

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2026

Composition : M. NEU, président
Mme Durussel et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Sacha Camporini,
avocat à Genève,

et

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

Art. 29 al. 1 Cst. ; art. 6, 43 et 44 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée et mère de trois enfants, est au bénéfice d'un diplôme en économie. Elle a travaillé en qualité de « [...] » à 100 % auprès de la société C._____ GmbH du 1^{er} septembre 2008 au 31 décembre 2023, date de la fin des rapports de travail.

L'assurée a présenté une incapacité totale de travail dès le 15 février 2023, attestée par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. H._____ SA, assureur perte de gain maladie, a versé des prestations sous la forme d'indemnités journalières depuis le 17 mars 2023.

Le 4 juillet 2023, 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) en raison d'un « burn-out » professionnel depuis février 2023.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser à la procédure le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, lequel contenait notamment un rapport établi le 4 mai 2023 par le Dr D._____, lequel mettait en évidence le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), accompagné d'un burn-out (CIM-10 Z73.0), tout en retenant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Était également versé au dossier d'H._____ SA un rapport d'expertise psychiatrique rédigé le 14 octobre 2023 par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier n'avait retenu aucun diagnostic incapacitant, estimant que les critères pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation n'étaient pas remplis. D'après lui, la capacité de travail était pleine dans l'activité habituelle de l'assurée. En particulier, des facteurs étrangers à la santé, telles que les conditions de travail, n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail d'un point de vue médico-asséculo-logique.

Par rapport du 31 octobre 2023, le Dr D. _____ a contesté les conclusions de l'expertise du Dr F. _____ du 14 octobre 2023 et maintenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (CIM-10 F43.22), qu'il estimait incapacitant dans l'activité habituelle de l'assurée. Il a exposé que l'intéressée avait présenté, dès février 2023, une symptomatologie marquée comprenant une humeur dépressive, une forte dévalorisation, des idées de disparition, des troubles du sommeil, une anxiété de performance importante, des difficultés cognitives et attentionnelles, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, dans un contexte de surcharge professionnelle et de stress persistant. Selon lui, ces éléments répondaient pleinement aux critères diagnostiques du trouble de l'adaptation. Il a reproché à l'expert d'avoir minimisé les plaintes de l'assurée en les qualifiant de « contextuelles », alors qu'il relevait lui-même des troubles de la concentration, de la fatigue, une perte de confiance en soi, des difficultés organisationnelles et une incapacité ressentie à reprendre une activité dans le domaine du marketing. Il a fait état de plusieurs lacunes de l'expertise, notamment des imprécisions dans l'anamnèse personnelle et professionnelle, l'absence de prise en compte de la personnalité rigide et auto-critique de l'assurée, l'omission du rôle du mari dans l'accompagnement quotidien de celle-ci, ainsi que l'absence de prise de contact avec le psychiatre traitant malgré des appréciations divergentes. Il a également reproché à l'expert de ne pas avoir mis en évidence les ressources de l'assurée pour reprendre son activité de haut niveau (« [...] ») et de ne pas avoir correctement apprécié les limitations fonctionnelles dans ce contexte professionnel exigeant, en rappelant que les limitations dans la vie quotidienne n'étaient pas équivalentes à celles requises dans une activité professionnelle de ce niveau. En outre, il était incohérent de nier toute atteinte psychique incapacitante alors que l'assurée suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intensif et présentait une souffrance psychique significative et persistante. Il en a conclu que l'expertise du Dr F. _____ n'était ni complète, ni convaincante, et qu'il convenait de reconnaître une incapacité totale de travail dans l'activité exercée jusque-là par l'assurée.

Par rapport complémentaire du 8 novembre 2023, le Dr F._____ a répondu aux critiques du Dr D._____ en maintenant que l'assurée ne présentait pas de maladie psychique au sens psychiatrique, mais un épuisement lié à une surcharge de travail importante et durable. Il a reproché au Dr D._____ de ne pas avoir motivé suffisamment le diagnostic de trouble de l'adaptation, notamment quant à l'existence d'un facteur de stress identifiable répondant aux critères diagnostiques. Les troubles décrits correspondaient à une réaction normale et attendue chez une personne soumise à une surcharge de travail importante, sans démonstration d'un dysfonctionnement psychique interne constitutif d'une maladie mentale. En outre, il a relevé que le burn-out ne constituait pas une maladie psychique et que le trouble de l'adaptation ne pouvait être assimilé à un épuisement dû à une surcharge professionnelle. Même à admettre un trouble de l'adaptation en février 2023, l'évolution alléguée sur plus de huit mois était incompatible avec les critères diagnostiques de ce trouble, lequel était par définition transitoire et censé disparaître après la mise à distance du facteur de stress. En l'absence de maladie psychique, aucune limitation fonctionnelle psychiatrique ni incapacité de travail ne pouvait être reconnue au sens asséculo-logique. Selon lui, les difficultés de l'assurée relevaient d'une inadéquation entre les exigences concrètes du poste et ses ressources personnelles, question qui ressortait de l'aptitude au poste et non de la capacité de travail sur le plan médical. Il a également considéré que la volonté de reconversion professionnelle de l'assurée procédait d'un choix personnel et non d'une atteinte psychiatrique.

Dans un compte-rendu de permanence du 5 avril 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du 14 octobre 2023 et estimé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle chez un autre employeur.

Dans un rapport du 19 juin 2024 à l'OAI, le Dr D._____ a retenu le diagnostic incapacitant de trouble cognitif léger (CIM-10 F06.7 ; depuis février 2023), ainsi que le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive, accompagné d'un

burn-out (CIM-10 Z73.1). Il a relevé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de « [...] » ou tout autre poste similaire en raison des troubles cognitifs. En revanche, dans une activité adaptée, il était vraisemblable que la capacité de travail puisse dépasser les 80 %. Était annexé un rapport d'examen neuropsychologique du 20 mars 2024 établi par K._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, lequel mettait en évidence un fléchissement exécutif (inhibition, incitation verbale), une fragilité attentionnelle (attention sélective) et un très discret défaut d'accès lexical, les autres fonctions cognitives étant globalement préservées. La psychologue a relevé que cette symptomatologie représentait un trouble neuropsychologique de degré de sévérité minimal n'impactant pas la capacité fonctionnelle au quotidien mais pouvant se manifester de manière plus prononcée lors des tâches requérant un niveau d'exigence plus élevé. En outre, le tableau cognitif d'allure sous-cortico-frontale prédominante s'inscrivait vraisemblablement dans le cadre de la problématique thymique installée dans le contexte du burn-out professionnel.

Par projet de décision du 12 août 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante et qu'elle n'était pas entravée dans l'exercice d'une activité professionnelle.

Le 16 septembre 2024, l'assurée, désormais représentée par Me Sacha Comporini, a contesté ce projet de décision.

Le 21 octobre 2024, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a complété ses objections. Elle a en particulier fait valoir que le rapport d'expertise du Dr F._____, du 14 octobre 2023, sur lequel reposait exclusivement le projet de décision, était largement critiquable au regard des observations du Dr D._____ et qu'il ne tenait pas compte de l'examen neuropsychologique réalisé en mars 2024, de sorte qu'aucune valeur probante ne pouvait lui être reconnu.

Dans un compte-rendu de permanence du 12 novembre 2024, le SMR a indiqué que le bilan neuropsychologique du 20 mars 2024 n'était pas susceptible de modifier sa position. Il a relevé que le diagnostic de trouble cognitif léger (CIM-10 F06.7) mentionné par le Dr D._____ ne pouvait être posé qu'en relation avec une lésion cérébrale ou en présence d'un trouble somatique spécifié, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. En outre, un trouble neuropsychologique de degré de sévérité minimal tel que décrit par la psychologue n'aurait pas d'impact sur le caractère médicalement exigible de l'activité habituelle de l'assurée, justifiant tout au plus une perte de rendement jusqu'à 10 %.

Par décision du 20 novembre 2024, l'OAI a maintenu son refus d'octroi de mesures professionnelles et d'une rente en faveur de l'assurée. Par courrier du 19 novembre 2024, faisant partie intégrante de la décision, l'office a retenu que l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2023 disposait d'une pleine valeur probante, ses conclusions étant jugées complètes, motivées et convaincantes. Se fondant également sur l'avis du SMR du 12 novembre 2024, il a considéré qu'aucun trouble cognitif incapacitant n'était établi et qu'aucune mesure d'instruction complémentaire ne se justifiait.

B. Par acte du 6 janvier 2026, A._____, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation [recte : réforme] de la décision entreprise en ce sens qu'elle soit reconnue invalide à hauteur de 74 % au moins et qu'elle soit mise au bénéfice de mesures de reclassement professionnel, ainsi que des indemnités journalières pendant l'exécution desdites mesures, subsidiairement, à l'annulation [recte : réforme] de la décision attaquée en ce sens qu'elle soit reconnue invalide à hauteur de 74 % au moins et qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir une violation du droit d'être entendu dans la mesure où l'avis du SMR ne lui avait pas été remis préalablement à la notification de la décision litigieuse de sorte qu'elle n'avait pas pu faire valoir ses observations avant

la prise de décision. Elle soutenait que le rapport d'expertise de l'assureur perte de gain sur lequel s'était fondé l'OAI était dénué de force probante, celui-ci ignorant le résultat de l'examen neuropsychologique effectué en mars 2024. En se fondant sur les rapports du Dr D._____, elle estimait que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et que seule une capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité d'exécution de tâches non soumis à des impératifs de gestion du stress, pouvait subsister. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il en résultait un degré d'invalidité de 74 %, lequel donnait le droit à une rente entière. Enfin, elle avait droit à des mesures professionnelles, dès lors qu'elles étaient propres à réduire le dommage. En outre, elle a requis son audition ainsi que celle du Dr D._____, de même que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A l'appui de son recours, elle a produit un lot de pièces.

Par réponse du 21 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a estimé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause l'expertise réalisée par le Dr F._____. Le refus de prestations était donc fondé puisque l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante à la santé.

L'assurée a répliqué le 27 mars 2025, relevant que l'OAI ne pouvait se contenter d'accorder une pleine valeur probante à une expertise remise par l'assureur perte de gain - contre laquelle une procédure étant pendante - au vu des remarques circonstanciées formulées par le Dr D._____ à son encontre. En outre, elle a réitéré sa requête tendant à son audition ainsi qu'à celle du Dr D._____, de même qu'à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par duplique du 16 avril 2025, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Il a indiqué que la mise en œuvre d'une expertise par ses soins ne se justifiait pas au vu de l'absence d'atteinte à la santé incapacitante.

Dans des déterminations spontanées du 22 mai 2025, l'assurée a confirmé ses conclusions.

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. 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 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. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 20 novembre 2024 fait suite à une demande de prestations du 4 juillet 2023, en raison

d'une incapacité de travail ayant débuté au mois de février 2023. Il convient donc d'appliquer les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 4 juillet 2023.

4. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation du droit d'être entendu. Elle soutient en substance que l'intimé ne lui a pas transmis l'avis du SMR du 12 novembre 2024 préalablement à la notification de la décision litigieuse de sorte qu'elle n'a pas pu faire valoir ses observations avant à la prise de décision.

a) Spécifiquement prévu aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGA, le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 131 V 35 consid. 4.2; 126 I 7 consid. 2b ; 122 I 109 consid. 2b).

Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, il sied de constater que, dans le cadre de la présente procédure devant la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen, la recourante a eu la possibilité de prendre connaissance de l'avis du SMR, de se déterminer à son sujet et de faire valoir l'ensemble de ses arguments. En effet, le recours, selon les art. 56 ss LPGA, est un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à l'arrêt TF 9C_127/2007 du 12 février 2008). Partant, une éventuelle violation du droit d'être entendu liée à l'absence de transmission préalable de cet avis avant le prononcé de la décision litigieuse doit être considérée comme réparée, de sorte que la décision entreprise ne saurait être annulée pour ce motif.

5. 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 invalide (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).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427

consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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).

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).

c) 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 asséculoologique. 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).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Une expertise réalisée sur demande d'un assureur perte de gain maladie est un document médical parmi d'autres qui doit être intégré à l'appréciation des preuves (TF 9C_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2 et les références citées).

7. 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 141V 281 consid. 4. 3 et 4. 4).

8. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée par le Dr F. _____ pour le compte de l'assureur perte de gain maladie, pour considérer qu'aucune prestation de l'assurance-invalidité ne devait être octroyée.

La recourante conteste la valeur probante de ce document. Elle se fonde sur les rapports médicaux du Dr D. _____ et le rapport d'examen neuropsychologique du 20 mars 2024 pour faire valoir que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle.

b/aa) Dans le rapport d'expertise du 14 octobre 2023, le Dr F. _____ a retenu l'absence de tout diagnostic psychiatrique. Il a considéré que l'assurée ne présentait pas de symptomatologie dépressive caractérisée, relevant notamment une tonalité affective non fixée au pôle dépressif, des affects mobilisables, l'absence de perte d'intérêt marquée, l'absence de ralentissement psychomoteur ou de réduction significative de l'énergie, ainsi qu'une préservation globale des capacités cognitives et de concentration. Il a également exclu le diagnostic de trouble de l'adaptation. Selon lui, l'état présenté par l'assurée correspondait à un épuisement lié à une surcharge professionnelle importante et durable, soit à une réaction physiologique attendue face à des exigences professionnelles excessives, et non à une maladie psychique au sens psychiatrique. Il a encore souligné que le burn-out ne constituait pas une maladie reconnue par les classifications internationales (DSM-5, CIM-10 ou CIM-11) et ne pouvait, à lui seul, fonder une incapacité de travail médico-asséculo-logique. Dans son appréciation de la capacité de travail, l'expert a retenu qu'en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être admise sur le plan psychiatrique. Il a estimé que les difficultés évoquées par l'assurée relevaient essentiellement de facteurs contextuels et professionnels, respectivement d'une inadéquation entre les exigences concrètes du poste occupé et les ressources personnelles de l'intéressée, problématique qui ressortirait de l'aptitude au poste et non d'une incapacité de travail médicale. Le Dr F. _____ a confirmé cette appréciation dans son rapport complémentaire du 8 novembre 2023, rédigé après les critiques

formulées par le Dr D._____. Il y a notamment maintenu que le trouble de l'adaptation supposait l'existence d'un dysfonctionnement psychique interne constitutif d'une maladie mentale, ce qui ne ressortait pas du cas d'espèce. Il a également considéré qu'à supposer même qu'un trouble de l'adaptation ait existé en février 2023, l'évolution alléguée sur plus de huit mois serait incompatible avec le caractère transitoire de ce diagnostic.

bb) Cela étant, plusieurs éléments médicaux postérieurs ou contradictoires empêchent de considérer l'état de fait médical comme suffisamment clarifié.

En premier lieu, le Dr D._____ a contesté de manière circonstanciée les conclusions de l'expertise. Dans son rapport du 31 octobre 2023, il a maintenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte (CIM-10 F43.22), associé à un burn-out. Il a décrit, lors de la première consultation du 9 février 2023, une symptomatologie comprenant notamment une humeur dépressive, un important sentiment de dévalorisation, des idées de disparition, des troubles du sommeil sévères, un ralentissement psychomoteur, une anxiété de performance majeure ainsi que des difficultés cognitives affectant le fonctionnement quotidien. Il a également reproché à l'expert de ne pas avoir suffisamment pris en considération la spécificité de l'activité professionnelle exercée par la recourante, laquelle impliquait un niveau particulièrement élevé d'exigence cognitive, organisationnelle et décisionnelle. Une autonomie conservée dans certaines activités simples du quotidien ne permettait pas de conclure à une capacité intacte pour exercer une fonction telle que celle de « [...] ». En outre, le fait que le burn-out ne constitue pas, en soi, une maladie n'excluait pas qu'il s'agisse d'un élément contextuel essentiel dans l'évaluation des ressources psychiques résiduelles et de la capacité de travail médico-théorique. En second lieu, les conclusions du Dr D._____ ont encore évolué dans le cadre de la procédure. Dans son rapport du 19 juin 2024 adressé à l'OAI, le médecin traitant a retenu, à titre de diagnostic incapacitant principal, un trouble cognitif léger (CIM-10 F06.7), présent depuis février 2023. Il a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ou toute activité

équivalente, en raison des troubles cognitifs présentés par la recourante. En revanche, il a considéré qu'une activité adaptée pourrait être exigible à plus de 80 %.

A cet égard, il convient de relever qu'un examen neuropsychologique a été réalisé le 18 mars 2024 par la psychologue K._____, soit postérieurement à l'expertise du Dr F._____. Dans le cadre de cette évaluation, la recourante a notamment décrit des difficultés à reconnaître des personnes déjà rencontrées, à replacer certains événements dans leur contexte, à retrouver les noms de personnes de son entourage professionnel, ainsi qu'un besoin accru de recourir à des stratégies de compensation afin de gérer son quotidien, telles que l'utilisation systématique de listes et d'alarmes pour ne pas oublier des rendez-vous ou certaines tâches. Elle a également rapporté un ralentissement psychique subjectif ainsi qu'une diminution de ses capacités organisationnelles par rapport à son niveau de fonctionnement antérieur, lequel était décrit comme particulièrement élevé avant la survenue du burn-out professionnel. Sur le plan objectif, l'examen neuropsychologique a mis en évidence plusieurs atteintes cognitives discrètes mais objectivées. La psychologue a ainsi retenu un fléchissement exécutif, notamment au niveau de l'inhibition et de l'incitation verbale, une fragilité attentionnelle touchant l'attention sélective, ainsi qu'un discret défaut d'accès lexical. Même si la majorité des fonctions cognitives explorées apparaissent préservées, en particulier la mémoire épisodique, les praxies, les gnosies, les capacités de calcul et plusieurs dimensions exécutives et attentionnelles, elle a néanmoins conclu à l'existence d'un trouble neuropsychologique de degré de sévérité minimal. Il convient de relever que la psychologue a expressément précisé que cette symptomatologie, bien que peu invalidante dans les activités ordinaires de la vie quotidienne, était susceptible de se manifester de manière plus prononcée dans les tâches présentant un niveau élevé d'exigence cognitive. Elle a par ailleurs rattaché ce tableau cognitif à une problématique thymique installée dans le contexte du burn-out professionnel.

Ces constatations apparaissent difficilement conciliables avec certaines conclusions du Dr F._____. En effet, l'expert avait retenu l'absence de déficit de concentration franc, l'absence de perturbation cognitive significative et, plus largement, l'absence de toute limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique. Or, même si le bilan neuropsychologique ne met pas en évidence une atteinte sévère, il objective néanmoins plusieurs fragilités cognitives, notamment exécutives et attentionnelles. Le fait que ces difficultés soient qualifiées de légères ou minimales ne permet pas encore d'en exclure toute incidence sur la capacité de travail dans une activité professionnelle particulièrement exigeante sur le plan cognitif et exécutif, telle que celle exercée auparavant par la recourante. À cet égard, le bilan neuropsychologique tend précisément à confirmer que certaines limitations pourraient n'apparaître qu'en situation de forte sollicitation intellectuelle. Ainsi, même si l'examen neuropsychologique ne permet pas, à lui seul, de trancher définitivement la question de la capacité de travail, il met néanmoins en évidence des atteintes cognitives objectivées qui apparaissent en contradiction avec les conclusions du Dr F._____, lequel avait retenu l'absence de toute atteinte cognitive significative et de toute limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique.

Par ailleurs, l'avis du SMR du 12 novembre 2024 n'emporte pas conviction. En effet, le SMR écarte essentiellement le diagnostic de trouble cognitif léger (CIM-10 F06.7) au motif qu'aucune lésion cérébrale ou affection somatique déterminée n'aurait été mise en évidence chez la recourante. Ce faisant, il ne discute toutefois pas réellement les constatations objectives ressortant du bilan neuropsychologique du 18 mars 2024, lequel met précisément en évidence plusieurs fragilités cognitives objectivées. En outre, le SMR se limite à affirmer qu'un trouble neuropsychologique de degré minimal ne pourrait entraîner qu'une perte de rendement de l'ordre de 10 %, sans expliquer concrètement pour quels motifs les limitations décrites seraient sans incidence significative sur l'exercice de l'activité habituelle de la recourante, laquelle impliquait des responsabilités stratégiques importantes et un niveau particulièrement élevé de sollicitation cognitive. Une telle appréciation apparaît d'autant

moins convaincante que la psychologue a expressément relevé que les difficultés constatées étaient susceptibles de se manifester plus nettement dans des tâches présentant un haut degré d'exigence intellectuelle. Dans ces circonstances, l'avis du SMR ne permet pas de lever les divergences médicales existantes.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait se baser sur le rapport d'expertise du 14 octobre 2023 du Dr F. _____, sans procéder à de plus amples investigations, pour déterminer la capacité de travail de la recourante. L'instruction apparaît incomplète, en particulier s'agissant de l'évaluation des troubles cognitifs allégués, de leur évolution et de leurs répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit de lui renvoyer la cause dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise psychiatrique de la recourante, associée à une nouvelle évaluation neuropsychologique, l'examen précédent étant désormais ancien, puis rendre une décision sur le droit aux prestations de l'assurée.

10. À ce stade et au vu de l'issue du litige, l'examen de la question des mesures professionnelles n'est pas nécessaire.

11. En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Compte tenu de l'issue de la procédure, la requête de la recourante tendant à son audition et celle du Dr D. _____ s'avère inutile au regard du constat d'une instruction incomplète.

12. a) 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 l'intimé, vu l'issue du litige.

b) La recourante obtient gain de cause et 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 cette indemnité 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 ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), débours et TVA compris.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Sacha Camporini (pour A. _____),
- 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 :