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

Arrêt du 10 septembre 2026

Composition : M. DÉPRAZ, président

M. Piguet, juge, et Mme Coquoz, assesseure

Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourante, représentée par Me Maryam Kohler, avocate à Lausanne,

et

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

F._____, à G***, tiers intéressé, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 49 al. 4 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après également : l'assuré), né le ***, a une formation d'ingénieur complétée par divers diplômes en management. Il a travaillé en tant que « [...] » auprès de la D._____ jusqu'au 31 décembre 2021. Le 28 juin 2021, F._____ a fait l'objet d'une communication de détection précoce par l'assureur perte de gains de son employeur, en raison de son incapacité de travail à 100 % depuis le 21 avril 2021. F._____ n'a toutefois pas donné suite à la convocation de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci : après : l'OAI ou l'intimé).

B. Dès le 1er janvier 2022, l'assuré est entré au service de K._____ en tant que « [...] » à 100 %, pour un revenu annuel brut de 353'449 fr. 85. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la B._____ (ci-après également : la recourante). Les rapports de travail entre F._____ et K._____ ont pris fin au 31 décembre 2023.

C. le 26 août 2023, F._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, dans laquelle il mentionne une incapacité de travail à 100 % dès le 6 mars 2023, en lien avec une dépression sévère. Son médecin traitant, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué comme origine de cette atteinte le harcèlement moral dont il aurait été victime dans le cadre de son travail pour K._____.

Le 18 octobre 2023, la Dre M._____ a précisé qu'elle suivait le patient depuis le 2 avril 2021, à une fréquence d'un entretien tous les quinze jours et que l'incapacité de travail dans sa fonction de « [...] » chez K._____ était de 100 % depuis le 3 mars 2023. Elle a indiqué que l'assuré l'avait consultée en avril 2021 dans un état d'épuisement psychique et physique dans un contexte de « mobbing » dans le cadre de ses rapports de travail auprès de D._____. Il aurait présenté une réaction dépressive sévère avec des idées noires en luttant pour ne pas trahir sa famille par un passage à l'acte. L'incapacité de travail avait été totale du 3 avril 2021 jusqu'à la fin des rapports de travail chez D._____, avec une

psychothérapie de soutien hebdomadaire et un traitement antidépresseur (Venlafaxine 150 mg/jour et Mirtazapin 15 mg/jour) aidant à améliorer très progressivement l'humeur et à la stabiliser. Très inquiet pour son avenir, l'assuré avait multiplié les postulations jusqu'à son engagement par K._____ dès le mois de janvier 2022. Dès mai 2022, il aurait ressenti un climat peu favorable au développement du projet pour lequel il avait été engagé. Il avait consulté le 7 mars 2023 pour une rechute dépressive sévère avec une anxiété majeure provoquant un trouble du sommeil, des ruminations incessantes et un sentiment de préjudice. L'assuré se plaignait d'asthénie psychique et luttait contre le vide en étant présent pour ses enfants. Il n'y avait pas de trouble de la pensée ni de symptomatologie psychotique. Pour le surplus, il était prématuré de se prononcer sur la durée de l'incapacité de travail et la possibilité de reprendre une activité.

D. En réponse à une demande de compléments d'informations de la part de l'OAI, la Dre M._____ a indiqué, le 28 mars 2024, le diagnostic de trouble dépressif « moyen à sévère » avec syndrome somatique mais sans symptômes psychotiques. L'évolution depuis le dernier rapport médical était minime, principalement en raison de la fin des rapports de travail avec K._____, qui avait altéré sa confiance et son estime de lui-même. Il consultait à une fréquence hebdomadaire. Les limitations fonctionnelles durables étaient en lien avec une importante asthénie psychique avec irritabilité et une faible tolérance au stress ou aux changements. Il se concentrait sur ses enfants et évitait les contacts sociaux. Il s'était inscrit au chômage avec une capacité de travail de 20 %, dès le 1er janvier 2024. Le traitement par Venlafaxine avait été stoppé en raison d'une incompatibilité et remplacé par Brintellix (20 mg/jour). Le pronostic était que tout projet d'activité professionnelle devait être différé, l'assuré étant incapable de mobiliser ses ressources intellectuelles du fait de sa dépression.

