

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a al. 1, 28b
LAI ;
25 ss, 87 al. 2 et 3 RAI**

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère d'un enfant né en [...], titulaire d'un diplôme d'éducatrice spécialisée, a travaillé dès juillet 2013 en tant qu'intervenante [...] auprès d'un service de [...], à 75 %.

L'assurée a déposé le 20 décembre 2018 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 qu'elle était en arrêt de travail depuis janvier 2018, à des taux variant entre 50 et 100 %, en raison d'un épuisement professionnel.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a obtenu en particulier les pièces suivantes :

- Un questionnaire pour l'employeur rempli le 7 mars 2019 par le Service du personnel de [...], mentionnant notamment des périodes d'incapacité de travail à 100 % du 28 juin au 17 septembre 2017, du 16 janvier au 31 mai 2018 puis sans discontinuer depuis le 19 juin 2018.
- Une évaluation psychiatrique établie le 13 août 2019, à la demande du médecin-conseil de l'employeur de l'assurée. Le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, F33.10, et de perturbation de l'activité et de l'attention (TDAH), F90.0, et estimait qu'un retour progressif au poste de travail était possible, moyennant un traitement adéquat de l'état dépressif.
- Un questionnaire médical rempli le 28 novembre 2019 par le Prof. N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, F33.0, ainsi que de perturbation de l'activité et

l'attention, F90.0, le psychiatre traitant soutenait une reprise du travail à 100 % à partir de décembre 2019.

L'assurée a repris son activité habituelle le 18 novembre 2019 à 50 %, puis à 100 % (du taux de 75 %) dès le 2 décembre 2019. L'OAI a mis en place une mesure de suivi de reprise du 2 décembre 2019 au 29 février 2020, selon communication du 2 décembre 2019.

Par décision du 12 novembre 2020, reprenant son projet du 1^{er} juillet 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 75 %, du 1^{er} juin 2019 au 28 février 2020. L'intimé a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale depuis le 16 janvier 2018 et qu'au 1^{er} juin 2019, soit six mois après le dépôt de la demande, le taux d'invalidité calculé selon la méthode mixte (activité professionnelle exercée à 75 %, part ménagère de 25 %) était de 75 %. L'amélioration de l'état de santé ayant permis une reprise de l'activité habituelle à 50 % dès le 18 novembre 2019, puis à 100 % dès le 2 décembre 2019, le droit à la rente avait pris fin le 28 février 2020.

B. L'employeur de l'assurée a déposé une demande de détection précoce le 27 janvier 2022, en raison d'une incapacité de travail à 100 % dès le 5 juillet 2021. L'assurée a fait de même le 22 février 2022, puis a déposé une demande de prestations le 1^{er} mars 2022, en précisant qu'elle souffrait d'angoisses « non gérables ».

Le 10 mars 2022, l'OAI a prié l'assurée de fournir tout élément rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, puis a établi un projet de décision le 12 mai 2022 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'assurée a cependant réagi le 3 juin 2022, en produisant les pièces suivantes :

- Un avis médical établi le 16 décembre 2021 par la Dre H._____, spécialiste en médecine du travail et médecin conseil de l'employeur de l'assurée, exposant que l'intéressée ne pourrait pas reprendre son activité à court ou moyen terme, mais qu'elle pourrait reprendre

progressivement à 100 % ou 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définitives décrites comme suit :

- « - La collaboratrice ne peut et ne pourra traiter des écrits ou des rapports en lien avec des situations de violence et / ou à forte charge émotionnelle.
 - La collaboratrice ne peut se concentrer suffisamment dans un espace de travail partagé avec mouvements de personnes, croisements des champs de regards. La santé de la collaboratrice requière quelle puisse travailler dans un bureau ou un espace calme de petite taille et visuellement peu sollicité. »
- Un rapport établi le 5 avril 2022 par le Prof. N._____, par lequel il certifiait que sa patiente présentait une recrudescence d'affects anxio-dépressifs dans le contexte d'un stress au travail. Il a exposé que les situations complexes sur lesquelles elle devait travailler avaient eu un impact important sur sa thymie, menant à un arrêt maladie de 100 % dès août 2021. La situation s'était ensuite sensiblement améliorée, mais il paraissait illusoire que l'intéressée puisse reprendre son activité en raison de la forte charge émotionnelle des situations traitées. Il a également relevé que l'environnement de travail de type open-space dans lequel elle évoluait était contrindiqué compte tenu de son TDAH. Il se référait par ailleurs aux limitations fonctionnelles décrites par la Dre H._____.

