

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse et d'un diplôme d'assistante de direction obtenu au [...], a travaillé en qualité de conseillère en prévoyance pour le compte d'U._____ dès le 1^{er} juillet 2010. A compter du 16 décembre 2014, elle a présenté une incapacité de travail totale.

Le 23 juin 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant, quant au genre de l'atteinte, « burnout ».

Dans un rapport du 4 février 2015, le Dr W._____, médecin traitant, a évoqué un état de détresse psychologique chez l'assurée à la suite de son licenciement, suivi d'une humeur dépressive avec abattement, asthénie, manque d'élan vital, tristesse, inquiétude et des difficultés à faire face à la situation. Il mentionnait qu'un retour à une capacité de travail totale dans l'activité habituelle était impossible.

D'après un extrait du compte individuel (CI) imprimé le 7 juillet 2015, l'assurée a réalisé un revenu de 70'011 fr. en 2011, de 85'644 fr. en 2012, de 98'278 fr. en 2013 et de 66'262 fr. en 2014.

Selon un rapport complété par l'employeur le 20 juillet 2015, le salaire perçu par l'assurée était variable. A ce rapport était jointe une lettre de confirmation de résiliation des rapports de travail du 20 mars 2015, dans laquelle on pouvait lire que, par courrier du 28 octobre 2014, l'employeur avait résilié les rapports de travail pour le 31 décembre 2014 mais qu'en raison de l'incapacité de travail présentée par l'assurée dès le 16 décembre 2014, la résiliation devenait effective au 31 mars 2015.

Dans un rapport du 31 août 2015, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le

20 janvier 2015, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de personnalité anankastique (F60.5). Il a également mentionné des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), ainsi que la dislocation de la famille par séparation ou divorce (Z63.5).

A la demande de l'assureur perte de gain, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 11 septembre 2015, le médecin précité a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Il observait une tristesse qui n'était pas constante et qui pouvait varier durant l'entretien en fonction des sujets abordés, une légère fatigue et un léger ralentissement psychomoteur. En revanche, il ne détectait pas de trouble cognitif particulièrement envahissant. Il n'y avait pas de comorbidité, notamment de troubles anxieux spécifiques, ni de trouble de la personnalité. Il a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100%, dès le 1^{er} octobre 2015, dans une activité adaptée qui tienne compte d'une plus forte émotivité, de troubles cognitifs et d'une plus grande fatigue. Il a précisé qu'une compliance au traitement médicamenteux, indétectable au monitoring thérapeutique, aurait permis une amélioration clinique et une reprise du travail plus rapides.

Dans un rapport du 18 mai 2016, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le 30 mars 2016, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. A titre de limitations fonctionnelles, elle a indiqué des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, ainsi qu'une aboulie encore présente de manière fluctuante. Selon cette médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible et une augmentation progressive de la capacité de travail dans une activité adaptée jusqu'à un taux de 100% était possible. Elle a encore précisé que la prise d'un antidépresseur avait été proposée à l'assurée qui n'était pas encore décidée à en prendre.

A la demande de l'OAI, le Dr X._____ et la psychologue F._____ ont, dans un rapport du 14 juin 2016, confirmé les diagnostics posés antérieurement et précisé qu'une incapacité de travail à 100% avait été attestée par eux-mêmes du 16 décembre 2014 au 16 avril 2016. Ils ont également mentionné que l'assurée n'avait pas opté pour les traitements psycho-pharmacologiques proposés.

Par avis du 1^{er} décembre 2016, le Service médical régional de l'AI (SMR) a mentionné que l'épisode dépressif moyen présenté par l'assurée n'était pas incapacitant. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu des difficultés à gérer le stress, les changements imprévisibles, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité, ainsi qu'un rendement soutenu. Il a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2015.

Dès le 1^{er} mars 2017, l'assurée a bénéficié de mesures de réinsertion (à savoir d'un entraînement à l'endurance du 1^{er} mars au 15 juin 2017, selon communication du 1^{er} mars 2017, avec prolongation de cette mesure jusqu'au 15 septembre 2017, selon communication du 9 juin 2017, puis d'un entraînement progressif du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018, selon communication du 5 septembre 2017, avec prolongation de cette mesure jusqu'au 30 juin 2018, selon communication du 13 mars 2018, puis nouvelle prolongation jusqu'au 31 août 2018, selon communication du 22 mai 2018).

L'assurée a ensuite bénéficié d'une mesure de reclassement du 1^{er} septembre 2018 au 31 juillet 2020, sous forme de droit d'échange pour un Bachelor en enseignement primaire effectué à la Haute école V._____ ([...]), selon communication du 1^{er} octobre 2018. Cette mesure a tout d'abord été prolongée jusqu'au 31 juillet 2021, selon communication du 19 juin 2020 annulant et remplaçant la communication précédente, puis jusqu'au 30 juin 2023, selon communication du 18 mai 2021.

Par courrier du 22 septembre 2021, la Haute école V._____ a annoncé à l'assurée l'échec définitif de sa formation, compte tenu de résultats insuffisants, en particulier dans le module relatif au fonctionnement de la langue française écrite et orale.

Par décision du 1^{er} mai 2023, la Commission de recours de la Haute école V._____ a rejeté le recours de l'assurée.

Dans un compte-rendu du 10 mai 2023, la permanence juridique de l'OAI a confirmé que le versement des indemnités journalières, servies à l'assurée en lien avec les mesures octroyées, cesserait au 30 juin 2023.

Par communication du 20 juin 2023, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'aide au placement.

Par courriel du 28 novembre 2023, l'assurée a informé l'OAI du fait qu'elle allait être engagée dans un établissement scolaire du 1^{er} décembre 2023 au 28 juin 2024 à un taux d'activité de 70%.

Dans un compte-rendu d'entretien avec l'assurée du 20 décembre 2023, l'OAI a résumé les données salariales, sur la base des indications fournies par celle-ci pour son engagement à l'Etat de Vaud, comme suit :

« **Salaire horaire** : 60.Frs
Horaire hebdomadaire : 42
Calcul du salaire mensuel : (salaire horaire x nbre heures hebdomadaires) * 4.33 = (60 x 18) * 4.33
Salaire mensuel : 4'676.4
Nbre de mensualités par années (11 en intérim si vacances et 13^{ème} compris)
Revenu annuel d'invalidité : Salaire mensuel * nbre de mensualités = 51'440.4.Frs »

Il y était précisé que l'assurée ne recevrait pas de contrat, en tant qu'auxiliaire.

Par projet de décision du 1^{er} février 2024, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. En effet, celle-ci avait présenté une incapacité de travail sans interruption dès le 16 décembre 2014 mais une capacité de travail de 100% lui était reconnue à partir d'octobre 2015 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : des difficultés à gérer le stress et les changements imprévisibles, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigue, de même qu'une fatigabilité, ainsi que l'absence de rendement soutenu. Au terme des mesures, assorties d'indemnités journalières, octroyées à l'assurée, il convenait de déterminer son degré d'invalidité. Tenant compte d'un revenu sans invalidité de 80'000 fr., correspondant à la moyenne des revenus des quatre dernières années avant la survenance de l'atteinte à la santé figurant au compte individuel (CI), et d'un revenu avec invalidité de 87'109 fr. 90, sur la base des données salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS), Tableau 1, secteur enseignement, niveau 3, pour les femmes, indexé à 2023, le préjudice économique était nul.

Le 6 mars 2024, l'assurée a émis des objections au projet précité, notamment en ce qui concernait le revenu sans invalidité et la capacité de travail exigible. A l'appui de son courrier, elle a fourni un rapport du 4 mars 2024 du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge de son suivi depuis octobre 2016, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif avec symptômes somatiques (F32.11), de troubles de l'adaptation avec réactions mixtes (F43.22) et d'aquaphobie (F40.2). Il a en outre retenu un burnout (Z73.0), ainsi que du stress (Z73.3). Le Dr S._____ a précisé que l'état mental de l'assurée, constaté entre juillet et août 2023, ne lui permettait d'exercer l'activité d'enseignante qu'à temps partiel. Le taux de présence pendant cette période ne dépassait pas 50%. Il a évoqué un état de santé resté fragile en dépit d'une réponse favorable au traitement antidépresseur, précisant que l'assurée avait présenté épisodiquement des troubles de l'adaptation marqués par une exacerbation de son anxiété, une humeur

triste avec une irritabilité des troubles de la concentration, une fatigue accompagnée d'une fatigabilité, ainsi que des insomnies. Le traitement prescrit à l'assurée avait consisté en de l'Escitalopram 10 mg de juin 2017 à juin 2018 et du Trazodone 50 mg de novembre à décembre 2016 puis d'août 2019 à octobre 2023. L'assurée a également joint à son opposition un rapport d'expertise du 16 janvier 2018 du Dr P._____, rendu à la demande du Tribunal d'arrondissement de [...], dans le cadre d'un procès civil, aux termes duquel ce médecin a retenu le diagnostic de trouble dépressif caractérisé, isolé, en rémission partielle, gravité actuelle légère (F32.4) et conclu à un pronostic favorable quant à une reprise d'activité lucrative dans l'économie du marché, tout en indiquant de manière hypothétique une capacité de travail de 50% à partir du 1^{er} avril 2018, précisant qu'un regain d'une capacité de travail totale n'était pas exclu.

Par avis du 3 juin 2024, le SMR a conclu que le rapport du DrS._____ ne permettait pas de valider une incapacité de travail durable à 50%. L'assurée avait en effet repris le suivi psychiatrique durant trois mois en été 2023, mais depuis décembre 2023, elle avait trouvé un travail à 70%. Le rapport précité n'amenait donc pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier sa position. Le service de réadaptation n'avait en outre pas fait état d'une baisse de rendement dans ses observations depuis 2016. De plus, des limitations fonctionnelles en lien avec la symptomatologie dépressive avaient déjà été admises.

Dans un avis du 10 juillet 2024, la permanence juridique de l'OAI a observé que même si l'expertise sur laquelle se fondait ce dernier datait de 2016 et que l'assurée suivait à ce moment-là des mesures, le service de réadaptation n'avait pas noté de baisse de rendement. Quant à l'avis SMR du 3 juin 2024, il était très détaillé, si bien que la position de ce service pouvait être suivie.

Par décision du même jour, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité, confirmant le projet du 1^{er} février 2024.

B. Par acte du 9 septembre 2024, A._____, représentée par Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant principalement à ce qu'une demi-rente d'invalidité au moins lui soit accordée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans un premier moyen, elle a relevé qu'il était correct de prendre en compte la moyenne des salaires qu'elle avait perçus entre 2011 et 2014, s'élevant à 80'048 fr. 75. Toutefois, elle était d'avis que ce montant aurait dû être indexé à 2023, année d'ouverture du droit à la rente, ce qui le portait à 85'186 fr. 97. Dans un second moyen, la recourante a déploré que l'intimé n'ait pas tenu compte du rapport du 4 mars 2024 du Dr S._____, ni expliqué pour quelle raison il fallait s'en écarter. Elle a également soutenu que l'expertise effectuée en novembre 2015 par le Dr B._____ pour le compte de l'assureur perte de gain n'était pas probante, et que cette expertise n'était, au demeurant, plus à jour pour déterminer les faits actuels, puisqu'elle datait de près de neuf ans et que l'écoulement du temps avait démontré que son état de santé ne s'était pas amélioré.

Dans sa réponse du 29 octobre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours. S'agissant de l'exigibilité médicale, il a renvoyé à l'avis du SMR du 3 juin 2024, ainsi qu'au compte-rendu de la permanence juridique du 10 juillet 2024. Concernant le revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé à une communication interne, jointe à son écriture, établie le 29 octobre 2024 par un spécialiste en réinsertion professionnelle, qui a calculé un revenu sans invalidité de 86'008 fr. après indexation à 2023. Il en a déduit que, même en tenant compte de ce montant et en le comparant avec le revenu d'invalidité de 87'109 fr. 90, le seuil de 40% ouvrant le droit à une rente n'était pas atteint.

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

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité à la suite de la demande qu'elle a déposée le 23 juin 2015.

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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 10 juillet 2024, fait suite à la demande de prestations déposée par la recourante le 23 juin 2015. La naissance d'un éventuel droit à une rente en faveur de celle-ci remonte à décembre 2015, terme du délai de carence d'une année

après l'incapacité totale de travail qu'elle a présentée dès décembre 2014. Il y a ainsi lieu d'appliquer le droit en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022.

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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

6. En l'occurrence, la recourante conteste l'exigibilité médicale, singulièrement la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée retenue par l'intimé sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 11 septembre 2015 du Dr B._____. Elle se prévaut pour l'essentiel du rapport du Dr S._____ du 4 mars 2024, produit à l'appui de ses objections au projet de décision, et soutient que le rapport d'expertise psychiatrique précité n'est pas probant, en tant qu'il date de près de neuf ans.

On rappellera tout d'abord que, dans son rapport d'expertise du 11 septembre 2015, le Dr B._____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et avait conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dès le 1^{er} octobre 2015 dans une activité adaptée, en raison d'une plus forte émotivité, de troubles cognitifs décrits par l'assurée et d'une plus grande fatigue.

A la lecture du rapport du 4 mars 2024 du Dr S._____, on constate que ce médecin a retenu le même diagnostic que le Dr B._____, à savoir un épisode dépressif avec syndrome somatique (F32.11). S'agissant de la capacité de travail, le psychiatre traitant a mentionné qu'entre juillet et août 2023, l'état psychique de la recourante ne lui permettait d'exercer son activité d'enseignante qu'à taux partiel, précisant que le taux d'activité pendant cette période ne dépassait pas 50% en raison d'un épisode de troubles anxio-dépressifs réactionnels. La recourante en conclut qu'elle ne peut travailler qu'à temps partiel. Or ce n'est pas ce qui ressort du rapport du Dr S._____. Celui-ci n'affirme en particulier pas que la capacité de travail de 50% retenue pour juillet et août 2023 serait pérenne. On observe par ailleurs que le Dr S._____ a vu la recourante en consultation pour la dernière fois le 3 août 2023. Son rapport datant du 4 mars 2024, il faut en déduire que la recourante n'a pas eu de suivi psychiatrique régulier pendant ces sept mois, si bien que l'on peut présumer que son état de santé psychique s'est stabilisé, voire amélioré. Celle-ci a du reste retrouvé un travail à un taux de 70% depuis

décembre 2023, après avoir bénéficié de mesures de réinsertion et de reclassement de l'AI entre mars 2017 et juin 2023 qu'elle a pu suivre et mener à bien, malgré l'absence d'obtention d'un diplôme au terme de ses études. En particulier, le fait que la recourante présente, selon le Dr S._____, un état de santé fragile et épisodiquement des troubles de l'adaptation marqués par l'exacerbation de son anxiété, une humeur triste avec une irritabilité, des troubles de la concentration, une fatigue avec une fatigabilité et des insomnies, ne permet pas de retenir une incapacité partielle de travail durable. La recourante a, tout au plus, présenté une aggravation passagère de son état psychique entre juillet et août 2023. Le DrS._____ ne fait au demeurant état d'aucun élément nouveau depuis l'expertise psychiatrique du DrB._____. Il n'a par ailleurs aucunement contesté le rapport y relatif, dont il a précisé qu'il était en sa possession. A cet égard, on notera qu'il n'est pas revenu sur la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée retenue par l'expert dès octobre 2015 mais s'est limité à évoquer une aggravation sur deux mois à l'été 2023. Il a en outre précisé que la recourante avait répondu favorablement au traitement antidépresseur, lequel lui est prescrit depuis décembre 2016. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu d'admettre que le rapport du DrS._____ ne permet pas de remettre valablement en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr B._____.

Par ailleurs, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 22 juin 2024, le service de réadaptation de l'OAI n'a pas fait état de baisse de rendement chez la recourante depuis 2016. En outre, des limitations fonctionnelles en lien avec la symptomatologie dépressive ont déjà été admises.

Dans ces conditions, aucun élément au dossier ne permet de faire douter de l'appréciation, bien qu'ancienne, du Dr B._____, laquelle est convaincante.

Une pleine valeur probante peut ainsi être reconnue au rapport d'expertise du 11 septembre 2015, dont il y a lieu de suivre les

conclusions, à savoir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2015.

7. Sur le plan économique, la recourante conteste le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. S'agissant en particulier du revenu sans invalidité, celle-ci estime qu'il est correct de prendre en compte la moyenne des salaires qu'elle a perçus entre 2011 et 2014, lesquels s'élèvent à 80'048 fr. 75, mais est d'avis que ce montant doit être indexé à 2023, année d'ouverture d'un éventuel droit à la rente, ce qui conduit à retenir un montant de 85'186 fr. 97.

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) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible. A l'inverse, 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant à l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

cc) 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) S'agissant du niveau de compétence dans la détermination du revenu d'invalidé, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de rappeler ce qui suit dans l'ATF 150 V 354 consid 6.1 :

« Depuis la dixième édition de l'ESS (2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques).

Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier ; arrêt 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.2, in SVR 2023 UV n° 8 p. 22). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils

électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.2.3 et les arrêts cités). L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières (arrêt 8C_202/2022 du 9 novembre 2022 consid. 4.1 et les arrêts cités ; pour le tout, cf. arrêt 8C_605/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.2.2, in SVR 2023 UV n° 47 p. 165). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (arrêts 8C_293/2023 du 10 août 2023 consid. 4.2 in fine ; 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 2.3 ; 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1 et les références). Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré - sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession - ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (arrêts 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 7.3.3 in fine ; 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.2.4 ; 8C_581/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.4 ; 9C_148/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2). »

b/aa) En l'occurrence, l'intimé ne pouvait, dans la situation de la recourante, se fonder sur la moyenne des revenus des quatre dernières années d'activité avant la survenance de l'atteinte à la santé ressortant du compte individuel (CI) pour déterminer le revenu sans invalidité. Ce moyen de procéder, qui est courant lorsque la personne assurée est indépendante, n'est en l'espèce pas pertinent.

En effet, il ressort du rapport complété le 20 juillet 2015 par l'ex-employeur de la recourante que le salaire perçu par celle-ci pour son activité de conseillère en prévoyance variait fortement. Une lecture des montants qu'elle a perçus en 2013 et 2014 permet de le constater. Selon les mois, ceux-ci ont varié de 2'450 fr. 20 à 27'073 fr. 60 en 2013, conduisant à un revenu annuel total de 98'278 fr. 20, et de 2'072 fr. à 18'957 fr. 15 en 2014, pour obtenir un revenu annuel total de 62'262 fr. 35. On ne peut, dans ces circonstances, retenir quel était le revenu exact de la recourante sur la base du rapport précité. Il convient encore d'observer qu'indépendamment de l'incapacité qu'elle a présentée, laquelle est survenue après l'annonce de son licenciement le 28 octobre 2014, les rapports de travail auraient de toute façon pris fin, ce qui démontre que l'activité de conseillère en prévoyance n'aurait, quoi

qu'il en soit, pas eu de caractère durable. De même, l'examen du CI permet de constater qu'avant sa prise d'activité de conseillère en prévoyance, la recourante ne percevait que des revenus sensiblement inférieurs, avoisinant les 50'000 fr. par an au mieux. Ainsi, compte tenu de son parcours et de ses formations, la recourante n'aurait, selon toute vraisemblance, pas retrouvé un emploi aussi bien rémunéré que celui qu'elle a exercé en tant que conseillère en prévoyance du 1^{er} juillet 2010 au 31 mars 2015.

L'ensemble de ces circonstances aurait dû conduire l'intimé à déterminer le revenu sans invalidité à l'aune du tableau TA1 de l'ESS 2022. Sur cette base, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité de la recourante à 60'543 fr. 05, correspondant au salaire moyen touché par une femme exerçant une activité relevant du niveau de compétence 2 dans le commerce de détail (vente), 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 2023 (salaire mensuel de 4'754 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, indexation de 1,8 % en 2023 ; cf. tableau T39 « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* »).

A noter que ce montant correspond, à peu de chose près, à la moyenne des revenus figurant au CI de l'intéressée sur dix ans (de 2005 à 2014, soit 61'067 fr. 20).

bb) S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé ne peut pas non plus être suivi lorsqu'il prend en compte, en se fondant sur l'ESS, le salaire que percevrait une femme dans des activités qualifiées du domaine de l'enseignement, qui correspond au niveau de compétence 3.

On relèvera tout d'abord qu'en l'absence de rapport de travail stable, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur l'ESS. En revanche, il se justifie de prendre en compte le niveau de compétence 2 et non le niveau 3 comme l'a retenu l'intimé. On constatera à cet égard qu'outre le

fait que la recourante dispose d'un diplôme d'assistante de direction obtenu au [...], non reconnu en Suisse, et d'un CFC de vendeuse, obtenu par le biais de l'art. 41 LFPr (loi fédérale du 13 décembre 2022 sur la formation professionnelle ; RS 412.10), permettant à des adultes non formés d'obtenir un tel certificat, la formation d'enseignante en primaire qu'elle a suivie auprès de la Haute école V._____ n'a pas été sanctionnée par l'obtention d'un Bachelor. Si la recourante a acquis de l'expérience en tant que vendeuse et comme conseillère en prévoyance, celle-ci fait défaut dans le domaine considéré, en dehors de stages en cours de formation et d'une expérience de sept mois entre décembre 2023 et juin 2024 comme enseignante auxiliaire. Dans ces circonstances, il faut retenir que la recourante ne dispose pas d'un vaste ensemble de connaissances lui permettant d'assumer les tâches afférentes au niveau de compétence 3 (cf. consid. 7a/dd *supra*).

Ainsi, sur la base du tableau TA1 de l'ESS 2022, il convient de fixer le revenu avec invalidité de la recourante à 74'284 fr. 30, correspondant au salaire moyen touché par une femme exerçant une activité (enseignement) relevant du niveau de compétence 2, après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures et après indexation à 2023 (salaire mensuel de 5'833 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, indexation de 1,8% en 2023).

Ce montant ne s'éloigne du reste pas fondamentalement du revenu résultant des données salariales de l'activité d'enseignante auxiliaire dans l'Etat de Vaud qu'a exercée la recourante entre décembre 2023 et juin 2024 (cf. compte-rendu d'entretien du 20 décembre 2023). En effet, avec un salaire horaire de 60 fr. et 18 périodes, correspondant à une activité à 70%, multiplié par 4,33 (vacances), il en résulte un revenu mensuel de 4'676 fr. 40, servi 11 fois en interim avec vacances et 13^{ème} salaire compris, soit 51'440 fr. 40 par an. Rapporté à un 100%, correspondant à 25 périodes, ce montant s'élève à 71'445 fr. par an (25 périodes x 60 fr./heure x 4,33 x 11 mois).

c) En comparant les revenus sans et avec invalidité, il y a lieu de constater que la recourante ne subit aucune perte économique, de sorte que son degré d'invalidité est nul. On observera à cet égard que si, par impossible, on admettait de prendre en compte la moyenne des salaires des quatre dernières années avant l'atteinte à la santé, indexée à 2023 (soit 86'008 fr.), pour déterminer le revenu sans invalidité, ce qui serait la solution la plus favorable à la recourante, cela ne changerait rien au résultat ci-avant, dans la mesure où le degré d'invalidité se monterait alors au maximum à 13,6% ($86'008 \text{ fr.} - 74'284 \text{ fr.} 30 / 86'008 \text{ fr.} \times 100$), ce qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 2 LAI.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 10 juillet 2024 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement assumés par l'Etat. La partie recourante 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 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]).

**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 10 juillet 2024 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :