

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz-Braillard, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

CAISSE DE PENSIONS R. _____, à [...], recourante,

et

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

A. _____, à [...], partie intéressée.

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée), née en 198[...], titulaire d'un CFC [...] et d'un brevet fédéral de [...], a travaillé pour la D._____ en qualité de gestionnaire [...] depuis le 1^{er} juin 2018 au taux de 80 %. A ce titre, elle était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de Caisse de pensions R._____ (ci-après : la caisse de pensions ou la recourante) et pour la perte de gain en cas de maladie (APGM) auprès de F._____ SA.

L'assurée est en incapacité de travail depuis le 29 janvier 2019 en raison de troubles psychiques.

Le 13 juin 2019, D._____ a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce en faveur de l'assurée en raison d'un burn-out.

Le 29 juillet 2019, D._____ a licencié l'assurée pour le 31 octobre 2019.

Le 28 août 2019, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'un burn-out, d'angoisses et de stress au travail.

Au mois de septembre 2019, l'assurée a consulté la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie des enfants et des adolescents.

F._____ SA a pris le cas en charge à la suite d'une annonce de D._____ en date du 10 octobre 2019.

Le 15 octobre 2019, l'assurée a complété le formulaire de détermination du statut de l'assurance-invalidité et indiqué qu'elle travaillerait à 80 % depuis le 1^{er} septembre 2016 par nécessité financière.

Par téléphone du même jour, la Dre B._____ a signalé à F._____ SA que l'assurée bénéficiait d'un traitement psychotrope et qu'elle procéderait à une analyse sanguine afin d'en vérifier la compliance.

L'OAI a recueilli de premiers renseignements auprès du Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, lequel a mentionné un état dépressif sévère prolongé, une phobie sociale majeure et une personnalité dépendante et anxieuse qui se répercutaient sur la capacité de travail de sa patiente. Il a fait état d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 21 janvier 2019 (cf. rapports du 6 novembre 2019 du Dr E._____ et le courrier électronique 15 octobre 2019 de la Dre B._____, adressé au précédent).

Dans un rapport du 18 février 2020 à F._____ SA, la Dre B._____ a notamment posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble obsessionnel compulsif (F42.0). Les atteintes entraînaient une incapacité de travail totale dans toutes activités.

Le 28 avril 2020, l'OAI a recueilli le dossier de l'assurée auprès de F._____ SA (il sera actualisé les 15 juin et 26 août 2020, ainsi que les 19 avril 2021).

L'OAI a ensuite recueilli des renseignements auprès de la Dre B._____, laquelle a retenu, dans un rapport du 13 mai 2020, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis le 29 janvier 2019 (F32.2), de phobie sociale depuis l'enfance (F40.01) et de trouble obsessionnel compulsif forme mixte, avec pensées obsédantes et comportements compulsifs depuis l'enfance (F42.2). La psychiatre

traitante a posé un mauvais pronostic à court et moyen terme. Elle a justifié la lenteur de l'évolution par l'importante comorbidité anxieuse qui s'ajoutait à la problématique dépressive survenue au mois de janvier 2019. Elle a estimé que le traitement pourrait porter ses fruits dans un délai de deux ans, permettant une reprise de l'activité professionnelle, mais pas à un taux excédant 50 %.

Dans un rapport du 21 août 2020 à F._____ SA, la Dre B._____ a décrit une évolution qui n'était « *pas bonne* ». Elle a retenu les diagnostics de phobie sociale (+++), de trouble obsessionnel compulsif (++++) et de dépression (+++). La psychiatre traitante a confirmé que la capacité de travail de sa patiente était de 0 %, qu'elle ne pourrait « *plus jamais travailler dans un bureau* » et qu'une éventuelle reprise n'interviendrait pas avant deux ans à un taux d'activité d'au maximum 50 %.

Invitée à déposer un nouveau rapport par l'OAI, la Dre B._____ a actualisé sa prise de position le 25 mars 2021 à l'issue de tests psychométriques qui s'étaient déroulés le 22 mars 2021. Elle a confirmé, dans le contexte d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis le 29 janvier 2019 (F32.2), de phobie sociale depuis l'enfance (F40.01) et de trouble obsessionnel compulsif forme mixte, avec pensées obsédantes et comportements compulsifs depuis l'enfance (F42.2). Elle a fait savoir à l'OAI que la capacité de travail était de 0 % dans toutes activités.

Sollicité pour avis, le Dr C._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu, dans un rapport du 26 avril 2021, au titre d'atteinte principale à la santé, une phobie sociale (F40.0), et, au titre de diagnostics associés, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble obsessionnel compulsif forme mixte, avec pensées obsédantes et comportements compulsifs. Il a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 29 janvier 2019 avec une incapacité de travail totale dans toutes activités. Les limitations

fonctionnelles étaient les suivantes : « *hypersensibilité au stress, manque total d'initiative, ralentissement, difficultés pour gérer ses émotions, troubles mnésiques, troubles de la concentration* ». Le Dr C._____ s'est référé aux rapports des 13 mai 2020 et 25 mars 2021 de la Dre B._____.

Par projet de décision du 31 mai 2021, l'OAI a informé la caisse de pensions de son intention d'octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2020.

La caisse de pensions a contesté ce projet le 24 juin 2021, alléguant que l'assurée ne présentait pas d'invalidité. Elle a remis en cause les compétences professionnelles de la Dre B._____ qui n'était pas spécialisée en psychiatrie et psychothérapie, mais en pédopsychiatrie. La caisse a soutenu que les constatations médicales étaient incomplètes et qu'une expertise était nécessaire pour évaluer le cas.

Sollicité pour se prononcer sur les arguments de la caisse de pensions, le Dr C._____ a confirmé les conclusions de son rapport du 26 avril 2021 dans un avis SMR du 2 juillet 2021. Il a fait savoir que les troubles incapacitants étaient surtout de nature phobique et compulsive, troubles peu accessibles à la médication et plus à la psychothérapie. Il a constaté que la psychothérapie était en cours et qu'il était nécessaire d'attendre un à deux ans pour obtenir possiblement une action notable. Il était d'avis que les rapports médicaux sur lesquels il s'était prononcé avaient été établis par un médecin titulaire du diplôme postgrade de psychiatrie, se référant au registre des professions médicales.

Par décision du 16 juillet 2021, assortie d'une motivation séparée du 7 juillet 2021 adressée à la caisse de pensions, l'OAI a octroyé à A._____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2020.

B. Par acte du 8 septembre 2021, Caisse de pensions R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant, en substance, principalement, à sa réforme dans le sens d'un refus de rente et, subsidiairement, à son

annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 12 octobre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, se référant à la teneur de la décision attaquée et aux prises de position du SMR des 26 avril et 2 juillet 2021.

A._____ s'est déterminée le 2 novembre 2021, concluant implicitement au rejet du recours.

Le 31 août 2022, le juge instructeur a demandé des renseignements quant à l'activité de la Dre B._____ qui l'a informé de son parcours professionnel par courrier du 12 septembre 2022.

Les parties et A._____ ne se sont pas déterminées plus en 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 estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi 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 A. _____ à une rente de l'assurance-invalidité.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 16 juillet 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) aa) 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).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait

due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, au terme de l'examen de la demande de prestations AI de A._____, l'intimé a retenu, en se fondant sur les rapports des 18 février 2020, 13 mai 2020, 21 août 2020 et 25 mars 2021 de la Dre B._____, ainsi que sur les avis SMR des 26 avril et 2 juillet 2021 du Dr C._____, que l'assurée se trouvait en incapacité de travail totale dès le 29 janvier 2019. En conséquence, l'intimé a octroyé à A._____ une rente AI entière dès le 1^{er} février 2020

b) La recourante reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit la cause en allouant une rente entière sans se fonder sur une expertise psychiatrique. Elle estime que les rapports établis par la psychiatre traitante sont insuffisamment probants, d'une part, et que l'OAI n'a pas examiné, à tort, la capacité résiduelle de travail et de gain dans une activité mieux adaptée que l'activité habituelle.

c) Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des conclusions de la Dre B._____ et du SMR.

7. Dans un premier moyen, la recourante remet en cause les compétences professionnelles de la psychiatre traitante, au motif qu'elle serait spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, mais ne disposerait pas d'une spécialisation en ce qui concerne les adultes.

Sur le plan formel, il convient d'observer que la Dre B._____ est inscrite au registre des professions médicales (cf. art. 33a al. 1 let. a et al. 3 let. a LPMéd [loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 ; RS 811.11]). La teneur de l'inscription est la suivante (consultation du 30 novembre 2022) :

**« Professions et diplômes
Médecin**

Date d'octroi : [...]1993

Pays d'octroi : Suisse

Type : Diplôme fédéral

Titre de spécialiste (formation postgrade)

Titre : Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

Date d'octroi : [...]2003

Pays d'octroi : Suisse

Type : Titre postgrade fédéral

Autorisation de pratiquer

Médecin

Canton d'octroi : [...]

Base légale : LPMed, activité sous propre responsabilité professionnelle

Statut de l'autorisation : Autorisation octroyée ([...]2002)

Statut d'activité : Actif ([...]2002) »

La spécialisation de la Dre B._____ lui permet cependant de prendre en charge les patients adultes souffrant de troubles psychiques et de leur dispenser, à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou de l'assurance-accidents, tous les traitements de la psychiatrie adulte, au même titre qu'un médecin disposant d'un titre FMH en psychiatrie et en psychothérapie pour adulte. Il résulte de sa réponse du 12 septembre 2022 au tribunal, qui l'interrogeait sur son parcours professionnel dans le domaine de la psychiatrie, qu'elle dispose d'une incontestable expérience dans le domaine de la psychiatrie adulte, acquise pendant sa formation et dans le cadre de sa pratique médicale ainsi que de sa collaboration avec diverses institutions publiques et parapubliques. Elle dispose également d'une expérience dans le domaine de l'expertise médicale et de l'évaluation de la capacité de travail de personnes souffrant de troubles psychiques. Il n'y a donc aucun motif de mettre en cause la valeur probante de ses constatations médicales dans le présent litige au motif qu'elle ne disposerait pas des connaissances ou de l'expérience nécessaires.

8. a) Sur le fond, la recourante soutient que les constatations de la Dre B._____ seraient insuffisamment motivées et ne reposeraient pas sur une analyse des indicateurs définis par la jurisprudence relative à

l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré souffrant de troubles psychiques tels qu'exposés au considérant 5c ci-dessus. La recourante estime en particulier que la Dre B._____ n'aurait pas exploré toutes les options thérapeutiques et n'aurait pas déterminé dans quelle mesure des facteurs de stress psychosociaux non médicaux influenceraient la symptomatologie psychique présentée par sa patiente.

b) La Dre B._____ a renseigné l'assurance-invalidité et F._____ SA dans quatre rapports datés des 13 mai 2020 et 25 mars 2021 (assurance-invalidité) ainsi que des 18 février 2020 et 21 août 2020 (F._____ SA).

aa) Dans un rapport du 13 mai 2020 adressé à l'AI (cf. aussi son rapport du 21 août 2020 à F._____ SA), la Dre B._____ pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis le 29 janvier 2019 (F32.2), de phobie sociale depuis l'enfance (F40.01) et de trouble obsessionnel compulsif forme mixte, avec pensées obsédantes et comportements compulsifs depuis l'enfance (F42.2) (p. 6, ch. 2.5). Elle a décrit la situation et les symptômes de sa patiente comme il suit (pp. 3-4, ch. 2.3) :

« La patiente a présenté un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en janvier 2019. Cette décompensation dépressive a eu lieu sur le terrain d'une pathologie anxieuse qui préexistait, et cela depuis la plus tendre enfance de A._____. Aujourd'hui, le traitement a permis notamment de réduire sensiblement la symptomatologie dépressive, mais ce qui reste au premier plan, et cela de façon très importante, sont les symptômes anxieux.

Ces derniers sont de nature invalidante.

La symptomatologie résiduelle de la décompensation psychique de janvier 2019 est la suivante (par convention, la gravité du trouble est exprimée en 4 grades (+/++/+++/++++) de faible à sévère :

Phobie sociale ++++

- Evitement ++++ de toutes les situations phobogènes (sortir dans un lieu avec des gens, devoir parler en public, devoir se rendre dans un entretien en face à face avec quelqu'un, devoir manger ou boire en public, devoir regarder quelqu'un dans les yeux ou être regardée par quelqu'un dans les yeux, etc...

- Lorsqu'elle ne peut pas éviter les situations phobogènes, la patiente présente des nausées, tremblements, elle ne trouve pas ses mots, devient rouge et finalement se met à pleurer.
- Isolement social total.
- Attaques de panique uniquement lors de la confrontation avec des situations phobogènes.

Trouble obsessionnel compulsif++++

- Idées et ruminations obsédantes (sentiment de ne jamais avoir fait assez bien, d'être nulle, d'être quantité négligeable par rapport aux autres, de ne pas arriver à s'imposer et se défendre, de ne pas respecter ses besoins profonds, d'être soumise à des choses toujours plus lourdes et pénibles à accomplir et que malgré le fait de les régler, cela ne suffit jamais.
- Compulsions(elles sont de nature à faire agir le corps pour que le mental se taise, par exemple nettoyer et faire le ménage jusqu'à ce que tout soit parfaitement propre et bien rangé, faire du sport à l'excès, jusqu'à risquer un claquage musculaire...).

Les idées obsédantes et les comportements compulsifs sont relativement équilibrés en importance, toutefois, on observe parfois une légère prédominance de l'un par rapport à l'autre puis, par moments, la tendance s'inverse. Par exemple lorsque la patiente est confrontée à des éléments phobogènes, il arrive que les compulsions soient plus importantes, afin de faire baisser le niveau anxieux.

Les compulsions sont surtout de nature à permettre la fuite de l'élément phobogène (décharge motrice), tandis que les idées obsédantes sont surtout de nature à disqualifier la patiente, à lui faire se demander comment elle parviendra à réaliser tel ou tel objectif, et la plupart du temps, la réponse à ses ruminations est qu'elle est incapable de réussir.

Dépression +++

La symptomatologie dépressive met en évidence une thymie dépressive, une aboulie, une asthénie, une anhédonie, des difficultés cognitives (mémoire, concentration, ruptures de la pensée) ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit.

Nous avons effectué plusieurs tests et échelles qui permettent de quantifier la sévérité de la symptomatologie dépressive et anxieuse, sachant qu'actuellement, la plus invalidante reste l'anxiété. Ces échelles permettent de bien se représenter la symptomatologie résiduelle près d'un an et trois mois après l'épisode de décompensation dépressif de fin janvier 2019 »

bb) La Dre B._____ expose les motifs de chacun de ces diagnostics et précise que l'ensemble des tests réalisés (rapport du 13 mai 2020, pp. 4-5) met en évidence au premier plan une problématique anxieuse sévère, décompensée de façon très massive par la situation professionnelle stressante et envahissante vécue en 2019 au sein de

D._____. Cette décompensation s'était manifestée par une dépression sévère dans un contexte de trouble anxio-phobique préexistant et fragilisant. La problématique anxieuse était encore si importante qu'elle ne permettait pas encore d'envisager une reprise professionnelle sur le moyen terme (Ibid, p. 5). Les limitations fonctionnelles sont décrites dans le rapport, avec notamment des attaques de panique au moindre de stress (devoir rencontrer une personne, remplir un formulaire, répondre à un téléphone, etc...) et une déprime inquiétante (idéation suicidaire) (Ibid, p. 7, ch. 3.4 ; cf. aussi l'annexe psychiatrique au rapport AI). Elles ont également un impact sur la vie quotidienne de la personne assurée, qui évite (« évitement ++++ » ; ibid., p. 3, ch. 2.3) toutes les situations phobogènes (« *sortir dans un lieu avec des gens, devoir parler en public, devoir se rendre dans un entretien en face à face avec quelqu'un, devoir manger ou boire en public, devoir regarder quelqu'un dans les yeux ou être regardée par quelqu'un dans les yeux, etc...* » ; Ibidem). La Dre B._____ précise que lorsque l'assurée ne peut pas éviter ces situations, elle présente des nausées, des tremblements, ne trouve pas ses mots, devient rouge et finalement se met à pleurer. Il s'ensuit un isolement social total (Ibidem). On en déduit que l'assurée présente des troubles graves sur le plan fonctionnel qui se répercutent de manière uniforme dans tous les domaines de la vie.

La Dre B._____ décrit également le traitement mis en place, avec notamment un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) à une fréquence hebdomadaire, une médication à l'Escitalopram ® 10 mg et un traitement d'appoint et de réserve de Lexotanil ® en cas d'exposition à des situations phobogènes. Elle n'a pas négligé de prendre en considération d'éventuelles ressources et a mentionné, à cet égard, le compagnon de l'assurée, qui représente un « *objet contraphobique* » et l'aide à gérer tout ce qu'elle ne parvient pas à gérer seule. On constate donc que la Dre B._____ n'a pas négligé de prendre en considération la compliance thérapeutique et les ressources de la personne assurée pour poser son appréciation relative à la capacité résiduelle de travail. A l'évidence, toutefois, elle estime que les effets du traitement et les ressources de la personne assurée restent insuffisants pour lui permettre

de surmonter ses difficultés et de reprendre, à moyen terme, une activité professionnelle, ce qui paraît tout à fait compatible avec les autres constatations de cette psychiatre relatives aux atteintes à la santé. On notera par ailleurs que la Dre B._____ a pris la distance critique nécessaire par rapport aux déclarations de sa patiente ; elle a notamment évoqué une vérification de la compliance médicamenteuse au moyen d'une prise de sang en 2019 (notice téléphonique du 15 octobre 2019 : *« Elle m'indique également qu'elle fera une prise de sang, sans rien dire à l'assurée, pour vérifier qu'elle prend bien son traitement, car à la base l'assurée était très réticente à prendre ledit traitement sous prétexte qu'elle n'est pas folle »*). On ignore si cette vérification a effectivement eu lieu, mais toujours est-il que la prise du traitement est confirmée par les effets secondaires importants engendrés par un essai d'adaptation de la pharmacologie et qui majoraient l'anxiété (cf. rapport du 13 mai 2020, p. 5, ch. 2.3).

cc) Dans son rapport du 25 mars 2021, la Dre B._____ reprend l'essentiel des constatations présentées dans ses précédents rapports et décrit la péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente, précisant notamment que les rituels en vue de réduire l'anxiété étaient de plus en plus fréquents (vérifications, répétitions, rangements) et prenaient de plus en plus de temps (p. 1, ch. 2). De fait, l'assurée ne parvenait plus à gérer la moindre consigne administrative et se maintenait de plus en plus en dehors de la réalité (pp. 1-2, ch. 2). Elle était en permanence dans l'évitement. Son compagnon l'avait quittée et elle avait dû se résigner à réintégrer le domicile de ses parents, ce qui favorisait l'anxiété. Les démarches en vue d'obtenir de l'aide sociale étaient phobogènes et très difficiles à entreprendre (p. 2, ch. 2). La Dre B._____ a détaillé des limitations fonctionnelles conséquentes (pp. 3-4, ch. 5, voir aussi p. 1, ch. 2), en aggravation par rapport à son rapport du 13 mai 2020 (cf. Annexe psychiatrique au rapport AI). Celles-ci s'expriment notamment dans les relations interpersonnelles (impossibilité d'interagir, se sent persécutée, interprétative, doit être validée dans tout ce qu'elle fait, impossibilité de prendre des initiatives, lenteur extrême et pleur irrépessibles+++ ; handicap au niveau des compétences sociales [pp. 3-

4, ch. 5, voir aussi p. 1, ch. 2]) et au niveau cognitif (forte diminution des compétences cognitives : mémorisation, concentration, compréhension de texte, capacité à remplir un questionnaire [p. 1, ch. 2]) qui constituent autant d'obstacles dans la vie quotidienne qu'en vue d'une hypothétique réadaptation professionnelle. De plus, la mère de l'assurée avait appris en décembre 2021 qu'elle avait un cancer du poumon ; son père s'était quant à lui fait récemment opérer (pontage artériel des deux jambes). La Dre B. _____ souligne toutefois que ces facteurs émotionnellement difficiles à vivre au niveau personnel ne sont pas responsables de la péjoration de la situation clinique, car l'état de santé se péjorait quoi qu'il en soit de lui-même depuis deux ans et demi. En revanche, ils n'améliorent pas sa situation personnelle et augmentent sa labilité émotionnelle. Vu ces précisions de la Dre B. _____, on voit mal comment la recourante peut prétendre que la psychiatre traitante aurait ignoré le point de savoir si des facteurs de stress psychosociaux non médicaux ou des facteurs étrangers à l'invalidité auraient influencé son état de santé. Au demeurant, il convient de rappeler à la recourante que des facteurs de stress psychociaux « *non médicaux* » peuvent avoir une influence importante sur l'état de santé psychique d'un assuré et ses symptômes, cet état psychique et ces symptômes devant néanmoins être pris en considération pour l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de la personne assurée. En l'occurrence, la Dre B. _____ n'a pas fondé son constat d'une incapacité de travail ou de la péjoration de la situation clinique sur des circonstances étrangères à l'invalidité (p. 2, ch. 2 : « *les deux facteurs émotionnellement difficiles que ma patiente vient de vivre au niveau personnel [en référence à la rupture et aux problèmes de santé des parents] n'ont clairement rien à voir avec la péjoration de sa situation clinique* »), mais les a, à juste titre, prises en considération dans la mesure où elles privaient l'assurée d'une partie des ressources qui pourraient lui permettre de lutter efficacement contre les atteintes à sa santé ou d'en diminuer les conséquences (sur cette question, cf. Susana Mestre Carvalho, Exigibilité, la question des ressources mobilisables in RSAS/SZS 2/2019, p. 68 et les références citées). On observe à cet égard que ces facteurs familio-sentimentaux ont pour effet d'augmenter encore la labilité émotionnelle de l'assurée (p. 2, ch. 2), mais que, sans en minimiser la

gravité, cette limitation fonctionnelle n'en reste qu'une parmi les nombreuses autres décrites par la Dre B. _____ (pp. 2-3, ch. 5).

Au final, il ressort clairement du rapport du 25 mars 2021 que l'état de santé de l'assurée s'est plutôt péjoré qu'amélioré par rapport à la situation prévalant en 2019-2020. Les répercussions des atteintes à la santé sur sa vie quotidienne sont illustrées de nombreux exemples, crédibles au vu des diagnostics posés, des constatations cliniques de la Dre B. _____ ainsi que des tests réalisés, et dont on comprend aisément que l'assurée présente des limitations fonctionnelles conséquentes et incompatibles, en l'état, avec une activité professionnelle.

c) La recourante met en doute la valeur probante des constatations de la Dre B. _____ en se référant à la prise de position, sur dossier, du Dr C. _____, médecin au SMR. Ce dernier a en effet estimé qu'il y avait une « *nette incohérence* » entre le constat d'une dépression sévère et d'une angoisse totalement incapacitante, d'une part, et une prescription de 10 mg d'Escitalopram ® depuis deux ans sans changement thérapeutique ni hospitalisation. En réalité, la Dre B. _____ a tenté d'augmenter les doses d'Escitalopram ®, mais y a renoncé en raison de la réaction de l'assurée (tremor et agitation ; cf. rapports du 18 février 2020, p. 3, ch. 3b et du 13 mai 2020, pp. 5-6, ch. 2.3). Elle a également prescrit du Lexotanil ®. Le Dr C. _____ précise par ailleurs qu'il n'a « *aucun doute* » sur le caractère incapacitant de l'atteinte à la santé, qui lui paraît clair aussi bien sur le plan anamnestique que sur le plan clinique. Il relativise par ailleurs, dans sa détermination du 2 juillet 2021, les possibilités de traiter efficacement, par médicaments, les troubles phobiques et compulsifs, qui sont les plus incapacitants pour l'assurée, et reconnaît que ces troubles sont davantage accessibles par la psychothérapie. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de nier l'incapacité de travail de l'assurée, sur la seule base des rapports du Dr C. _____, ni d'annuler la décision litigieuse pour ordonner un complément d'expertise, au motif que toutes les possibilités thérapeutiques n'auraient pas été explorées, comme le souhaiterait la recourante, l'incapacité de travail de l'assurée n'étant mise en doute dans aucune pièce médicale au dossier.

Cela étant, il reste surprenant qu'à défaut d'une augmentation du dosage d'Escitalopram ®, d'autres médicaments antidépresseurs n'aient pas été prescrits. Il appartiendra à l'intimé d'examiner s'il entend sommer l'assurée de se soumettre à l'avenir à un traitement médicamenteux plus conséquent, mais en l'état, la capacité résiduelle de travail de la recourante est insuffisante pour exiger une reprise du travail.

9. La recourante reproche à l'intimé d'avoir méconnu la notion d'invalidité et de n'avoir pas examiné les possibilités de gain de l'assurée dans une activité adaptée. Elle rappelle dans ce contexte que l'assurée est hautement qualifiée. Les limitations fonctionnelles de l'assurée et ses atteintes à la santé la rendent toutefois incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle (rapport du 13 mai 2020, pp. 8-9, ch. 4.1 à 4.4 et du 25 mars 2021, pp. 2-3, ch. 3-4), comme l'a constaté la Dre B._____ et comme l'a également admis le Dr C._____. Il convient, sur ce point, de renvoyer la recourante aux constatations figurant dans les rapports de la Dre B._____, en l'absence de motivation plus détaillée de son grief, étant précisé que les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée entraînent un handicap particulièrement important dans le domaine administratif, dans lequel elle bénéficie d'une qualification professionnelle, mais aussi dans toutes autres activités professionnelles, y compris les plus simples.

10. a) Vu ce qui précède, l'argumentation de la recourante est mal fondée. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée 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.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'assurée qui n'est pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

**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 16 juillet 2021 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 Caisse de pensions R._____.

- 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 :

- Caisse de pensions R._____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- A._____ (partie intéressée),
- 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 :