La Dre H._____ a par ailleurs adressé un courrier à l'OAI le 10 juin 2022, dans lequel elle a indiqué suivre l'assurée depuis 2018 en raison de longues incapacités de travail en lien avec sa gestion émotionnelle et qu'un reclassement était désormais envisagé en raison d'une inaptitude médicale dans le poste. Elle a relaté que l'intéressée était suivie par le Prof. N._____ depuis 2013 pour un trouble dépressif récurrent depuis l'enfance, sur un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) dernièrement en rémission, tandis qu'un diagnostic de TDAH avait été posé récemment.

Suivant l'avis de la permanence du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 30 août 2022, l'OAI est entré en matière

sur la nouvelle demande et a obtenu un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 5 septembre 2022.

Le 5 septembre 2022, l'assurée a rempli un questionnaire de détermination du statut en indiquant que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 % depuis 2011 dans sa profession, le temps restant étant consacré à l'éducation de son enfant et aux tâches ménagères.

Selon communication du 10 novembre 2022, l'OAI a octroyé une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un bilan de compétence et de réorientation du 11 novembre 2022 au 28 février 2023 auprès d'un prestataire externe, prolongé jusqu'au 18 mars 2023 (cf. communication du 10 février 2023). A l'issue de cette mesure, l'assurée a indiqué qu'elle ne voyait pas de possibilité de s'intégrer sur le premier marché de l'emploi, car ses difficultés réapparaîtraient dès qu'elle serait confrontée à une hiérarchie et que les limitations fonctionnelles annoncées par ses médecins n'étaient pas correctes. Il a dès lors été décidé d'interrompre les mesures et de réinterroger le Prof. N. _____ (cf. Bilan de mesure du 15 mars 2023). Le prestataire a établi un rapport de synthèse de la mesure le 16 mars 2023, aux termes duquel il a mentionné qu'en raison du rapport de l'assurée à l'autorité, il faudrait éviter les institutions dans lesquelles est appliqué un management de type très directif

Le Prof. N. _____ a répondu le 5 mai 2023 aux questions complémentaires de l'OAI. Retenant les diagnostics de perturbation de l'activité et de l'attention, F 90.0, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, F 33.1, il a évoqué une évolution restée sans amélioration clinique notoire, la chronicisation de la situation ayant mené à l'émergence d'un état dépressif d'intensité moyenne. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, étant précisé que la patiente avait des ressources personnelles et un intérêt pour changer d'activité mais peu de ressources sociales ou familiales. Le psychiatre traitant a décrit les limitations fonctionnelles comme suit :

« Toutes celles en lien avec le TDA-H à savoir, distractibilité, procrastination sur les tâches ennuyeuses, difficultés organisationnelles et de planification, oublis, erreurs, etc...

Par ailleurs les éléments thymiques en particulier la tristesse et le sentiment de dévalorisation favorisent une intolérance au stress particulièrement si la patiente est soumise à des exigences de rendement trop importantes. »

Par courrier du 22 mai 2023, l'employeur de l'assurée a résilié les rapports de travail avec effet au 31 août 2023. Il a relevé que, suivant le préavis de son médecin-conseil posant des limitations fonctionnelles définitives empêchant un retour sur le poste, un processus de reclassement avait été initié en décembre 2021 mais que le manque de collaboration de l'intéressée n'avait pas permis de le mener à bien. La continuation des rapports de service n'était en conséquence plus possible.

Le SMR a repris l'examen du dossier et a retenu, dans un avis du 8 juin 2023, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, en raison des diagnostics psychiatriques et des limitations fonctionnelles déjà mentionnées dans la première demande de prestations. En revanche, il a constaté qu'il n'existait aucune raison médicale empêchant l'intéressée d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à taux plein et depuis toujours, alors qu'elle restait autonome dans tous les actes de la vie quotidienne. Le SMR a décrit les limitations fonctionnelles comme suit : éviter une activité exigeant un rendement accru ou impliquant un stress important, ou nécessitant une adaptation permanente (organisation et planification de tâches), privilégier une activité prenant en compte la tendance à la distractibilité et à la dispersion, éviter un travail dans un environnement de type open-space.

Dans son rapport final du 27 juin 2023, le service de réadaptation de l'OAI a établi un calcul du degré d'invalidité applicable en 2022, aboutissant à un préjudice économique de 53,16 %. Il a retenu que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple

montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, aide-logisticienne ou préparatrice de commande, ainsi que les activités simples du domaine administratif, par exemple aide de bureau. Aucune mesure ne permettait par conséquent de réduire le préjudice économique. Un second calcul a été effectué le 13 novembre 2023 afin de tenir compte d'une modification législative entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2024, montrant un préjudice économique de 57,85 %.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 10 novembre 2023 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a proposé, d'une part, de retenir un statut d'active à 100 % compte tenu du parcours professionnel et personnel de l'assurée. D'autre part, elle a constaté que l'intéressée ne présentait aucun empêchement dans l'exécution des travaux habituels du ménage.

