

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 janvier 2023

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**FONDS DE PRÉVOYANCE D.**\_\_\_\_\_, à R.\_\_\_\_\_, recourant, représenté  
par Me Anne Troillet, avocate à Genève,

et

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

et

**F.**\_\_\_\_\_, à **X.**\_\_\_\_\_, tiers intéressée.

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 49 al. 4 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou tiers intéressée), née en 1974, a travaillé en tant qu'assistante de direction pour le compte de Q.\_\_\_\_\_ SA du 6 septembre 2010 au 31 octobre 2020, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail. Elle était à ce titre assurée en prévoyance professionnelle auprès du Fonds de prévoyance D.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Fonds ou le recourant).

Souffrant de divers troubles somatiques et psychiques (insomnies chroniques, blocage dorsal, crampes musculaires, migraines, suspicion de fracture du pied, crises d'angoisse, crises d'asthme, dystonie neurovégétative, allergies chroniques), F.\_\_\_\_\_ a déposé, le 2 octobre 2020, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un rapport du 19 janvier 2021, la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant, a posé - avec effet sur la capacité de travail - les diagnostics suivants : allergies, asthme, insomnies, fatigue extrême, angoisses, blocage dorsal, lombalgies, sciatalgies, migraines, troubles de la mémoire et dystonie neurovégétative. Elle a estimé que la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le 15 avril 2020 mais qu'une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue dans un délai de six à douze mois.

Le 24 mars 2021, l'assureur perte de gain en cas de maladie (T.\_\_\_\_\_ Assurances SA) a transmis à l'office AI le rapport d'expertise psychiatrique établi à sa demande le 23 mars 2021 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a retenu le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble anxieux et dépressif mixte (actuellement en rémission partielle), tandis qu'il a posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de

difficultés liées à l'emploi et au chômage, de trouble douloureux somatoforme persistant sans indices de gravité jurisprudentiels remplis actuellement et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (de type borderline) actuellement non décompensé. A son avis, la capacité de travail était nulle jusqu'au 30 avril 2021, de 20 % du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2021, de 50 % du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2021 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2021, sans diminution de rendement. Cette appréciation valait pour l'activité habituelle, considérée comme adaptée d'un point de vue psychiatrique.

Dans un rapport du 19 avril 2021, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics d'état dépressivo-anxieux consécutif à une surcharge professionnelle de longue date ainsi que d'allergies multiples (rhume des foins et crises d'asthme) et de dystonies neurovégétatives, toutes deux existant également depuis longtemps. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.

Selon un rapport du 31 octobre 2021 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, l'assurée présentait, à long terme, une incapacité de travail complète en toute activité en raison d'un trouble schizo-affectif de type dépressif.

Réinterpellé par l'office AI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 17 janvier 2022, que, si le diagnostic posé était stable, aucune évolution positive n'était attendue. C'est pourquoi, il réservait son pronostic, réaffirmant une nouvelle fois que la capacité de travail était nulle pour les années à venir.

Dans son rapport du 10 février 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, sur le plan somatique, qu'il n'existait aucun élément médical sur l'asthme et les diverses douleurs articulaires. Quant au plan psychiatrique, il a recommandé de suivre l'avis du psychiatre traitant.

Le 21 février 2022, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2021.

En l'absence d'objections, l'office AI a, par décision du 8 avril 2022, entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à son projet de décision du 21 février précédent. Une copie de cette décision a été adressée au Fonds de prévoyance D.\_\_\_\_\_.

**B.**           **a)** Par acte du 18 mai 2022, le Fonds de prévoyance D.\_\_\_\_\_, représenté par Me Anne Troillet, avocate, a déféré la décision du 8 avril 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en ce sens que F.\_\_\_\_\_ est déboutée de sa demande de prestations d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, le Fonds estimait que les pièces au dossier ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail totale à compter du 15 avril 2020. Ainsi, il s'étonnait que l'assurée ait décidé de consulter le Dr H.\_\_\_\_\_ deux jours seulement après l'établissement du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, dont les conclusions lui étaient défavorables. A cela s'ajoutait qu'il s'était écoulé près d'un an après le début de l'incapacité de travail, sans que le dossier constitué par l'office AI n'ait fait état d'un quelconque suivi psychiatrique durant cette période. Cette chronologie imposait dès lors d'apprécier avec circonspection la sincérité de la démarche thérapeutique de l'assurée auprès du Dr H.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, en présence de deux avis opposés, l'office AI ne pouvait se contenter de privilégier l'avis du psychiatre traitant - lequel présentait au demeurant des lacunes et des incohérences - mais se devait de procéder à des mesures d'instruction complémentaires en diligentant une expertise indépendante, au besoin pluridisciplinaire. Aussi le Fonds sollicitait-il de la Cour de céans la mise en œuvre d'une expertise neutre.

**b)** Dans sa réponse du 20 juin 2022, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il a souligné que le diagnostic de trouble schizo-affectif de type dépressif retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_ était bien argumenté et qu'il

se justifiait au regard d'une observation au long cours. En outre, les capacités de travail indiquées par le Dr B. \_\_\_\_\_ ne pouvaient pas être retenues en-dehors de la capacité de travail nulle constatée au moment de l'expertise.

**c)** Par réplique du 8 août 2022, le Fonds a souligné qu'il peinait à comprendre les raisons ayant conduit l'office AI à conférer une plus grande valeur probante à l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, alors même qu'il se fondait sur des propos alarmants tenus par l'assurée dès le surlendemain de l'établissement du rapport d'expertise - défavorable pour elle - du Dr B. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, les « *importantes contradictions* » existant entre l'appréciation du psychiatre traitant et celle de l'expert auraient dû amener l'office AI à solliciter l'avis d'un expert neutre ou à procéder à des investigations complémentaires sur l'état de santé de l'assurée, ce qu'il n'avait pas fait. Partant, le Fonds a déclaré confirmer l'intégralité des conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 18 mai 2022.

**d)** A sa duplique du 25 août 2022, l'office AI a joint un avis établi le 19 août 2022 par le SMR, lequel relevait qu'en l'absence de toute pièce médicale nouvelle, il n'y avait pas lieu de revenir sur son appréciation.

**e)** Se déterminant le 14 septembre 2022, le Fonds a réitéré les arguments avancés dans ses précédentes écritures, en insistant une nouvelle fois sur les contradictions « *importantes* » entre les rapports des Drs B. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. Au surplus, il a renouvelé sa requête tendant à la mise en œuvre « *d'une expertise judiciaire indépendante afin qu'un avis externe et neutre puisse se prononcer sur le diagnostic de l'assurée* » et confirmé, pour le reste, ses conclusions.

**f)** Le 7 octobre 2022, le magistrat instructeur a informé F. \_\_\_\_\_ qu'elle était intéressée à la présente procédure dont il lui a communiqué un exemplaire ainsi que les pièces produites et en lui fixant un délai au 28 octobre 2022 pour déposer ses éventuelles déterminations. Elle n'a pas procédé.

## **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)** Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 133 V 549 consid. 3).

Ainsi que cela ressort des art. 23, 24a et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ;

132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C\_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

En l'occurrence, il y a lieu de reconnaître au Fonds de prévoyance D.\_\_\_\_\_ la qualité pour recourir, dès lors que F.\_\_\_\_\_ était valablement assurée auprès de lui lors de la survenance de son incapacité de travail (art. 10 LPP), et dans la mesure où les constatations et appréciations de l'office AI sont susceptibles d'être contraignantes à l'égard du recourant s'agissant du droit à la rente.

**c)** Pour le surplus, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige a pour objet le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si elle présente une atteinte à la santé susceptible d'ouvrir droit à une telle prestation.

**b) aa)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**bb)** Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**cc)** En l'occurrence, l'intimé a, dans la décision attaquée, rendue le 8 avril 2022, alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2021. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

**3. 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).

**4. 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)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

**5. a)** En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision rendue le 8 avril 2022 par l'intimé.

**b)** De l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, il ressort que l'assurée ne souffre d'aucune atteinte à la santé à caractère invalidant d'origine somatique. En effet, ni la Dre W.\_\_\_\_\_ ni le Dr G.\_\_\_\_\_ n'expliquent en quoi les douleurs articulaires, l'asthme, les allergies et la dystonie neurovégétative seraient susceptibles de réduire la capacité de travail. L'assurée ne fait au demeurant l'objet d'aucun suivi rhumatologique, neurologique ou pneumologique. Il n'est, en revanche, pas contestable, au vu des observations rapportées par les Drs B.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, que l'assurée présente depuis le mois d'avril 2020 une incapacité totale de travail pour des motifs de nature psychique. L'opinion de ces deux médecins diverge quant à la nature de l'affection qui touche l'assurée. Or, en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 8C\_112/2018 du 24 avril 2018 consid. 4.3).

**aa)** En l'occurrence, il n'est pas possible de reconnaître une valeur probante à l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. Les conclusions auxquelles aboutit l'expert ne résultent pas d'une discussion générale, où seraient intégrées, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. En effet, on ne peut s'empêcher de penser que l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et sociale est pauvre et relativement superficielle au regard du parcours de vie chaotique que l'assurée a connu depuis sa prime enfance. De même, l'absence d'une véritable anamnèse quotidienne empêche de se faire une idée de l'impact des plaintes alléguées par l'intéressée sur le fonctionnement journalier de celle-ci. Or, chez une personne qui semble présenter actuellement un retrait social évident et objectif (cf. rapport du 17 janvier 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_), il était important d'explorer et d'analyser le processus à l'origine de cette situation. Par ailleurs, les diagnostics retenus par le Dr B.\_\_\_\_\_ - énoncés de façon péremptoire - résultent de constatations formulées sous une forme générale et non pas d'une discussion reposant sur les éléments objectifs recueillis au cours de l'anamnèse ou sur les observations cliniques effectuées par l'expert. On s'étonne en particulier que le passé de maltraitance évoqué par l'assurée ne fasse pas l'objet d'un examen plus détaillé de la part de l'expert. En outre, ses conclusions sont contradictoires. Examinant les critères jurisprudentiels en matière de gravité des troubles psychiques et assimilés, le Dr B.\_\_\_\_\_ retient que l'assurée garde de bonnes relations avec son entourage. Or il ressort de son rapport qu'elle n'a plus de contact avec son père ; si elle a depuis peu à nouveau renoué des contacts avec sa mère, la relation avec sa sœur est qualifiée de « *mauvaise* » tandis qu'elle entretient une relation décrite comme « *compliquée* » avec son mari. Cela étant, l'expertise ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir actuellement, contrairement à l'avis du psychiatre traitant de l'assurée, une pleine capacité de travail sur le plan psychique, les développements que l'expert consacre à l'évaluation médicale et médico-assurantielle étant particulièrement brefs. Ainsi, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne donne aucune explication quant à la date du 30 avril 2021 qu'il a retenue pour mettre un

terme à l'incapacité totale de travail admise pour la période antérieure. Il ne ressort pas non plus des informations rapportées par l'assurée au cours de l'anamnèse et des explications données par l'expert des éléments objectifs qui permettraient de retenir une amélioration de l'état de santé psychique de l'intéressée ; à cet égard, l'expert ne se prononce pas sur l'évolution dans le temps de la symptomatologie psychiatrique.

**bb)** Il ne se justifie pas - en l'état du dossier - de mettre en doute l'évaluation opérée par le Dr H.\_\_\_\_\_, laquelle repose sur une analyse à l'évidence bien plus circonstanciée de la situation, ainsi que l'a d'ailleurs confirmé le SMR dans son avis du 19 août 2022. Il examine la problématique des troubles psychiques de manière systématique et complète, en se fondant sur une observation clinique au long cours, singulièrement sur les plaintes et déclarations de l'assurée ainsi que sur le descriptif de son quotidien évoqué en cours d'examen. Le point de vue divergent de l'expert B.\_\_\_\_\_ est discuté. Les avis du Dr H.\_\_\_\_\_ contiennent ainsi des indications précises (aussi bien sur le plan anamnestique, clinique et diagnostique qu'au niveau de la discussion générale) permettant d'admettre que la symptomatologie psychique rapportée atteint un degré de gravité suffisamment important pour anéantir la capacité de travail et constituer une atteinte invalidante à la santé. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions claires et compréhensibles du psychiatre traitant, dont les rapports satisfont aux exigences formelles et matérielles auxquelles sont soumises les preuves médicales (cf. considérant 4b *supra*).

**c)** Au final, il convient de retenir que l'office intimé n'a pas violé le droit fédéral en considérant que l'assurée présentait depuis le mois d'avril 2020 une incapacité totale de travail pour des motifs psychiques et que, partant, elle pouvait, pour ces motifs, prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021 (cf. considérant 3b *supra*).

**6.** Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire sous la

forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit et qu'il n'existe pas d'éléments médicaux incitant au doute. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, si bien que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superflue. Il n'y a pas non plus lieu d'accéder à la demande d'audition du Dr B.\_\_\_\_\_. En effet, nonobstant les avis médicaux divergents au dossier, l'instruction sur le plan médical s'avère complète et suffisante pour trancher le présent litige (sur l'appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**8. a)** 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<sup>bis</sup> 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.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g 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 8 avril 2022 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 du Fonds de prévoyance D.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Anne Troillet, avocate (pour le Fonds de prévoyance D.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Mme F.\_\_\_\_\_,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :