont clairs, structurés, dûment motivés, et démontrent que les questions litigieuses ont été examinées de manière approfondie. L'expert y précise avoir conduit son évaluation en s'abstenant volontairement, dans un premier temps, de

consulter l'expertise tri-disciplinaire du X._____ afin de ne pas être influencé, avant d'en discuter expressément les divergences dans un second temps.

cc) Sur le plan matériel, l'expert a posé des diagnostics cohérents avec les constatations cliniques et l'imagerie, de manière motivée et détaillée, en se référant, pour certains d'entre eux, à un système de classification reconnu, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a décrit précisément les limitations fonctionnelles et motivé la datation de la récupération de la capacité de travail entière dans une activité adaptée au 25 septembre 2022 par la stabilisation constatée après l'hospitalisation en rhumatologie. Bien que postérieure à la décision litigieuse, l'expertise judiciaire se rapporte à la capacité de travail de la recourante durant la période déterminante ; elle doit donc être prise en considération. Ses conclusions sont logiques, étayées et répondent aux points contestés, ce qui les rend convaincantes.

Plus particulièrement, en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, le Dr C._____ a conclu à une incapacité totale dans l'activité habituelle, celle-ci nécessitant un poste de travail permettant des changements réguliers de position, condition qui n'était pas garantie. En revanche, dans une activité adaptée, il a estimé qu'il n'était pas possible d'évaluer la capacité de travail par paliers de 15 % du fait que l'assurée devait pouvoir se reposer lors des changements de position, en raison de l'absence de signe de gravité à l'examen clinique et de la nette amplification des symptômes avec une discordance marquée entre les allégations douloureuses de l'assurée et les constatations objectivables. S'écartant ainsi des conclusions de l'expertise de 2021, reprises par les experts du X._____, il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée et une date d'exigibilité au 25 septembre 2022, correspondant à la date de sortie de l'hospitalisation en rhumatologie. Selon lui, le cas n'était pas encore stabilisé lors de l'expertise de 2021 et nécessitait d'attendre le résultat des infiltrations articulaires postérieures (cf. rapport du 31 mars 2022 du Prof. V._____ et rapport du 12 avril 2022 du Dr O._____).

dd) Il y a lieu de suivre l'appréciation du Dr C._____, expert judiciaire, plutôt que celle du X._____ en matière de rhumatologie, pour les motifs développés de manière convaincante dans le complément d'expertise du 19 décembre 2024. D'abord, il a consacré près de deux fois plus de temps à l'examen de la recourante (2h05 contre 1h05 pour le Dr [...], expert rhumatologue du X._____). Ensuite, il a procédé à une étude personnelle et complète du dossier radiologique, en analysant les CDs fournis par l'assurée, alors que le Dr [...] s'est limité aux comptes rendus radiologiques. En outre, l'examen du rachis effectué par le Dr T._____ apparaît plus sommaire (cf. rapport d'expertise du 6 février 2024 du X._____, p. 40) et il n'a pas décrit les contraintes physiques liées au poste de travail, ni distingué les diagnostics incapacitants des autres (cf. rapport d'expertise précité, p. 42). Enfin, l'argumentation concernant la date de l'exigibilité d'une activité adaptée est bien plus développée dans le rapport du Dr [...] que dans celui du [...] (cf. rapport d'expertise précité, p. 43), lequel s'est essentiellement appuyé sur l'expertise de 2021, qui suggérait elle-même l'utilité d'un avis neurochirurgical et d'infiltrations facettaires (cf. rapport d'expertise du 13 octobre 2021 du Dr N._____, p. 22), laissant entendre que la situation n'était pas encore stabilisée. Partant, c'est à tort que l'intimé a considéré que l'expertise judiciaire ne permettait pas de remettre en cause, de façon objective, la stabilisation de l'état de santé fixée au 1^{er} décembre 2021, ni l'évaluation de la capacité de travail résiduelle à 85 % retenue par l'expertise du X._____.

ee) Il s'ensuit que l'expertise judiciaire du Dr C._____, bénéficiant en outre de la présomption d'objectivité attachée aux expertises judiciaires, doit se voir reconnaître pleine valeur probante et l'emporter sur l'expertise du X._____, laquelle apparaît moins détaillée et incomplète sur plusieurs points. Il convient dès lors de retenir que la recourante a été en incapacité totale pour des raisons rhumatologiques du 29 juillet 2021 au 25 septembre 2022, puis a disposé d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès cette date, dans le respect des limitations précitées.

d) aa) S'agissant du volet psychiatrique, l'expert du X. _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). Il retient ce qui suit :

« Nous trouvons un épisode dépressif d'intensité légère se traduisant par une baisse d'intérêt partielle, puisqu'elle maintient quelques activités associatives. Elle présente une perte d'élan vital, une humeur triste, avec des idées suicidaires passagères, non scénarisées. Il y a un léger ralentissement psychomoteur. Il y a des troubles du sommeil, ainsi que des troubles de l'appétit. Nous trouvons une labilité émotionnelle, mais il n'y a pas d'antécédents de phase maniaque ou hypomaniaque et nous éliminons un trouble affectif bipolaire (...) ».

Il explique les raisons pour lesquelles il s'est distancié de l'appréciation plus sévère de la psychiatre et de la psychologue traitantes de la façon suivante :

« Dans le rapport du 20 avril 2022, de la doctoresse Q. _____, il est noté un suivi depuis le 22 août 2014. Nous retenons, dans notre expertise, les éléments qui ont été rapportés d'un point de vue biographique. Il était retenu un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen mais nous pensons que l'épisode est actuellement léger. En effet, elle maintient des activités sociales même si ses activités sont légèrement diminuées. Il n'y a pas de perte totale d'intérêt. Elle n'est pas tout le temps triste. Il était retenu un trouble de personnalité non spécifiée, mais nous retenons plutôt quelques traits de personnalité anankastique et évitante, sans pour autant retenir une accentuation de personnalité, ni de véritable trouble de personnalité car elle a pu maintenir des relations sociales.

Concernant le rapport du 9 janvier 2024, de la psychologue Madame U. _____ [*rapport non daté, produit le 12 avril 2024 par la recourante*], nous avons expliqué les raisons qui nous font retenir un épisode dépressif plutôt léger que sévère. Nous sommes en accord sur une certaine rigidité de fonctionnement qui fait plutôt évoquer un trait de personnalité anankastique. »

Toutefois, cette analyse apparaît lacunaire. D'une part, l'argument relatif au maintien d'activités sociales ne résiste pas à l'examen des pièces au dossier : la psychologue précise que les réunions d'une des associations concernées se déroulent en visioconférence une fois par trimestre et que l'autre association, créée par l'intéressée, est inactive depuis plusieurs années, tandis que les relations sociales de celle-ci seraient

« extrêmement rares et peu satisfaisantes » (cf. rapport non daté de Mme U._____, produit le 12 avril 2024 par la recourante). En se bornant à évoquer un maintien d'activités sociales, l'expert du X._____ ne discute pas en quoi les critères du CIM-10 pour retenir un épisode moyen ou sévère ne seraient pas remplis. D'autre part, l'évaluation du degré de gravité du trouble dépressif est fragilisée par l'absence d'échelles standardisées : le Dr R._____, dans son résumé d'investigation du 20 janvier 2025, ainsi que la psychologue avaient tous deux utilisé le test MADRS, avec des scores respectifs de 35 et 37, traduisant un épisode dépressif sévère. L'expert du X._____ n'a pas procédé à ce test et s'est limité à une motivation sommaire, ce qui affaiblit la solidité de ses conclusions.

bb) Par ailleurs, l'expert du X._____ a écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant « car il n'existe pas de douleurs chroniques, accompagnées d'un sentiment de détresse et non expliquées entièrement par un processus physiologique. Il n'y a pas de dramatisation des douleurs, ni de sollicitation accrue de la part de l'entourage ». Or, le Prof. G._____ avait posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique le 8 août 2022, soulignant que la dimension psychiatrique primait, les discopathies objectivées ne pouvant expliquer l'intensité des douleurs (cf. rapport du 29 novembre 2022). Le Dr C._____, expert judiciaire, a confirmé ce constat :

« Le comportement algique marqué de l'assuré, la vitesse de marche très ralentie, les transferts très ralentis, l'attitude antalgique en flexion du tronc, l'impact très important sur la vie quotidienne décrit sont disproportionnés avec les troubles dégénératifs articulaires postérieurs objectivés qui sont de gravité modérée. »

cc) Dans ces conditions, l'évaluation psychiatrique du X._____ repose sur des fondements insuffisants, contredits par plusieurs avis cliniques circonstanciés et convergents.

En conséquence, il subsiste des doutes sérieux quant à la pertinence des conclusions retenues par l'expert psychiatre du X._____, qui ne sauraient, dès lors, se voir reconnaître pleine valeur probante.

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n° 17 et 29 ad art. 43 LPGGA).

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

d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante destinée à actualiser et clarifier le tableau

clinique présenté par celle-ci à l'aune des conclusions du rapport d'expertise judiciaire en rhumatologie du Dr C._____, puis de statuer sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante en se fondant sur le rapport du Dr C._____, sous réserve de nouvelles atteintes rhumatologiques qui justifieraient un complément d'instruction, et la nouvelle expertise psychiatrique.

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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 porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 2 juillet 2024 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.

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 la recourante une indemnité de 3'000 fr. (trois mille 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 :

- Me Mehdi Benani (pour M. _____),
- 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 :