L'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision le 18 janvier 2024, annulant et remplaçant celui du 12 mai 2022, par lequel il prévoyait de lui octroyer une rente s'élevant à 58 % d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2022. Il a relevé que, par décision du 12 novembre 2020, l'assurée avait obtenu une rente limitée dans le temps du 1^{er} juin 2019 au 28 février 2020, puis qu'il était resté un préjudice de 37,5 %. A partir du 5 juillet 2021, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci entraînaient une augmentation du préjudice économique à 58 %, ouvrant le droit à une rente. Ce droit ne pouvait cependant prendre naissance qu'à partir du 1^{er} septembre 2022, à l'échéance du délai de six mois à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande.

L'assurée a écrit le 23 janvier 2024, pour exposer que son état de santé ne lui permettait plus de répondre aux exigences d'un cadre professionnel, les contraintes hiérarchiques et les relations avec les collègues provoquant d'importantes angoisses. Invitée par l'OAI à préciser si elle entendait contester le projet et à argumenter ses éventuelles

objections dans un délai fixé au 20 février 2024, l'assurée n'a pas donné suite.

Par décision du 22 avril 2024, reprenant l'argumentation de son projet, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente correspondant à 58 % d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} septembre 2022. La décision fixait le montant de la rente principale et de la rente pour enfant, ainsi que le montant des paiements échus et des compensations versées à des tiers.

C. D._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1^{er} mai 2024, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir en substance que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, respectivement qu'aucune activité n'était adaptée à son état de santé. Avec son écriture, elle a produit les pièces suivantes, notamment :

- Un rapport non daté établi par la psychologue en charge du processus de reclassement à l'interne de l'employeur de l'assurée, constatant qu'il n'était pas envisageable d'organiser un stage de retour au travail dans le milieu ordinaire en raison de « difficultés de communication avec Mme D._____, liées à son incapacité à entendre certaines choses et son éloignement du principe de réalité ».
- Un courrier à l'adresse de l'intimé, daté du 3 février 2024, dans lequel la recourante exposait qu'elle avait tenté à plusieurs reprises de se réinsérer dans la vie active, sans succès, et se référait aux résultats du bilan de compétence organisé par l'intimé ainsi qu'au rapport final du processus de reclassement auprès de son employeur, qui démontraient selon elle une incapacité à s'inscrire dans le monde du travail.

- Une attestation établie le 30 avril 2024 par le Prof. N._____, exposant ce qui suit :

« Par la présente je tenais à vous faire part que Mme D._____ née le [...] reste très fragile et sensible au stress et que l'activité adaptée proposée dans mon précédent rapport ne semble pas pouvoir être effectuée en raison de son état de santé. Je vous saurais gré de bien vouloir reconsidérer votre décision datée du 22 avril 2024 et dans la mesure du possible de réévaluer la capacité de travail de ma patiente dans une activité adaptée. »

Dans sa réponse du 10 juin 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision en citant l'avis SMR du 8 juin 2023 et le rapport de son service de réadaptation du 27 juin 2023.

La recourante a répliqué le 19 juin 2024. Se référant à un dossier d'inscription à un programme de psychothérapie [...] rempli le 18 mars 2024 avec le Prof. N._____, joint à son écriture, ainsi qu'à l'écrit du même médecin du 30 avril 2024, elle a exposé que sa symptomatologie actuelle ne lui permettait pas de travailler. Elle a ajouté qu'elle ne se sentait plus la force de chercher un nouvel emploi simple, alors qu'elle devait renoncer à une activité qui la stimulait intellectuellement.

L'intimé a renoncé à dupliquer, selon courrier du 10 juillet 2024.

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 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 porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

b) 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En l'espèce, la demande de prestations objet de la présente procédure a été déposée par la recourante le 1^{er} mars 2022, si bien que le droit éventuel à une rente pouvait prendre naissance au plus tôt en septembre 2022 en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme. Du reste, la décision litigieuse a reconnu le droit de la recourante à une rente d'invalidité partielle dès le 1^{er} septembre 2022 et la date du début de ce droit n'est pas contestée par la recourante. Sont donc applicables à l'examen du droit à la rente de la recourante les dispositions de la LAI et du RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

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.

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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière.

Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24 septies RAI).

Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

e) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée

que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition.

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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).