Le 24 juin 2024, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a considéré que la situation n'était pas stabilisée et qu'il fallait réinterroger la psychiatre.

E. Compte tenu de l'absence de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, un nouveau complément d'information a été requis de la part de la Dre M._____, auquel celle-ci a répondu le 23 juillet 2024 [réd : courrier portant la date du 28 mars 2024 ensuite d'une erreur de plume]. L'état de santé de l'assuré s'était péjoré après qu'il avait été confronté à son ex-employeur lors d'une audience judiciaire. L'assuré, qui était inquiet pour sa situation financière, était désespéré et manifestait des angoisses quotidiennes et intenses, devant se replier dans sa chambre avec les volets fermés pour réduire les stimulations extérieures. La psychiatre notait une asthénie physique et psychique ainsi qu'une intolérance au stress avec une anticipation anxieuse majeure. L'assuré avait tendance à se replier sur lui-même et à éviter les contacts sociaux, ce qui était source de tensions avec son épouse. L'incapacité de travail était toujours totale sans indication à la réadaptation professionnelle et le traitement antidépresseur se poursuivait.

Dans son avis médical du 22 août 2024, le SMR, se ralliant à l'avis de la psychiatre traitante, a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré était totale, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il mentionnait que l'assuré disposait de ressources et qu'une prise en charge bien conduite était en cours, si bien qu'une amélioration de son état de santé psychique, et par la même de sa capacité de travail, n'était pas exclue. Le SMR recommandait une révision dans 12 à 18 mois.

Le même 22 août 2024, l'OAI a rendu un projet de décision octroyant à l'assuré une rente d'invalidité entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %, dès le 1er mars 2024. L'assuré a déclaré accepter ce projet de décision, tout en demandant que la rente lui soit versée rétroactivement dès le 1er janvier 2024.

F. Le 30 septembre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision et alloué à F._____ une rente d'invalidité entière d'un montant de 2'394 fr. dès le 1er janvier 2025.

Le 15 novembre 2024, l'OAI a notifié une décision octroyant à l'assuré une rente d'invalidité à 100 %, d'un montant de 2'394 fr. à verser dès le 1er décembre 2024, ainsi que quatre rentes AI pour enfant.

Le 12 décembre 2024, l'OAI a rendu une nouvelle décision rectifiant le montant de la rente mensuelle à 2'234 fr. pour tenir compte du fait que l'assuré avait séjourné à l'étranger entre 2004 et 2006.

G. Par acte du 6 janvier 2025, la B._____, représentée par Me Maryam Kohler, a déposé un recours contre les décisions des 15 novembre et 12 décembre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à leur réforme, en ce sens que la demande de prestations de l'assuré était rejetée, subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique en vue d'évaluer la capacité de travail de l'assuré ainsi que son aptitude à la réadaptation et les possibilités de suivre une mesure de réinsertion. En substance, la recourante soutient que l'OAI aurait retenu à tort l'existence d'une invalidité sur la base des pièces médicales au dossier ; en particulier, elle fait valoir que le SMR ne pouvait pas se fonder sur les seules constatations de la médecin traitante de l'assuré, qui ne rempliraient pas les conditions pour se voir reconnaitre une force probante. A titre subsidiaire, la recourante soutient que, pour le cas où une invalidité serait reconnue, celle-ci aurait débuté avant l'engagement de l'assuré par K._____, dès lors qu'il suivait déjà un traitement psychiatrique à ce moment-là. La cause a été enregistrée sous la référence ZD25.000422.

Dans sa réponse du 17 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à l'analyse de la situation médicale du SMR du 22 août 2024.

Le 26 février 2025, l'assuré, représenté par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité et à la confirmation des décisions attaquées. En substance, l'assuré soutient que

les décisions attaquées reposent sur une instruction complète de sa situation médicale. A l'appui de sa réponse, l'assuré a déposé un rapport du 24 février 2025 de la Dre M._____, dont il ressort que l'intéressé aurait déjà retrouvé une capacité de travail entière dès le 1er octobre 2021, alors qu'il travaillait encore pour D._____, et qu'il n'aurait pas été incapable de travailler jusqu'au 31 décembre 2022 [recte : 2021] comme indiqué dans le rapport transmis à l'OAI. Le suivi médical s'était poursuivi et avait consisté en un travail psychothérapeutique très concluant, puisque l'assuré s'était montré très optimiste et enthousiaste s'agissant de sa nouvelle activité professionnelle. Malheureusement, les conditions de travail s'étaient rapidement dégradées, aboutissant à une incapacité de travail à 100 % dès le 3 mars 2023. Cette incapacité de travail, qui persistait à ce jour, était pleinement liée aux conséquences au niveau psychique des conditions de travail rencontrées chez son dernier employeur. Elle relevait une asthénie physique et psychique induisant un ralentissement idéomoteur, un repli sur lui-même et une réduction importante des contacts interpersonnels, se limitant à sa très proche famille. L'assuré s'inquiétait du changement qu'il observait dans son fonctionnement au quotidien et avait du mal à accomplir une tâche simple en raison de son anxiété d'anticipation généralisée.

Les parties se sont encore exprimées par des écritures des 2 avril 2025 (recourante), 14 mai (assuré), 16 mai 2025 (recourante) et 22 mai 2025 (assuré).

H. Dans l'intervalle, par décision du 10 avril 2025, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière de l'assurance-invalidité, également pour la période du 1er mars au 31 décembre 2024.

Par acte du 12 mai 2025, la B._____, toujours représentée par Me Kohler, a déposé un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La cause a été enregistrée sous la référence ZD25.022177.

I. Par ordonnance du 14 juillet 2025 de la juge instructrice alors en charge du dossier, les causes ZD25.000422 et ZD25.022177 ont été jointes pour faire l'objet d'un seul jugement.

En droit :

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

b) Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également l'art. 57*a* al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 144 V 29 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1).

Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la

prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (ATF 143 V 434 consid. 2.2) ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis (art. 57*a* al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 ; 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

c) En l'occurrence, la recourante conteste l'existence même d'une invalidité, subsidiairement la date à laquelle celle-ci a débuté. L'assuré était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la recourante en mars 2023, date retenue par l'intimé pour la survenance du début de l'incapacité de travail déterminante. Dans la mesure où certaines des constatations et appréciation de l'intimé en lien avec le droit à la rente sont en principe contraignantes à l'égard de la recourante, notamment au

regard des conditions minimales de la prévoyance obligatoire, il y a lieu de lui reconnaître qualité pour recourir.

d) Pour le surplus, déposés en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables.

2. L'objet du litige est le droit de l'assuré à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er mars 2024. Le litige porte plus spécifiquement sur la question de savoir si, sur la base des renseignements médicaux aux dossiers, l'assuré présente une invalidité et, cas échéant, à partir de quelle date.

3. Il convient d'abord de rappeler les bases légales applicables.

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) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations

entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les références citées).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3).

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).

S’agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l’expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s’ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l’assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

Fondés sur les art. 54a LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels ce service peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par leur nature, ils n’impliquent pas d’examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d’opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s’ils sont sérieusement contredits par d’autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5. 1 et les références citées).

4. En l’occurrence, les décisions attaquées se fondent exclusivement sur l’avis médical du SMR ainsi que sur les rapports de la psychiatre traitante de l’assuré. Il convient donc de se montrer particulièrement exigeant quant à leur force probante.

Or, comme le relève la recourante, les rapports établis par la psychiatre traitante de l'assuré ne sont pas suffisamment probants pour considérer l'invalidité comme établie.

