

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Livet et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 29 al. 1 Cst. ; art. 6, 7, 8, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1, 8 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 26^{bis} al. 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Sans formation professionnelle, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse et vit de l'aide sociale.

Le 6 décembre 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), expliquant se trouver en incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2021 en raison d'un mal de dos continu.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli divers documents, dont :

- un rapport du 19 décembre 2022 du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel indiquait que l'assurée souffrait de douleurs inter-scapulaires permanentes et de douleurs lombaires, avec épisodes aigus fréquents, ainsi que d'hypertension artérielle et de dépression mélancolique, tout en attestant une incapacité de travail totale dans toute activité ; étaient annexés divers rapports établis entre le 20 mars 2020 et le 22 novembre 2021, relatifs à des examens menés notamment sur les plans gastroentérologique, orthopédique, rhumatologique et angiologique ;
- un formulaire complété le 28 décembre 2022 par l'assurée, laquelle indiquait que son taux d'activité s'élèverait à 100 % dans l'hypothèse où elle ne serait pas atteinte dans sa santé, et ce, par nécessité financière ;
- un rapport du 17 avril 2023 du Dr Y._____, lequel posait les diagnostics - incapacitants - de lombalgie et de douleurs inter-scapulaires et retenait une capacité de travail de 50 % dans une activité ne nécessitant pas de porter du poids et de monter des escaliers ;
- un rapport du 25 septembre 2023 faisant suite à une évaluation économique sur le ménage menée au domicile de l'assurée le 19

- septembre 2023, par lequel l'enquêtrice proposait de retenir le statut d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps ;
- un rapport du 9 octobre 2023 du Dr Y._____, lequel indiquait que l'assurée souffrait d'une scoliose sévère avec discopathie protrusive et inflammatoire non conflictuelle, avec des séquelles de Scheurmann, de polyarthralgies et de neuropathies, de douleurs abdominales, de reflux gastriques, d'un dérèglement hépatique et d'une atteinte psychique, tout en retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit une activité avec un périmètre de marche très restreint, permettant un climat de travail silencieux, ne nécessitant pas de porter du poids, de s'accroupir, de se mettre à genou, d'utiliser des escaliers ou des échelles et permettant de travailler sur un terrain régulier ;
 - un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 12 octobre 2023, lequel mettait en évidence un bilan IRM comparable au précédant datant du 25 février 2021, avec notamment la présence d'une discopathie aux vertèbres L4-L5 et d'un discret conflit interépineux aux vertèbres L4-L5 ;
 - un rapport du 2 novembre 2023 de la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle posait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée depuis août 2023 (CIM-10 F43.21), tout en précisant qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée ;
 - un rapport du 10 juin 2024 du Dr Y._____, lequel retenait désormais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ;
 - un rapport du 9 juillet 2024 des Drs B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, médecin assistant en psychiatrie, lesquels posaient notamment les diagnostics - avec répercussions sur la capacité de travail - d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 F32.3 ; depuis le 31 octobre 2024 [recte : 2023]) et de dislocation de la famille par séparation et divorce (CIM-10 Z63.5 ; depuis le 23 janvier 2023), tout en certifiant une incapacité de travail totale dans toute activité et estimant, s'agissant de leur pronostic sur la capacité de travail, une capacité de travail de 50 % à 80 % ;

- un rapport du 6 septembre 2024 du Dr [...], médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, lequel faisait état des mêmes diagnostics incapacitants que ceux relevés par les Drs B._____ et F._____.

Dans un avis du 5 novembre 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant des volets en psychiatrie et en médecine physique et réadaptation.

Les 6 décembre 2024 et 7 janvier 2025, l'assurée a été examinée par les Drs V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts auprès du centre d'expertises C._____. Dans un rapport du 10 février 2025, les experts ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (CIM-10 F32.10), de douleurs ubiquitaires de tout le corps accompagnant des crises d'angoisse, de rachialgies légères non déficitaires sans signes irritatifs, dans le contexte d'un discret trouble statique du rachis sur scoliose juvénile sans complications ni gibbosité marquée, et de spondylarthrose débutante, sans corrélation avec les douleurs alléguées, ainsi que d'obésité gynoïde de classe 1 selon l'OMS et de carence en acide folique, sans anémie. D'après eux, la capacité de travail de l'assurée était pleine du 6 décembre 2022 au 29 février 2024, de 35 % (compte tenu d'un taux de présence de 50 % et d'une baisse de rendement de 30 %) du 1^{er} mars au 31 juillet 2024 et de 63 % (compte tenu d'un taux de présence de 70 % et d'une baisse de rendement de 10 %) depuis le 1^{er} août 2024 dans l'activité habituelle (activité ménagère, femme au foyer ou coiffeuse). Elle était de 48 % (compte tenu d'un taux de présence de 60 % et d'une baisse de rendement de 20 %) du 1^{er} mars au 31 juillet 2024 et de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) depuis le 1^{er} août 2024 dans une activité adaptée. Ne constatant aucune restriction fonctionnelle de nature somatique, hormis le respect de l'ergonomie et de l'hygiène posturale d'usage pour réduire le stress musculosquelettique, les experts ont retenu les limitations suivantes sur le plan psychique : une diminution de la capacité d'endurance, en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité en

lien avec l'état dépressif, et une diminution de la résistance au stress, en raison d'une anxiété associée aux symptômes dépressifs. Était annexé un rapport du 15 janvier 2025 des Drs B._____ et H._____, médecin assistant en psychiatrie, lesquels posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 F32.3) et de dislocation de la famille par séparation et divorce (CIM-10 Z63.5) et attestait une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un avis du 12 février 2025, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du centre d'expertises C._____.

Par projet de décision du 17 février 2025, l'Office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Par rapport du 12 mars 2025, les Drs B._____ et H._____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 F32.3), de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et d'état de stress post-traumatique lié à la maltraitance (CIM-10 F43.1) et certifié une incapacité de travail totale dans toute activité. Ils ont également relevé que le rapport d'expertise ne reflétait pas l'intensité des symptômes de l'assurée, notamment ses hallucinations auditives, son stress post-traumatique et l'impact des douleurs physiques chroniques sur son bien-être général.

Le 25 mars 2025, l'assurée a formulé des observations sur ce projet de décision.

Dans un avis du 22 avril 2025, le SMR a estimé que le rapport susmentionné des Drs B._____ et H._____ n'était pas susceptible de remettre en doute les conclusions de l'expertise.

Par décision du 22 avril 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 17 février 2025.

B. **a)** Par acte du 26 mai 2025, Z._____, désormais représentée par Procap Suisse, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que des prestations de l'assurance-invalidité lui soient octroyées et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Par réponse du 2 juillet 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

c) Par réplique du 27 août 2025, Z._____ a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

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

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{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'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations le 6 décembre 2022. Il convient dès lors d'appliquer le nouveau droit.

4. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu. Elle soutient en substance que la décision attaquée est insuffisamment motivée s'agissant du refus des mesures d'ordre professionnel ainsi que du calcul de l'invalidité.

a) 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. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), 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 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 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 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).

b) Une violation du droit d'être entendu 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. 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 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1).

c) En l'espèce, il sied de constater que l'intimé n'a pas motivé le refus d'octroi de mesures d'ordre professionnel dans sa décision du 22 avril 2025. Si l'on doit reconnaître que ce procédé constitue une violation du droit d'être entendu de la recourante, ce manquement a été réparé

devant l'autorité de céans, du moment que la recourante avait tout loisir, dans le cadre de son recours, d'exposer les raisons pour lesquelles elle estimait pouvoir prétendre à des mesures d'ordre professionnel. A cet égard, il convient de rappeler que le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à l'arrêt TF 9C_127/2007 du 12 février 2008). Au demeurant, la recourante n'explique pas les bénéfices que lui apporterait le renvoi de la cause à l'office intimé. Dans ces circonstances, une telle mesure s'apparenterait à une vaine formalité.

d) S'agissant du calcul de l'invalidité, il apparait que la recourante reproche en réalité à l'intimé d'avoir retenu un taux d'invalidité de 20 %, respectivement la manière dont il a procédé au calcul du taux d'invalidité. Ce grief, tendant à contester la constatation des faits et l'appréciation des preuves, sera donc examiné avec le fond du litige.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

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

c) 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 141V 281 consid. 4. 3 et 4. 4).

6. 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 citées ; 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).

7. a) En premier lieu, il convient de se pencher sur la question du statut de la recourante. Cette dernière a en effet indiqué, dans le formulaire de détermination du statut complété le 28 décembre 2022, que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 100 %. Afin de compléter l'instruction, l'intimé a mis en œuvre, en septembre 2023, une évaluation économique sur le ménage, laquelle a conclu que l'assurée revêtait le statut d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps.

b) Il ressort des pièces au dossier, en particulier de l'évaluation précitée, que la recourante est séparée de son ex-époux depuis novembre 2022 et vit seule avec son fils né en [...]. Son ex-époux aurait quitté le territoire suisse, ne versant ainsi aucune contribution d'entretien. Depuis qu'elle réside en Suisse, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative et vit au bénéfice de l'aide sociale. La recourante avait toutefois entrepris des démarches pour obtenir un travail, avec l'aide de son assistante sociale, démarches qui ont été interrompues en raison de

son atteinte à la santé. Elle a expliqué par ailleurs que, sans problème de santé, elle aurait travaillé depuis le début de la scolarité de son fils (août 2022) et aurait trouvé une structure d'accueil pour le temps hors période scolaire.

c) Ainsi, au vu des déclarations de la recourante à l'enquêtrice, de sa situation financière et de la scolarisation de son fils, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait exercé, en bonne santé, une activité professionnelle à plein temps. Il sied donc de confirmer le statut d'une personne exerçant une activité à plein temps.

8. La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 10 février 2025 du centre d'expertises C._____, sur lequel l'intimé s'est fondé pour évaluer sa capacité de travail.

a) Il ressort de ce document que la recourante souffrait principalement d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (CIM-10 F32.10), de douleurs ubiquitaires de tout le corps accompagnant des crises d'angoisse, de rachialgies légères non déficitaires sans signes irritatifs, dans le contexte d'un discret trouble statique du rachis sur scoliose juvénile sans complications ni gibbosité marquée, et de spondylarthrose débutante, sans corrélation avec les douleurs alléguées. La capacité de travail de l'assurée était pleine du 6 décembre 2022 au 29 février 2024. Par la suite, elle a présenté - pour des motifs psychiatriques - une capacité de travail de 48 % (compte tenu d'un taux de présence de 60 % et d'une baisse de rendement de 20 %) du 1^{er} mars au 31 juillet 2024 et de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) depuis le 1^{er} août 2024 dans une activité adaptée, laquelle devait tenir compte d'une diminution de la capacité d'endurance, en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité en lien avec l'état dépressif, et une diminution de la résistance au stress, en raison d'une anxiété associée aux symptômes dépressifs.

b) Cela étant, rien ne permet de remettre en cause les conclusions du centre d'expertises C._____.

aa) Sur le plan somatique, le Dr V._____ a procédé à une analyse circonstanciée des points litigieux. A cet égard, il a relevé que l'examen clinique articulaire n'avait pas objectivé de signe inflammatoire ou de déficit significatif. Les douleurs et symptômes ostéoarticulaires décrits par la recourante ne trouvaient aucune corrélation sur les plans clinique, radiologique et biologique, de sorte que le diagnostic de rhumatisme inflammatoire devait être écarté. En outre, les critères en faveur d'une fibromyalgie n'étaient pas remplis. Qui plus est, l'expertise repose sur des examens physiques complets, y compris des membres et des articulations douloureuses, et les multiples plaintes exprimées par la recourante quant à ses douleurs ont été prises en considération. L'expert a de surcroît établi son rapport en pleine connaissance du dossier, dont les divers avis du Dr Y._____. Sur ce point, il convient de relever que les brefs rapports établis par ce dernier (cf. notamment les rapports des 19 décembre 2022 et 9 octobre 2023) ne permettent pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise. Bien que ces rapports retiennent une capacité de travail réduite, le Dr Y._____ n'expose pas de manière circonstanciée pour quelles raisons la capacité de travail, sur le plan somatique, ne serait pas susceptible de dépasser 50 %. Dans son rapport du 10 juin 2024, il a d'ailleurs indiqué que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Pour le reste, les diverses investigations menées, en particulier sur les plans gastroentérologique et angiologique, n'avaient pas mis en évidence de problèmes particuliers. L'expert a ainsi décrit et apprécié la situation médicale de façon claire et bien motivé ses conclusions relatives à la capacité de travail, laquelle était pleine dans toute activité depuis toujours. Aucun autre élément au dossier ne remet en cause les conclusions probantes du Dr V._____, ce que la recourante ne conteste au demeurant pas.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____ a - à l'instar du Dr V._____ - procédé à une analyse circonstanciée des points litigieux. Il a procédé à une discussion approfondie du diagnostic posé, de même qu'il a émis des critiques à l'encontre des diagnostics retenus par les Drs

B._____, F._____ et H._____, expliquant également pour quels motifs il écartait d'autres diagnostics. En particulier, il a examiné la gravité fluctuante du trouble dépressif. L'expert a, à ce titre, décrit l'évolution de l'épisode dépressif, en exposant que la recourante avait présenté en 2024 un épisode dépressif d'intensité sévère avec la présence de symptômes psychotiques mais que l'intensité était moyenne depuis août 2024. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert a exposé de manière convaincante qu'il n'existait pas suffisamment d'arguments en faveur de la persistance de l'intensité sévère avec symptômes psychotiques à partir d'août 2024. En effet, l'expert a indiqué que le diagnostic posé par les Drs B._____ et H._____ dans leur rapport du 15 janvier 2025, n'était pas cohérent avec la description clinique, les médecins précités ayant relevé que la recourante ne présentait plus de symptômes psychotiques et que le traitement antipsychotique avait pu être arrêté. De plus, les critères diagnostiques posés par la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif sévère n'étaient pas réunis, dans la mesure où l'expert n'avait pas constaté de diminution de l'appétit, de la concentration ou de l'attention, ni la présence d'un ralentissement psychomoteur marqué, d'une perte de poids marqué ou d'idée auto-agressive. Au demeurant, le rapport du Dr L._____ repose sur des examens psychiatriques complets, dont une analyse des aptitudes de la recourante à l'aune de la Mini CIF-APP, et a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris des différents rapports des psychiatres traitants. Il tient par ailleurs compte des plaintes exprimées par l'intéressée, spécifiquement celles en lien avec son état psychique, soit l'humeur basse, la fatigabilité, la perte de plaisir, la présence d'idées de culpabilité, les ruminations mentales et les troubles du sommeil. Pour finir, il a décrit et apprécié la situation médicale de manière claire et a motivé à satisfaction ses conclusions.

Sur ce dernier point, la recourante remet en cause l'évaluation de sa capacité de travail réalisée par l'expert. Or, contrairement à ce qu'elle prétend, les difficultés éprouvées par celle-ci en lien avec l'atteinte à sa santé ont bien été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. A cet égard, le Dr L._____ a - conformément aux exigences

jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. *supra* consid. 5c) - posé le diagnostic selon les règles de l'art. L'épisode dépressif actuel d'intensité moyenne se justifiait ainsi au vu de la présence d'une humeur diminuée, mais objectivée comme d'intensité moyenne et améliorée depuis la prise d'un antidépresseur depuis juillet 2024, une augmentation de la fatigabilité, une perte de plaisir et d'intérêt, avec une motivation pour les activités de la vie quotidienne décrite comme moyenne, une diminution de l'estime de soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil et un manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables. Il a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est prononcé sur le degré de gravité de l'épisode dépressif (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1), en qualifiant ce trouble actuellement de moyen. S'agissant du critère relatif au succès ou à l'échec du traitement et de la réadaptation (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2), il a indiqué que la prise en charge thérapeutique sur le plan psychiatrique était adaptée, tout en relevant qu'il restait à préciser si le faible taux plasmatique de l'antidépresseur constaté lors du prélèvement sanguin effectué le 6 décembre 2024 était dû à une observance partielle du traitement ou à un métabolisme rapide. Il a relevé qu'en cas de métabolisme rapide, la posologie de l'antidépresseur pouvait être augmentée. Il a également recommandé l'ajout d'un traitement antipsychotique à faible dose (quétiapine ou aripiprazole), l'intervention de professionnels à domicile afin d'accompagner la recourante dans la gestion de ses troubles et l'aider à structurer son quotidien, ainsi que le suivi des recommandations hygiéno-diététiques du sommeil. Le pronostic était donc favorable. L'expert n'a, qui plus est, pas retenu de contre-indication à la mise en place de mesures de réadaptation (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 *in fine*). Concernant la personnalité de l'intéressée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2), il a mis en évidence de bonnes capacités d'organisation, d'adaptation, de flexibilité et de persévérance. Il n'a en outre relevé ni trouble de la personnalité ni altération des « fonctions complexes du Moi », les capacités de jugement et de prise de décisions étant conservées, malgré une diminution des capacités relationnelles avec les tiers. Quant

au contexte social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3), il a exposé que la recourante disposait d'un réseau social quasiment inexistant en dehors de sa famille, tout en précisant qu'elle bénéficiait de l'aide matérielle et relationnelle de la part de ses parents et de sa famille. Enfin, il n'a pas relevé d'incohérence majeure s'agissant des plaintes de la recourante. Il a toutefois indiqué que les limitations fonctionnelles n'étaient pas uniformes dans toutes les activités de la vie quotidienne, dans la mesure où la recourante arrivait à cuisiner trois fois par jour, à amener et récupérer son fils à l'école, à faire les courses une fois par semaine, à faire le ménage de manière entrecoupée mais quotidienne, à faire des lessives plusieurs fois par semaine, tout en ne présentant pas de problème s'agissant de son hygiène personnelle et de la gestion administrative (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Le rapport du 12 mars 2025 des Drs B._____ et H._____ n'est pour le reste pas susceptible de jeter un doute sur l'appréciation du Dr L._____. Les médecins précités ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 F32.3), de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et d'état de stress post-traumatique lié à la maltraitance (CIM-10 F43.1). Or il convient de relever que les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de stress post-traumatique n'avaient jamais été évoqués dans leurs précédents rapports, notamment dans celui du 15 janvier 2025. Ceux-ci ne motivent nullement pour quelles raisons ces diagnostics devraient être retenus. En particulier, il convient de souligner l'absence de tout élément clinique permettant d'étayer le diagnostic de stress post-traumatique, ainsi que l'incompatibilité des diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble anxieux et dépressif mixte. Sur ce dernier point, la CIM-10 précise en effet que lorsque des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés, sans retenir un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. S'agissant du diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, il convient de relever l'incohérence du rapport du 12 mars 2025, qui retient la présence de symptômes psychotiques tout en précisant qu'ils se sont amendés.

L'expert psychiatre s'est du reste suffisamment prononcé sur les raisons pour lesquelles il convenait de qualifier la gravité du trouble dépressif de moyen. Rien ne laisse de surcroît à penser que l'expert psychiatre aurait sous-estimé les symptômes de la recourante. Il ressort au contraire de son rapport que son appréciation a été fondée sur la base de la symptomatologie observée dans l'anamnèse et lors de l'examen clinique.

c) Partant, sur le vu ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 10 février 2025 du centre d'expertises C._____.

9. La recourante soutient qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité, même adaptée, dans la mesure où il n'existe aucune activité sur le marché de l'emploi qu'elle pourrait exercer uniquement à domicile et sans formation préalable, compte tenu de ses symptômes anxieux. Or il convient de relever que si l'expert psychiatre a en effet constaté de l'anxiété chez la recourante, il n'a pas pour autant indiqué que l'exercice d'une activité adaptée devait nécessairement se dérouler à domicile, une telle activité devant uniquement prendre en compte une diminution de la capacité d'endurance, en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité en lien avec l'état dépressif, et une diminution de la résistance au stress, en raison d'une anxiété associée aux symptômes dépressifs. La recourante dispose en outre, d'un point de vue médico-théorique, d'une capacité de travail de 80 % (compte tenu d'un rendement diminué de 20 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Partant, il convient d'admettre que le marché du travail est suffisamment diversifié et offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre est adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière, notamment dans la production industrielle légère. Notons encore que la notion de marché du travail équilibré au sens des art. 7 al. 1 et 16 LPGA est une notion théorique et abstraite. Elle ne se rapporte pas aux postes de travail réels, mais aux places de travail exigibles au regard de la situation concrète de la personne assurée, lesquelles sont indépendantes des circonstances conjoncturelles (cf. Margit Moser-Szeless, in

Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n° 21 ss ad art. 7).

10. Cela étant précisé, il convient de déterminer le degré d'invalidité que la recourante présente.

a) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS).

bb) On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder 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). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

dd) Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} 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. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

b) Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est limité à indiquer que le degré d'invalidité s'élevait à 20 % en raison d'une diminution de rendement de 20 %. Il n'a toutefois pas procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, comme il lui incombait de le faire. Il convient donc d'y procéder d'office.

aa) Il appert que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée. A cet égard, il convient de préciser qu'il n'est pas pertinent de se référer à la capacité de travail dans une activité habituelle telle que retenue dans le rapport d'expertise du 10 février 2025. En effet, la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse et ne dispose d'aucune formation professionnelle reconnue. La profession de coiffeuse mentionnée en tant qu'activité habituelle ne saurait être prise en considération, la formation alléguée par l'intéressée n'étant pas reconnue en Suisse. Dès lors, il ne peut être retenu une capacité résiduelle de travail dans une prétendue activité habituelle. Par ailleurs, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2025, à savoir l'année de naissance de l'éventuel droit à la rente, après le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

bb) Dans la mesure où, d'une part, le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, du fait que la recourante n'avait jamais exercé d'activité lucrative auparavant, et que, d'autre part, cette dernière, n'a jamais repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, il sied de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité à l'aune des tableaux TA1_skill-level de l'ESS. Sur cette base, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité de la recourante à 57'060 fr. 51 correspondant au salaire moyen touché par une femme exerçant une activité relevant du niveau de compétence 1 (ESS 2022, Tableau TA1_tirage_skill_level, total femmes, niveau de compétence 1) après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et après indexation à 2024, en l'absence d'indice suisse des salaires publié pour l'année 2025 (salaire mensuel de 4'367 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, indexation de 1,8 % en 2023 et de 2,6 % en 2024 ; cf. tableau T39 « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* »). En ce qui concerne le revenu annuel avec invalidité, celui-ci s'élève à 41'083 fr. 57 compte tenu d'une diminution de rendement de 20 % et de la déduction forfaitaire de 10 % introduite par la nouvelle teneur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI. Il résulte de la comparaison de ces deux revenus un degré d'invalidité de 28 %, lequel n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

11. Il reste encore à déterminer si la recourante peut bénéficier d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose

que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

b) En l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues sont pour rappel : « *une diminution de la capacité d'endurance en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité en lien avec l'état dépressif, et une diminution de la résistance au stress, en raison d'une anxiété associée aux symptômes dépressifs* ». On ne saurait y voir un quelconque frein à l'exercice d'une activité adaptée par la recourante. Dans ce contexte, on retiendra que la recourante, qui n'est dotée d'aucune formation certifiée, a accès à une palette d'activités légères, ne requérant pas de compétence ou d'expérience professionnelle particulière, comprenant notamment des activités d'ouvrière dans le domaine industriel léger (cf. *supra* consid. 9). Ainsi, sur le marché du travail, la recourante dispose de suffisamment d'activités dont l'exercice peut raisonnablement être exigé de sa part au

regard de son état de santé et de ses qualifications. A cet égard, c'est le lieu de rappeler qu'il découle du principe d'équivalence de la formation notamment que l'assurance-invalidité n'a pas pour tâche de placer un assuré dans une position économique et professionnelle meilleure que celle qu'il occupait auparavant (cf. CASSO AI 313/22 – 6/2024 du 3 janvier 2024 consid. 7b). En particulier, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de pourvoir à la formation professionnelle d'un assuré pour lui permettre d'obtenir une capacité de gain supérieure à celle qu'il pourrait réaliser sans invalidité. De plus, selon ses propres dires, la recourante ne se sent pas capable d'accomplir un travail, quel qu'il soit (cf. courrier du 25 mars 2025). Ainsi, on ne voit pas quelle mesure aurait pu être proposée à la recourante sachant qu'elle ne dispose d'aucune formation de base et que l'exercice d'une activité adaptée, soit une activité simple et légère respectant ses limitations fonctionnelles, ne nécessite aucune formation particulière.

c) Dans ces conditions, la recourante ne saurait prétendre à une mesure de reclassement, ni à toutes autres mesures de réadaptation.

12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 22 avril 2025 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Celle-ci est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (cf. décision du juge instructeur du 28 mai 2025). Les frais judiciaires mis à sa charge sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Elle est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 22 avril 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Z. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. Z. _____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour Z. _____),
- 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).

La greffière :