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

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

5. a) En l'espèce, une première demande de prestations déposée par la recourante en décembre 2018 a abouti au constat, dans une décision de l'intimée du 12 novembre 2020, que l'état de santé psychique de la recourante avait entraîné une incapacité de travail totale de janvier 2018 à novembre 2019, ce qui avait ouvert le droit à une rente entière d'invalidité. La reprise du travail au taux contractuel dans le courant du mois de décembre 2019 avait ensuite mis fin au droit à la rente à compter du 1^{er} mars 2020. Cette décision se fondait principalement sur deux rapports établis en août et novembre 2019, respectivement par un psychiatre mandaté par l'employeur et par le psychiatre traitant. Les deux spécialistes retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de perturbation de l'activité et l'attention (également désigné sous l'acronyme TDAH).

La seconde demande, objet de la présente procédure, a été déposée en janvier 2022, soit moins de deux ans après la décision précitée. Il en ressort que l'intéressée a interrompu une nouvelle fois son activité professionnelle en raison de son état de santé psychique en juillet 2021. L'intimé est entré en matière après avoir reçu les rapports de la médecin-conseil de l'employeur des 16 décembre 2021 et 5 avril 2022, ainsi qu'un rapport du psychiatre traitant établi le 5 avril 2022. Des mesures d'orientation professionnelle ont été mises en œuvre, mais ont été interrompues dès lors que l'intéressée déclarait ne pas pouvoir réintégrer le premier marché de l'emploi. L'intimé a alors réinterrogé le psychiatre traitant. Celui-ci a confirmé, le 5 mai 2023, l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Se fondant sur l'avis du SMR, qui s'est rallié aux rapports précités dans son avis du 8 juin 2023, l'intimé a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'intervenante [...], mais complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la médecin-conseil et le psychiatre traitant.

b) Quand bien même la recourante travaillait à temps partiel au moment du dépôt de sa demande et a mentionné dans le formulaire de détermination du statut rempli le 5 septembre 2022 qu'elle continuerait à travailler à 80 % en bonne santé pour consacrer le temps restant aux tâches ménagères et éducatives, l'intimé a retenu un statut d'active à 100 % au terme d'une évaluation économique sur le ménage réalisée le 10 novembre 2023. La recourante n'a pas émis de grief à l'encontre des résultats de cette enquête, qui peuvent être suivis dès lors que les conclusions de l'enquêtrice sont étayées et convaincantes.

c) Dans ses objections au projet de décision comme dans son recours, la recourante a fait valoir qu'elle n'était pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, en raison d'importantes angoisses face aux contraintes hiérarchiques et aux relations interpersonnelles avec des collègues de travail.

La recourante avait déjà fait part de ces éléments à l'issue du bilan d'orientation en mars 2023 et dans le contexte du processus de reclassement initié par son employeur, puis au cours de l'enquête à domicile le 10 novembre 2023. Ce n'est toutefois qu'au stade du recours que l'intéressée a fourni une attestation du Prof. N._____ du 30 avril 2024, dans lequel ce spécialiste a émis des doutes quant à l'adéquation de l'activité adaptée décrite dans ses rapports précédents et préconisé une réévaluation de la capacité de travail de sa patiente. Ce revirement du spécialiste traitant ne convainc pas. Vraisemblablement établie pour les besoins de la cause, l'attestation du 30 avril 2024 tend en effet à remettre en question une appréciation pourtant confirmée à deux reprises en cours de procédure, y compris après l'échec des mesures mises en place par l'intimé. Or le Prof. N._____ n'a aucunement développé les motifs d'ordre strictement médical qui l'amenaient à changer d'avis sur la capacité de travail de sa patiente en avril 2024, se limitant à suggérer de procéder à une nouvelle analyse. Au contraire, il a indiqué que la recourante « rest[ait] très fragile et sensible au stress », ce qui signifie que l'état de santé n'a pas connu d'évolution particulière depuis son précédent rapport. A cela s'ajoute que le médecin ne s'est pas même montré affirmatif, utilisant les termes « ne semble pas pouvoir » et « dans la mesure du possible ». Aucune valeur probante ne peut en conséquence être attribuée à cette attestation.

d) La recourante a également produit une demande de prise en charge dans un programme de psychothérapie [...], dont le Prof. N._____ a rempli la partie réservée au thérapeute le 18 mars 2024. Les diagnostics retenus sont le TDAH (perturbation de l'activité et l'attention, F90.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), tandis que le status est décrit comme suit :

« Thymie triste avec des sentiments de désespoir et de culpabilisation et une dévalorisation. On notera par ailleurs des difficultés attentionnelles accompagnés de difficultés d'organisation et de planification des tâches.