D'abord, les constatations de la Dre M._____ sur l'état de santé de son patient ne sont pas exemptes de contradictions. Ainsi, dans son rapport initial à l'OAI (rapport du 18 octobre 2023), la Dre M._____ a indiqué que celui-ci avait été en incapacité de travail entière en raison de son trouble dépressif dès le 3 avril 2021 jusqu'au 31 décembre 2022 [recte : 2021], soit jusqu'à la fin des rapports de travail avec D._____. En revanche, dans l'attestation du 24 février 2025 produite à l'appui de la réponse de l'assuré, elle expose que celui-ci avait retrouvé une capacité de travail pleine et entière dès le 1er octobre 2021 et qu'il manifestait même de l'enthousiasme à l'idée de reprendre un nouveau travail. On peine en outre à comprendre, à la lecture des rapports médicaux, si le traitement antidépresseur a été interrompu au moment de l'engagement de l'assuré par son nouvel employeur et, cas échéant, à quel moment. Ensuite, le diagnostic posé par la Dre M._____, outre qu'il ne se réfère pas à la Classification internationale des maladies (CIM) comme le relève la recourante, a divergé, l'épisode dépressif étant tantôt qualifié de sévère tantôt de « moyen à sévère » (rapport du 28 mars 2024). Or, cette nuance peut avoir une importance non négligeable lorsqu'il s'agit d'établir les raisons pour lesquelles, en dépit d'une bonne capacité de traitement du trouble, il en résulte dans le cas d'espèce des limitations des performances qui se répercutent sur la capacité de travail (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). Sur ce point également, les rapports médicaux de la psychiatre traitante paraissent insuffisants. Certes, l'on comprend à leur lecture que l'assuré a été fortement affecté par la perte successive de ses deux emplois et qu'il lui serait désormais impossible de mobiliser ses ressources pour exercer une activité lucrative. Cela étant, il ressort notamment du rapport médical produit devant le Tribunal de céans que, pendant le précédent épisode dépressif, le recourant a au contraire multiplié les offres d'emploi et que, lorsqu'il a retrouvé un emploi auprès de K._____ à la fin de l'année 2021, l'épisode dépressif aurait cessé, ou à tout le moins rapidement diminué. On peine donc à comprendre, en tous cas sur la seule base des rapports

médicaux au dossier, pour quelle raison l'assuré serait dans l'incapacité totale de mobiliser ses ressources pour retrouver une activité lucrative, fût-ce à temps partiel et tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Comme le relève la recourante, il ressort des rapports médicaux que l'assuré a pu mobiliser ses ressources pour rechercher des renseignements juridiques et préparer sa défense, si bien qu'il n'est en tout cas pas exclu qu'il puisse également exercer une activité lucrative, ou à tout le moins que des mesures de réadaptation soient exigibles. Compte tenu de ces lacunes, on ne peut donc plus se fonder sur l'appréciation du SMR pour retenir que l'invalidité de l'assuré serait établie, même avec les réserves émises s'agissant d'une révision à bref délai.

Il ressort des considérants qui précédent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité. Dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra en particulier à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA) aux fins de déterminer s'il existe une atteinte à la santé psychique de l'assuré ayant une incidence sur sa capacité de travail et cas échéant à partir de quelle date. Il appartiendra cas échéant également à l'intimé de se prononcer dans ce cadre sur l'admissibilité des mesures de réinsertion ou de réadaptation.

5. **a)** Les recours doivent donc être admis, les décisions entreprises annulées et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

c) La recourante, qui a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public, ne saurait prétendre à l'allocation de dépens (ATF 126 V 143 consid. 4a, voir également ATF 128 V 323).

L'assuré voit pour sa part ses conclusions rejetées, de sorte qu'il n'a pas davantage droit à l'octroi de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Les recours sont admis.

II. Les décisions rendues les 15 novembre 2024, 12 décembre 2024 et 10 avril 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président : Le greffier :

Du

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

- Me Maryam Kohler, pour B._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Me Didier Elsig, pour F._____,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :