

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 janvier 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Berberat et Livet, juges
Greffier : M. Genilloud

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Matthias Frey, avocat à Berne,

et

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

ainsi que

C. _____, à R***, tiers intéressée, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne.

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 LAI

En fait :

A. C._____, (ci-après : l'assurée), née en ***, titulaire d'un CFC d'employée de commerce avec maturité professionnelle commerciale, travaillait à temps plein en qualité de « [...] » pour le compte de la société A._____ AG depuis le 14 novembre 2016.

Le 9 juillet 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'un épuisement physique et psychique présent depuis 2019, à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 17 mars 2020.

Dans un rapport du 4 septembre 2020, le Dr F._____, médecin traitant de l'assurée, a indiqué que sa patiente présentait des bouffées d'angoisses, une perte d'estime de soi, des troubles du sommeil et des peurs paniques, attribués aux exigences des clients paniqués à la suite de la chute de la bourse. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle, tandis qu'elle « pourrait reprendre sans problème son activité à 100 % si l'on arrive à gérer les troubles paniques ».

Dans un rapport du 14 octobre 2020, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif. Il a exposé que sa patiente se plaignait notamment d'une augmentation de la charge de travail, de conflits à son travail, tant avec ses collègues que sa hiérarchie, ainsi que d'une surcharge de travail avec des difficultés à gérer en parallèle, le traitement des courriels, les téléphones et le temps d'attente imposé aux clients. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était, à très court terme, nulle dans son activité habituelle et de 10 à 20 % avec un rendement abaissé chez un autre employeur, en raison de fonctions cognitives limitées (mémoire, concentration, capacité de décision, rapidité, multitâche, etc.), d'une fatigue, de symptômes d'anxiété accaparant l'attention et de doutes sur ses propres capacités. A moyen terme (un à deux mois), une capacité de travail progressive jusqu'à

50 %, puis à 100 % à l'horizon de six mois, était possible dans toute activité, moyennant un projet thérapeutique la soutenant pour une reprise de travail avec élaboration des difficultés présentées en terme relationnel.

Dans un rapport du 25 novembre 2020, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 8 octobre 2020, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), présent depuis huit à dix mois au moins. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité, avec un pronostic qui était, à cet instant, incertain.

Par la suite, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, à savoir un entraînement à l'endurance du 22 novembre 2021 au 28 février 2022 (à raison de 8 heures par semaine, 3 jours par semaine, avec augmentation progressive), un entraînement progressif du 1^{er} mars 2022 au 31 mai 2022 (à un taux de présence initial de 20 %, avec augmentation progressive), puis un entraînement progressif du 30 mai au 31 juillet 2022 (à un taux de présence initial de 20 %, avec augmentation progressive, au sein d'un autre département de son employeur) (cf. communications du 25 novembre 2021 et des 17 mars et 9 juin 2022 de l'OAI).

Le 1^{er} août 2022, l'assurée a été engagée par son employeur en qualité de « [...] » à un taux d'activité de 40 %.

Dans des rapports des 9 septembre 2022 et 13 janvier 2023, le Dr J._____ a indiqué que sa patiente présentait désormais un trouble dépressif récurrent sans spécificité (F33.9). Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 40 % dans toute activité. Il a précisé qu'un taux supérieur était difficilement imaginable à l'avenir dès lors que sa patiente rencontrait encore des difficultés, se matérialisant notamment par un besoin d'écourter ses journées de travail, avec pour conséquence une accumulation d'heures négatives.

Par avis du 30 janvier 2023, le SMR, estimant que les éléments apportés par le Dr J. _____ étaient très succincts, que les explications de celui-ci n'étaient pas convaincantes, que le traitement mis en place n'était pas optimal et que les mesures de réinsertion avaient été un échec, a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au sein du SMR, a procédé à un examen clinique de l'assurée le 30 mars 2023. Dans son rapport le 17 mai 2023, le Dr L. _____ a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - d'accentuation de certains traits de personnalités (Z73.1). Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité qu'elle exerçait depuis le mois d'août 2022 ne dépassait pas 30 % (40 % avec une diminution de rendement de 10 %), tandis qu'elle était totale depuis mars 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (difficultés relationnelles ; difficultés dans la gestion des émotions ; difficultés liées aux tâches administratives ; difficultés d'organisation du temps ; hypersensibilité au stress ; limitations des capacités de concentration et d'attention, mnésiques, d'organisation, de planification et d'adaptation aux changements ; pas de situation d'*open space* et d'activité avec plusieurs tâches à gérer de façon simultanée ; pas de cadence de travail élevée sans interruption ; pas d'activité où les fenêtres de mail s'ouvrent de façon intempestive et où il existe des compteurs de temps ou la réalisation de tâches minutées ; possibilité d'effectuer des pauses régulières, idéalement 10 à 15 minutes toutes les deux heures). Le pronostic était décrit comme relativement bon, avec une augmentation de la capacité de travail dans une activité adaptée vraisemblablement jusqu'à 100 % sur le plan médico-théorique.

Dans un avis du 7 mars 2024, le SMR a estimé que l'appréciation du Dr L. _____ n'était pas convaincante au vu de la réduction des activités de la vie quotidienne depuis l'atteinte à la santé, du retour de l'assurée au domicile de ses parents en novembre 2020, de la prise de poids, du cortège de symptômes dépressifs permettant de retenir un épisode dépressif

moyen, des mesures de réadaptation qui n'avaient pas permis de dépasser un taux d'activité de 40 % ainsi que du nombre de limitations fonctionnelles retenues.

Dans un rapport du 27 mai 2024, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouveau psychiatre traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de probable trouble du spectre autistique. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 30 à 40 %, sans besoin d'accommodation (jours de vacances, achats d'heures, etc.), dans toute activité exercée dans un milieu moins sollicitant (contacts réduits), impliquant des activités spécifiques et ritualisées (courriers, paiements, e-mails, etc.) et offrant éventuellement du soutien, précisant que l'activité qu'exerçait l'assurée auprès d'A._____ AG avait été rendue possible grâce à des aménagements particuliers (télétravail notamment), une hiérarchie soutenante et sensible aux qualités, caractéristiques et fonctionnement de l'intéressée, ce qui n'était pas garanti dans la branche à l'avenir.

Dans un avis du 1^{er} juillet 2024, le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr M._____ et a évalué la capacité de travail de l'intéressée à 30 % dans toute activité.

Par projet de décision du 19 juillet 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 31 octobre 2022 puis une rente de 60 % d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2022.

Le 7 août 2024, B._____ (ci-après : la Caisse de pension ou la recourante), l'institution de prévoyance de l'employeur de l'assurée, a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision précité. En substance, elle faisait valoir qu'il y avait trop de contradictions au dossier, en particulier sur le plan médical, que les diagnostics incapacitants retenus reposaient sur des hypothèses non avérées et que le SMR n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions du Dr L._____. Elle a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise

pluridisciplinaire indépendante et qu'il soit procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité de l'assurée.

Dans un avis du 29 août 2024, le SMR, relevant l'absence d'élément médical nouveau apporté par la Caisse de pension, a confirmé ses conclusions.

Par décision du 14 novembre 2024, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision.

B. Par acte du 27 décembre 2024, la Caisse de pension, sous la plume de son mandataire, Me Matthias Frey, a déféré la décision du 14 novembre 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle faisait valoir qu'il existait plusieurs contradictions et incohérences concernant le diagnostic de trouble du spectre autistique retenu et l'évaluation de la capacité de travail. Le rapport du Dr M. _____ ne satisfaisait pas aux critères standards découlant de la jurisprudence en lien avec les atteintes psychiques. En l'absence de rapport médical probant au dossier, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise ou procéder lui-même à un examen clinique actualisé.

Dans sa réponse du 13 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans son écriture du 19 mai 2025, la Caisse de pension a renoncé à fournir des explications complémentaires.

Dans ses déterminations du 19 septembre 2025, C. _____, sous la plume de son mandataire, Me Gilles-Antoine Hofstetter, a conclu au rejet du recours. D'après elle, l'OAI avait suffisamment instruit le dossier et la Caisse de pension n'avait apporté aucun élément d'ordre médical nouveau ni démontré en quoi la valeur probante des rapports du SMR des 1^{er} juillet et 29 août 2024 était sujette à caution. La capacité de travail de

40 % retenue n'était envisageable que dans un cadre contractuel très aménagé, déployé dans son activité habituelle et auprès d'un employeur accommodant. Elle a produit un rapport du 29 juillet 2025 du Dr M._____.

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

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

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est 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'espèce, l'assurée a déposé une demande de prestations le 9 juillet 2020 pour une incapacité de travail qui a débuté le 17 mars 2020 et elle s'est vue octroyer une rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2021 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le droit dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 est donc applicable au présent litige, sous réserve de la let. b, ch. 1, des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI).

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

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

pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'avis de son service médical interne, a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 31 octobre 2022, puis une rente de 60 % d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2022, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain, le 1^{er} août 2022.

a) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter en l'espèce de l'analyse effectuée sur le plan médical par le SMR, lequel retient une incapacité totale de travail du 17 mars 2020 au 31 juillet 2022 et une capacité résiduelle de travail de 30 % dans toute activité à compter du 1^{er} août 2022.

Le SMR n'a en effet pas abusé de son pouvoir d'appréciation en écartant, dans son avis du 7 mars 2024, l'examen clinique réalisé en son sein par le Dr L._____, compte tenu des nombreuses constatations objectives (réduction des activités de la vie quotidienne depuis la survenance de l'atteinte à la santé, retour de l'assurée au domicile de ses parents en novembre 2020, prise de poids, cortège de symptômes dépressifs permettant de retenir un épisode dépressif moyen, déroulement des mesures de réadaptation qui n'ont pas permis de dépasser un taux d'activité de 40 % et nombre de limitations fonctionnelles retenues) entrant en contradiction avec les conclusions dudit examen, qui faisaient état d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée à compter du mois de mars 2020.

Le SMR a également expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il validait l'analyse du Dr M._____, relevant que la description clinique était claire, que les limitations fonctionnelles et les ressources avait été dûment explorées, que les limitations fonctionnelles étaient uniformes et que l'existence de comorbidités anxieuses et dépressives par le passé noircissaient le pronostic. S'agissant plus particulièrement du diagnostic de trouble du spectre autistique posé par ce médecin, il n'entre pas en contradiction, contrairement à ce que soutient la recourante, avec les diagnostics précédemment posés, mais apporte une meilleure compréhension de la symptomatologie présentée par l'assurée.

Quoi qu'il en soit, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (TF 8C_672/2023 du 4 juin 2024 consid. 3.2.1 et les références citées). A cet égard, l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'intimé rejoint aussi bien l'évaluation opérée par le précédent psychiatre traitant de l'assurée, le Dr J._____, que les observations effectuées dans le cadre des mesures d'ordre professionnel allouées à l'assurée, durant lesquelles, le taux de présence, initialement fixé à 20 % avec l'objectif d'augmenter progressivement ce taux, n'a que très peu évolué sur la durée (taux de présence de 25 % au 31 mai 2022 [cf. note d'entretien du 22 juin 2022], de 30 % dès le 4 juillet 2022 et de 40 % dès le 11 juillet 2022 [cf. notre d'entretien du 30 juin 2022]).

Pour le reste, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, il est possible de renoncer à procéder à un examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral (cf. ATF 141 V 281) lorsque cela n'est pas nécessaire pour établir les faits, en particulier lorsque des rapports médicaux spécialisés ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à l'existence ou l'absence d'une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente - en raison d'un manque de qualification médicale spécialisée ou pour d'autres raisons - n'établissent le contraire (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1). Ainsi, dès lors que tant les médecins traitants de l'assurée que le SMR, par l'entremise du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, parviennent à des conclusions similaires au sujet de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, un examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels ne se justifiait pas dans le cas d'espèce.

b) En définitive, c'est à juste titre que l'office intimé a accordé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2021 au 31 octobre 2022, puis, nonobstant la capacité résiduelle de travail attestée sur le plan médical, le droit à une rente s'élevant à 60 % d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2022. Il convient en effet de tenir compte de l'activité concrètement exercée par l'assurée (ATF 148 V 174 consid. 6.2. et

les références citées), étant précisé que le salaire perçu dans le cadre de sa nouvelle activité (31'600 fr. selon l'avenant au contrat de travail signé le 11 août 2022) correspond au salaire perçu avant l'atteinte à la santé (79'000 fr. selon le questionnaire rempli par l'employeur le 12 août 2020), ramené à 40 %.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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. 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) L'assurée, intéressée à la procédure, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et de la mettre intégralement à la charge de la partie recourante.

**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 14 novembre 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 mis à la charge de B._____.
- IV.** B._____ versera à C._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Matthias Frey (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour C. _____),
- 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 :