Présente d'importants troubles du sommeil, une forte anxiété avec une rumination constante, n'arrive pas à se détendre et est constamment sur le qui-vive. »

Ces éléments sont largement superposables au status décrit par ce même spécialiste dans son rapport du 5 mai 2023. Retenant déjà les diagnostics de TDAH et de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen, il avait exposé que la situation n'avait pas évolué depuis son précédent rapport, établi en avril 2022, évoquant une chronicisation, et avait mentionné un status marqué « plus particulièrement » par une thymie triste avec des sentiments de désespoir, de culpabilisation et de dévalorisation, ainsi que par les difficultés d'organisation et de planification propres au TDAH. Les quelques informations médicales fournies par le psychiatre traitant dans le formulaire du 18 mars 2024 ne sont en conséquence pas de nature à remettre sérieusement en doute les éléments médicaux sur lesquels se fonde la décision litigieuse.

e) Enfin, la recourante s'est prévalué du rapport de synthèse établi le 16 mars 2023 par le prestataire de la mesure d'orientation professionnelle organisée par l'intimé, ainsi que du rapport établi par la psychologue en charge du processus de reclassement à l'interne de l'ancien employeur de l'assurée.

Il ressort principalement de ces pièces que les rapports de l'intéressée avec l'autorité sont difficiles et qu'elle peine à se projeter dans une nouvelle activité professionnelle dans le contexte d'une mesure contraignante. Ces constats, qui relaient principalement les déclarations de la recourante, ne permettent toutefois pas de conclure qu'elle n'est pas apte, pour des raisons médicales objectives, à reprendre une activité adaptée à son état de santé, dans un processus volontaire de recherches d'emploi. Or, ni le Prof. N._____, qui la suit depuis 2013, ni la Dre H._____, qui l'a vue régulièrement entre 2018 et 2022, n'ont signalé de limitation fonctionnelle de cette nature.

f) En définitive, l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 5 juillet 2021, mais complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Prof. N._____ et la Dre H._____.

6. a) L'intimé a fixé le degré d'invalidité à 58 % dès le 1^{er} septembre 2022 en exposant avoir procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. La recourante n'a émis aucune critique à l'encontre du calcul décrit dans la décision.

En réalité, l'intimé a procédé à deux calculs, l'un portant sur le droit à la rente au 1^{er} septembre 2022, aboutissant à un préjudice économique de 53,16 %, et l'autre valable dès le 1^{er} janvier 2024 en lien avec une modification du RAI entrée en vigueur à cette dernière date, montrant un préjudice économique de 57,85 %. Toutefois, dans sa décision, il a appliqué uniquement le résultat du second calcul et a octroyé une rente correspondant à 58 % d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2022.

b) Dans ses deux calculs, l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité sur la base du salaire que la recourante percevait dans son dernier emploi, adapté à un taux d'activité de 100 % et indexé à 2022 puis 2024. Pour le revenu avec invalidité, il s'est fondé sur le tableau TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1 pour une femme, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, version 2022, sans abattement pour le calcul correspondant à l'année 2022, respectivement avec un abattement de 10 % pour 2024.

Il convient de constater que les deux calculs sont conformes aux dispositions légales et jurisprudentielles applicables (cf. art. 28a al. 1 LAI, 25ss RAI ; ATF 150 V 410 consid. 9 et 10 ; lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales). Le second calcul prend en compte la nouvelle teneur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI applicable dès le 1^{er} janvier 2024, conformément au chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023. Il en découlait une augmentation du degré d'invalidité de 5 %, ce qui justifiait une révision du droit à la rente dès le 1^{er} janvier 2024 (art. 17 al. 1 let. a LPGGA).

En conséquence, il faut constater que le degré d'invalidité s'est élevé à 53 % du 1^{er} septembre 2022 au 31 décembre 2023, puis à 58 % dès le 1^{er} janvier 2024 (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2).

c) Ce constat aboutit à un résultat qui est moins favorable pour la recourante, dans la mesure où l'octroi par l'office intimé d'une rente s'élevant à 58 % d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2022 au 31 décembre 2023 s'avère erroné.

Il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment de l'intéressée. Cependant, si la loi permet au tribunal de procéder à une *reformatio in pejus*, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité. Le tribunal n'opte pour une telle modification qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire et notamment des montants en jeu, la *reformatio in pejus* n'apparaît pas opportune dans le cas particulier. Partant, il y est renoncé.

d) On relèvera encore que, même si le taux d'invalidité de la recourante atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce, compte tenu notamment de l'échec de la mesure mise en place durant l'instruction de la demande.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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.

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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 22 avril 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 D._____.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- D._____,
- 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 :