COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2026

Composition : M. TINGUELY, juge unique

Greffière : Mme Chaboudez

*****

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 28 al. 1 let. b LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, a présenté une biscupidie valvulaire aortique avec une sténose aortique modérée et une insuffisance aortique, ainsi qu'une dilatation post-sténotique de l'aorte ascendante (rapports des 10 février 1988 et 5 février 1992 du Dr J._____, spécialiste en pédiatrie).

Par prononcé du 24 mai 1988, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge le traitement de l'affection congénitale présentée par l'assurée.

Après avoir obtenu un CFC de sérigraphie, l'assurée a effectué une formation d'animatrice socioculturelle HES en cours d'emploi dès 2006 à la K._____ et obtenu un bachelor HES-SO en travail social en septembre 2011, puis un CAS de praticienne formatrice auprès de la HES-SO en septembre 2015.

B. Le 26 octobre 2009, l'assurée a subi une intervention de remplacement valvulaire aortique et remplacement de l'aorte ascendante, qui a été compliquée par un syndrome de Dressler et une fibrillation auriculaire rapide (rapport de la Dre M._____, spécialiste en cardiologie, du 12 janvier 2009 [recte : 2010]).

Le 2 mars 2010, une opération de pontage entre l'artère iliaque et l'artère fémorale communes gauches a été réalisée, laquelle s'est compliquée avec une hypoesthésie dans le territoire du nerf crural à gauche (rapport du 22 mars 2010 des Drs N._____ et P._____ du Service de chirurgie cardio-vasculaire du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : CHUV]).

Le 12 avril 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en raison de sa biscupidie de la valve aortique, indiquant qu'elle était en totale incapacité de travail depuis le 1er septembre 2009.

Dans un avis du 13 avril 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que l'évolution était lentement favorable et que les médecins prévoyaient la récupération d'une pleine capacité de travail dès mi-avril 2011 dans l'activité habituelle, qui était adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par décision du 11 avril 2012, l'OAI a alloué à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1er octobre 2010 au 31 juillet 2011.

C. Par formulaire daté du 27 mars 2013 et réceptionné par l'OAI le 9 avril 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle s'était retrouvée en totale incapacité de travail dès le 3 septembre 2012 en raison d'une dépression d'épuisement multifactoriel (rapport du Dr Q._____, médecin généraliste traitant, du 12 octobre 2012).

Dans un rapport du 14 juin 2013, la Dre R._____, psychiatre traitante, a posé les diagnostics de burn-out (Z73) et d'épisode dépressif moyen (F32.10). L'assurée avait repris son travail à plein temps depuis le 16 mai 2013.

Dans un avis du 27 janvier 2014, le SMR a retenu que ses précédentes conclusions, à savoir l'exercice d'un travail sans gros efforts physiques et avec peu de stress, restaient d'autant plus valables que le non-respect de ces limitations exposait l'assurée à une rechute du burn-out ou de la dépression. Il estimait indiqué de voir avec l'assurée quelles étaient les possibilités alternatives afin qu'elle ne travaille pas au-dessus de ses capacités ou dans un environnement inadapté.

Dans un rapport du 27 mars 2014, le Dr Q._____ a indiqué que l'assurée signalait de manière régulière des palpitations et des paresthésies des membres inférieurs mis sur le compte de troubles du rythme et que, dans ce contexte post-chirurgical, elle développait des épisodes d'anxiété réactionnelle, probablement responsables des palpitations et d'une asthénie intermittente.

Dans un rapport du 16 avril 2014, la Dre M._____ a fait savoir qu'un Reveal avait été mis en place en 2013 en raison des problèmes rythmiques de l'assurée, que son activité d'éducatrice spécialisée était exigible à maximum 50-60 %, avec un rendement possiblement réduit en fonction de la situation sur le plan symptomatique, et qu'on ne pouvait pas s'attendre à ce qu'elle puisse travailler plus.

En décembre 2014, l'assurée a commencé un nouvel emploi, à 80 %, à la direction de l'E._____.

Par décision du 19 janvier 2015, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée au motif que ses périodes d'incapacité de travail n'avaient pas duré au moins une année sans interruption notable et qu'en l'absence de limitations fonctionnelles invalidantes, il n'y avait pas lieu de considérer qu'il existait des empêchements dans la tenue de son ménage.

D. Le 25 octobre 2023, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant que sa malformation congénitale avait présenté des aggravations multiples au fil des ans et qu'elle avait notamment dû être réopérée en 2016. Elle a annoncé avoir obtenu un certificat de management supérieur auprès de la Direction d'institutions sociales et médico-sociales en avril 2019 et avoir travaillé en dernier lieu comme responsable des ressources médicales et thérapeutiques à la K._____ de novembre 2022 à juin 2023, avant d'être au chômage depuis juillet 2023. Elle avait été régulièrement en incapacité de travail à des taux variables depuis le 6 février 2023.

Dans un rapport du 21 novembre 2023, la Dre M._____ a indiqué que la situation médicale de l'assurée s'était aggravée, qu'elle avait nécessité un deuxième remplacement valvulaire aortique à la suite d'une sténose de la première valve prothétique implantée, avec des suites compliquées par des troubles du rythme. Elle a mentionné qu'une troisième opération avec changement de valve était une hypothèse possible. Seule

une activité adaptée à temps très partiel était envisageable, sans stress, ni horaires irréguliers, ni efforts physiques importants.

Le 4 janvier 2024, la K._____ a indiqué que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100 % du 6 au 7 février 2023, à 80 % du 30 mars au 23 avril 2023, puis à 50 % jusqu'à la fin des rapports de travail, le 30 juin 2023.

Dans un rapport du 10 janvier 2024, la Dre D._____, nouvelle médecin généraliste traitante, a posé les diagnostics de cardiopathie valvulaire aortique avec prothèse depuis 2009 et changement en 2016, avec troubles du rythme en cours d'investigation, et de trouble anxieux chronique depuis 2012. L'assurée ressentait régulièrement une dyspnée d'effort et des palpitations chroniques entraînant un trouble du sommeil et de l'asthénie. Elle était très sensible au stress, qui majorait la symptomatologie cardiaque avec un risque de décompensation. Le dernier certificat d'incapacité établi par la Dre D._____ concernait le mois d'octobre 2023, pour un arrêt à 50 %.

Par rapport du 20 février 2024, la Dre M._____ a attesté d'une incapacité de travail de 70 % dès le 1er novembre 2023, en raison d'une augmentation des épisodes dyspnéiques et des palpitations.

Dans un rapport du 26 avril 2024, le Dr S._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'asthme intermittent et de mauvaise coordination respiratoire.

Dans un rapport du 22 juillet 2024, la Dre D._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis 2022 avec un état physique fluctuant selon sa condition cardiaque. Elle a indiqué que l'assurée avait été suivie de 2009 à 2022 par la Dre R._____ et qu'elle continuait à être suivie par la psychologue T._____. Les limitations fonctionnelles étaient principalement une fatigabilité à l'effort, un stress émotionnel en lien avec la charge de travail et la charge mentale professionnelle, stress

qui entraînait une tachycardie favorisant un état anxieux. La capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans un poste à responsabilité et de 30 % dans une activité adaptée.

Dans une attestation non datée, réceptionnée le 31 juillet 2024 par l'OAI, la psychologue T._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques (6A71.1) et de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, forme sans précision (6A05.Z). L'assurée avait fait plusieurs épisodes de burn-out et avait souffert de troubles du comportement alimentaire. Le suivi psychologique était un élément central dans la prévention de l'aggravation de sa pathologie cardiaque et le pronostic dépendait fortement de l'évolution de cette maladie somatique et de la capacité de l'assurée à gérer la période de transition due au fait qu'elle devait quitter son emploi actuel, qui impliquait trop de stress pour sa santé somatique.

Dans un avis du 3 septembre 2024, le SMR a relevé que des incapacités de travail à taux variables étaient attestées depuis le 6 février 2023 pour une péjoration de l'état cardiologique à la suite d'une resténose de la prothèse mécanique posée le 2 décembre 2016 et des troubles du rythme.

Par rapport du 25 octobre 2024, la Dre D._____ a indiqué qu'il était peu probable que l'assurée soit en mesure d'avoir une capacité de travail supérieure à 30 %, et ceci même s'il était décidé une prise en charge chirurgicale.

Dans un avis du 19 décembre 2024, le SMR a retenu l'existence d'une capacité de travail de 30 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir l'absence de stress et de surcharge de travail, ainsi que l'absence de port de charges lourdes, ceci depuis le 1er novembre 2023, date de l'incapacité de travail à 70 %.

Le 7 février 2025, l'OAI a réceptionné le dossier de l'assurance perte de gain maladie de l'assurée, lequel comprenait notamment les documents suivants :

- Des certificats d'arrêt de travail à 80 % dès le 30 mars 2023 et à 50 % dès le 24 avril 2023 établis par la Dre M._____.
- Dans un rapport du 29 mai 2023, la Dre D._____ a posé comme diagnostics une cardiopathie valvulaire avec un trouble rythmique en cours d'investigation et un état anxieux chronique. Dans l'anamnèse, elle a mentionné un conflit relationnel sur le lieu de travail, une incompatibilité de vision professionnelle, une anxiété et un stress professionnel ayant motivé la démission de l'assurée, dont les plaintes subjectives étaient une palpitation cardiaque, une tachypnée, une aboulie, une anhédonie et des ruminations anxieuses. La Dre D._____ avait attesté un arrêt de travail à 50 % dès le 5 mai 2023, à 100 % du 8 au 12 mai 2023 à cause d'une infection de Covid-19, puis à nouveau à 50 % jusqu'au 30 juin 2023.

Dans un avis du 10 février 2025, le SMR a estimé que les incapacités de travail attestées entre mai et juin 2023 étaient en lien avec un conflit au travail et d'ordre non strictement médical, même si le stress engendré pouvait acutiser les troubles du rythme antérieurs tels que les palpitations. Il a constaté qu'entre le 1er juillet et fin octobre 2023, aucune incapacité de travail cardiologique n'avait été attestée et il a par conséquent estimé que la capacité de travail était entière, ce qui était corroboré par une inscription au chômage.

Le 11 février 2025, l'OAI a réceptionné différentes pièces du dossier de chômage de l'assurée, dont il ressortait qu'elle s'était inscrite le 1er juillet 2023 pour un taux de travail de 100 %. Selon un certificat médical non daté établi par la Dre D._____, l'assurée avait évoqué des difficultés au travail dès mars 2023 avec une répercussion sur sa cardiopathie. La médecin traitante a fait savoir que le poste de travail en tant que cadre dirigeant en institution sociale/médico-sociale était adapté, mais que l'environnement de travail auquel l'assurée était soumise ne l'était pas. Son incapacité de travail avait été de 80 % du 30 mars au 23 avril 2023 avec 20

% de télétravail, puis de 50 % du 24 avril au 30 juin 2023 en privilégiant le télétravail. Dans un certificat du 7 août 2023, la Dre D._____ a indiqué que l'assurée était apte à reprendre son activité professionnelle à 100 % depuis le 1er juillet 2023 et, dans un certificat 12 octobre 2023, elle a attesté un arrêt de travail à 50 % du 1er au 31 octobre 2023 « avec projet de reconversion professionnelle ».

Lors d'un entretien téléphonique du 14 février 2025, l'assurée a précisé que le certificat de capacité de travail à 100 % de son médecin traitant avait été fait à la demande du chômage.

Dans un rapport du 27 mars 2025, la Dre M._____ a indiqué ce qui suit au sujet de l'assurée :

> « Il a clairement été exprimé que cette patiente a au maximum une capacité de travail de 30 %. Il est également stipulé dans le rapport du 13.11.2024 qu'il est clair qu'elle ne récupèrera malheureusement jamais une capacité de travail majorée malgré une volonté ferme de faire de son mieux pour rechercher du travail et pour éviter de se retrouver dans une situation d'assistance.
>
> Sur le plan purement pragmatique, elle avait tenté de rechercher du travail entre le 1er juillet et le 30 septembre 2023. A début juillet, le médecin traitant de Mme B._____ avait rédigé un certificat attestant qu'elle était en capacité de rechercher du travail étant donné qu'elle était précédemment en arrêt maladie. Toutefois, il convient de souligner d'une part que cette jeune femme extrêmement volontaire a eu un certain déni et qu'elle a eu beaucoup de mal à accepter le fait que sa situation cardiologique ne lui permettait pas de retrouver une capacité de travail adéquate.
>
> D'autre part, la situation de Mme B._____ depuis le 1er arrêt du 30.03.2023 jusqu'à ce jour, n'a pas changé et sa capacité de travail est toujours fortement restreinte et partielle. Elle présente toujours la même pathologie de base, à savoir une dysfonction cardiaque avec épisodes de décompensation à répétition comme mentionné plus haut. Les investigations récemment effectuées ont conclu également à un état hyper-inflammatoire chronique pouvant également participer à toute la symptomatologie. Je relève également que sa situation médicale n'a pas changé depuis mars 2023.
>
> Dans ce contexte, il paraît évident que la capacité de travail n'a pas changé depuis mars 2023 jusqu'à ce jour. »

Dans un avis du 6 mai 2025, le SMR a constaté que la cardiologue traitante ne rapportait aucun élément médical objectif permettant de valider les incapacités de travail rétrospectives à 70 % entre

le 1er juillet 2023 et octobre 2023 alors que l'assurée s'était inscrite au chômage et que la Dre D._____ avait précisément attesté, le 7 août 2023, que l'assurée ne présentait pas de contre-indication médicale à la pratique de son activité professionnelle habituelle à 100 % dès le 1er juillet 2023. Il a requis la production des consiliums cardiologiques et des examens effectués entre janvier et novembre 2023.

Le 23 mai 2025, l'OAI a réceptionné les documents suivants :

- Un rapport de la Dre M._____ du 14 mars 2023 selon lequel l'assurée décrivait des sensations de palpitations qui lui étaient coutumières et traversait une période professionnelle turbulente qui compliquait un peu l'évaluation de la clinique.
- Les résultats d'une échocardiographie du 14 mars 2023.
- Un rapport établi le 30 mars 2023 dans lequel la cardiologue traitante a mentionné que l'assurée allait moyennement bien vu qu'elle venait de démissionner de son travail et qu'elle avait ressenti plusieurs épisodes de palpitations, de façon plus fréquente que précédemment. Elle était clairement sous état de stress, ce qui pouvait contribuer à l'irritabilité auriculaire. Au vu du lourd passé cardiologique, la Dre M._____ avait proposé un arrêt de travail afin d'éviter un stress accru qui serait néfaste, quelques heures de télétravail au calme paraissant toutefois envisageables.
- Selon un rapport du 19 avril 2023, l'assurée se sentait épuisée et déprimée à la suite des derniers événements professionnels. Sur le plan des palpitations, la diminution de son activité et du stress induit avait eu un effet favorable avec la présence toujours de sensations de palpitations, mais sans épisodes soutenus. La Dre M._____ a noté qu'on pouvait assez clairement mettre en évidence une corrélation entre l'état de stress et l'irritabilité rythmique. Elle avait proposé de poursuivre l'arrêt de travail pour un minimum de 10 jours, mais l'assurée avait souhaité travailler un peu plus et elles avaient convenu qu'elle ferait un 50 % avec un maximum de télétravail.
- Un rapport du 12 juillet 2023, qui mentionnait que le Reveal montrait sept épisodes de tachycardie et que la patiente indiquait avoir été très stressée.

Dans un avis du 25 juin 2025, le SMR a maintenu que, durant la période de mars 2023 à juillet 2023, la problématique était essentiellement un état conflictuel sur le lieu de travail, qui avait abouti à une démission de l'assurée avec des incapacités de travail attestées durant cette période à 50 % et une inscription au chômage. Il a estimé qu'il ne pouvait dès lors pas retenir que l'incapacité de travail était à 70 % dès le 30 mars 2023 comme la Dre M._____ le faisait valoir de manière rétrospective.

Par projet de décision du 2 juillet 2025, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait lui allouer une rente d'invalidité entière dès le 1er octobre 2024. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 1er octobre 2023.

L'assurée a présenté ses objections à ce projet de décision par courrier de son mandataire du 4 septembre 2025. Elle a contesté avoir été entièrement apte au travail du 1er juillet au 30 septembre 2023 et estimait que son droit à la rente devait naître le 1er avril 2024. Elle a fait remarquer que les pièces médicales relatives à la demande de prestations du 27 mars 2013 montraient déjà l'interaction entre ses atteintes à la santé physique et psychique, ainsi que sa tendance à travailler au-dessus de ses capacités, comme cela ressortait de l'avis du SMR du 27 janvier 2014 et du rapport de la Dre M._____ du 16 avril 2014. Elle a estimé que l'incapacité de travail de 50 % attestée par la Dre M._____ à partir du 24 avril 2023 avait perduré jusqu'au 1er novembre 2023 et a rappelé que celle-ci avait attesté, dans son rapport du 27 mars 2025, que la situation médicale et la capacité de travail n'avaient pas changé depuis mars 2023. Outre des documents relatifs à sa situation cardiaque, elle a produit un rapport du 20 août 2025 de la Dre M._____, dans lequel celle-ci a mentionné les raisons pour lesquelles l'interprétation faite par le SMR sur le plan cardiologique dans son avis du 25 juin 2025 ne pouvait pas être suivie. Elle a souligné que le stress au travail avait été un facteur aggravant, mais que c'était l'état de santé cardiaque de l'assurée qui était la cause majeure de l'arrêt de travail et non l'inverse. Elle a ajouté ce qui suit :

> « Il n'y a pas de notion d'évaluation rétrospective, je n'ai pas prétendu d'une incapacité de 70 % continue depuis mars, je ne me prononce pas là-dessus mais je précise que l'incapacité de travail a été continue depuis mars en ce sens, qu'à aucun moment une pleine capacité de travail [n']a été retrouvée pa[r] cette patiente, vu la sévérité de sa cardiopathie, et que c'est en novembre qu'il a pu être déterminé une capacité résiduelle à 30 %. Pour rappel, j'avais attesté d'une incapacité de 80 % avec 20 % de télétravail possible le 30.03.2023, pour une durée indéterminée suivie d'une incapacité de 50 % à durée indéterminée, suite à quoi la Dresse D._____ a pris le relais provisoirement et attesté d'une incapacité à 50 % en privilégiant le télétravail jusqu'à la fin de son contrat de travail. »

L'assurée a également transmis un rapport de la Dre D._____ du 26 août 2025, dans lequel la médecin traitante a exposé qu'elle avait accepté de rédiger un certificat médical attestant de la reprise de l'assurée à 100 % dès le 1er juillet 2023 afin d'optimiser ses chances de retrouver un emploi, en pensant qu'elle avait peut-être besoin d'être confrontée à ses propres limites et au fait que ses limitations n'étaient pas uniquement liées à son ancien poste, mais bien à sa condition physique, conséquence de son atteinte cardiologique. L'assurée avait effectivement réalisé progressivement que, malgré l'absence d'activité professionnelle régulière, les arythmies, la fatigue et la dyspnée étaient toujours présentes, si bien qu'elle avait alors accepté une diminution de son taux d'activité à 50 % et de déposer une demande auprès de l'OAI, démarches qui avaient engendré une période de stress important, raison pour laquelle sa cardiologue avait ensuite limité sa capacité de travail à 30 %.

Dans un avis du 24 septembre 2025, le SMR a retenu qu'il n'y avait eu aucune incapacité de travail attestée par la cardiologue pendant la période litigieuse, qui se situait entre avril et octobre 2023, qu'aucun élément cardiologique au dossier ne témoignait d'une aggravation durant cette période, que les incapacités de travail entre mars et juin 2023 privilégiant le télétravail étaient attestées en lien avec un probable conflit avec l'employeur, que les pièces médicales produites relataient uniquement des informations et n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux.

Dans une prise de position du 31 octobre 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision en se référant à l'avis précité du SMR.

Par décision du 4 novembre 2025, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2024, lui a octroyé une telle rente dès le 1er décembre 2025 et a annoncé que la décision relative à la période du 1er octobre 2024 au 30 novembre 2025 lui parviendrait ultérieurement.

E. Par acte de son mandataire du 8 décembre 2025, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès mars 2024 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle s'est prévalue des rapports du 20 août 2025 de la Dre M._____ et du 26 août 2025 de la Dre D._____ selon lesquels son atteinte à la santé et son incapacité de travail remontaient à mars 2023. Elle a estimé que la date retenue par l'OAI, à savoir octobre 2023, se basait sur l'avis du SMR, qui ne l'avait jamais auscultée et qui s'écartait sans raison valable des autres appréciations médicales au dossier, lesquelles avaient pleine valeur probante.

Dans sa réponse du 29 janvier 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'assurée a maintenu sa position dans son courrier du 16 février 2026.

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 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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la détermination de la date à partir de laquelle le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité prend naissance, singulièrement sur le moment à partir duquel la recourante a présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % durant une année sans interruption notable.

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). 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 (art. 29 al. 1 LAI).

c) Dans le cadre de l’art. 28 al. 1 let. b LAI, l’incapacité de travail peut être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de la personne assurée dans sa profession ou dans son champ d’activité habituel. Elle correspond, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession ou l’activité qu’elles exerçaient jusqu’alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; Michel Valterio, Loi fédérale sur l’assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 9 ad art. 28 LAI). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel la personne assurée a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d’attente (Valterio, op. cit., n° 13 ad art. 28 LAI et les références). Le délai d’attente d’une année, pendant lequel l’assuré doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne sans interruption notable, commence également à courir lorsque la personne assurée a travaillé, pendant une certaine période, au-delà de ce qui était raisonnablement exigible de sa part, en risquant d’aggraver son état de santé (TF 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 et les références). Est donc considérée comme inapte au travail non seulement la personne qui, pour des raisons de santé, ne peut plus exercer son activité actuelle, ou ne peut l'exercer que de manière limitée, mais aussi celle qui ne peut poursuivre l'exercice de son activité professionnelle qu'au risque d'aggraver son état de santé (TF 8C_407/2020 du 3 mars 2021 consid. 6.1 et les références).

Le chiffre 2217 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI) édictée par l'Office des assurances sociales (OFAS) précise que l'incapacité de travail moyenne dans l'activité habituelle sur une période d'un an est calculée en divisant la somme des différentes incapacités de travail multipliées par leur durée en jours par le nombre de jours de cette période (365 jours).

d) A teneur de l'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Le délai d'attente ne sera toutefois pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (Valterio, op. cit., n° 15 ad art. 28 LAI et la référence).

e) Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

4. **a)** Pour évaluer la capacité de travail et 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 porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 150 V 410 consid. 9.5.3.2 ; 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les arrêts cités ; TF 8C_739/2025 du 29 juin 2026 consid. 6).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. **a)** En l'occurrence, comme cela ressort du dossier, et en particulier des avis établis par le SMR ainsi que des rapports établis par les médecins traitants de la recourante, cette dernière est atteinte depuis son enfance d'une cardiopathie à forme d'une insuffisance aortique sévère dans un contexte de bicuspidie aortique familiale, ayant donné lieu à deux interventions chirurgicales majeures, en 2009 et 2016, et à des

complications dans ce cadre. Dans ce contexte, elle présente depuis plusieurs années des palpitations paroxystiques quotidiennes pour lesquelles elle a bénéficié de l'implantation de deux Reveals.

Les parties ne remettent pas en cause, dans son principe, la péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision, rendue en 2015, ni en tant que tel le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Les parties divergent en revanche sur la date à partir de laquelle cette aggravation a entraîné une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % durant une année sans interruption notable. L'OAI a retenu que la recourante s'était retrouvée en incapacité de travail partielle en raison de l'aggravation de son état de santé sur le plan cardiologique à partir d'octobre 2023 et que c'est dès cette date qu'a commencé à courir le délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, si bien que son droit à la rente est né le 1er octobre 2024. La recourante estime au contraire que ses problèmes cardiaques ont entraîné une incapacité de travail dans son activité habituelle dès mars 2023 et elle conclut à l'octroi d'une rente entière à partir du 1er mars 2024.

b) Il convient tout d'abord de relever que la recourante ne peut pas bénéficier de la dispense du délai de carence prévue par l'art. 29bis RAI, bien qu'elle ait déjà touché une rente d'invalidité en raison de son atteinte cardiaque, puisqu'il s'est écoulé plus de trois ans entre la suppression de cette rente, le 31 juillet 2011, et l'aggravation de son état de santé, intervenue en 2023.

c) Durant la période litigieuse, soit de mars 2023 à octobre-novembre 2023, le dossier contient les certificats suivants relativement à la capacité de travail de la recourante :

- un arrêt de travail à 80 % avec un 20 % de télétravail possible dès le 30 mars 2023, établi par la Dre M._____,
- un arrêt de travail à 50 % dès le 24 avril 2023 établi par la Dre M._____,

- un arrêt de travail à 50 % du 5 mai au 30 juin 2023 en privilégiant le télétravail, établi par la Dre D._____, avec également un arrêt de travail à 100 % du 8 au 12 mai 2023 en raison du Covid-19,
- un certificat du 7 août 2023 dans lequel la Dre D._____ a indiqué que l'assurée était apte à reprendre son activité professionnelle à 100 % depuis le 1er juillet 2023,
- un arrêt de travail à 50 % du 1er au 31 octobre 2023 « avec projet de reconversion professionnelle » établi par la Dre D._____,
- un arrêt de travail à 70 % dès le 1er novembre 2023 pour une durée indéterminée, attesté par la Dre M._____, régulièrement renouvelé par la suite.

aa) Dans ses différents avis médicaux, le SMR a estimé qu'il convenait de se référer à l'aggravation attestée sur le plan cardiologique dès le 1er novembre 2023 et a écarté les autres arrêts de travail au motif qu'ils n'étaient pas liés à la problématique cardiaque. L'OAI a toutefois considéré qu'il y avait lieu de tenir compte de l'arrêt de travail de 50 % établi par la Dre D._____ pour le mois d'octobre 2023 et de faire partir le délai de carence du 1er octobre 2023, comme cela ressort de la fiche d'examen du droit à la rente du 2 juillet 2025 et de la décision litigieuse.

bb) En ce qui concerne les arrêts de travail établis de mars à juin 2023, le SMR considère qu'ils sont en lien avec un conflit au travail et d'ordre non strictement médical, même si le stress engendré pouvait acutiser les troubles du rythme antérieurs, tels que les palpitations.

Il ressort du dossier que l'assurée a effectivement vécu des difficultés relationnelles dans son dernier poste de travail, qui l'ont d'ailleurs motivée à démissionner. Cela étant, on ne saurait suivre le SMR en tant qu'il écarte tout motif médical aux incapacités de travail attestées de mars à juin 2023, respectivement qu'il les rattache uniquement à un conflit professionnel. En effet, il ressort des pièces médicales au dossier que ce sont les répercussions de cette situation sur la cardiopathie de l'assurée qui ont motivé l'arrêt de travail. Le SMR reconnaît d'ailleurs lui-même que le stress vécu sur le lieu de travail pouvait aggraver les troubles du rythme

cardiaque. Dans son rapport du 30 mars 2023, la Dre M._____ relève que l'assurée était clairement sous état de stress, ce qui pouvait contribuer à l'irritabilité auriculaire et qu'« au vu du lourd passé cardiologique, [elle] lui [a] proposé un arrêt de travail afin d'éviter un stress accru qui serait néfaste ; quelques heures de télétravail au calme paraiss[ai]ent toutefois envisageables. » Lors du contrôle suivant, le 19 avril 2023, la Dre M._____ indiquait qu'« on peut assez clairement mettre en évidence chez cette jeune patiente au lourd passé cardiologique, une corrélation entre l'état de stress et l'irritabilité rythmique ». Elle a constaté que la diminution de l'activité et du stress induit avait eu un effet favorable, mais que les sensations de palpitations perduraient, quoique sans épisodes soutenus. Dans le rapport qu'elle a établi pour l'assurance perte de gain maladie de l'assurée le 29 mai 2023, la Dre M._____ a noté que les plaintes de la patiente étaient des palpitations cardiaques, une tachypnée, ainsi qu'une aboulie, une anhédonie et des ruminations anxieuses. Elle a elle-même constaté l'existence d'une tachyarythmie et indiqué que le trouble rythmique était en cours d'investigation. De même, selon le rapport établi par la Dre D._____ à l'intention de l'assurance-chômage, l'assurée avait évoqué, dès mars 2023, des difficultés au travail ayant une répercussion sur sa cardiopathie. Il ressort ainsi clairement de ces rapports médicaux que les arrêts de travail attestés de mars à juin 2023 étaient principalement liés à la problématique cardiaque. La Dre M._____ le confirme d'ailleurs dans son rapport du 20 août 2025, dans lequel elle a souligné que le stress au travail avait été un facteur aggravant, mais que c'était l'état de santé cardiaque de l'assurée qui était la cause majeure de l'arrêt de travail et non l'inverse.

Les incapacités de travail attestées du 30 mars au 30 juin 2023 doivent dès lors être mises en relation avec la pathologie cardiaque de la recourante et peuvent ainsi être prises en considération dans le cadre du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

cc) Pour ce qui concerne la période du 1er juillet et au 30 septembre 2023, le SMR relève qu'aucune incapacité de travail cardiologique n'a été attestée. Il estime par conséquent que la capacité de

travail était entière, ce qui est corroboré par l'inscription au chômage de la recourante et le certificat établi par la Dre D._____ le 7 août 2023, attestant que l'assurée ne présentait pas de contre-indication médicale à la pratique de son activité professionnelle habituelle à 100 % dès le 1er juillet 2023.

Il est vrai que ces éléments plaident, à première vue, en faveur de l'existence d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle durant plusieurs mois, laquelle constituerait une interruption du délai de carence en application de l'art. 29bis RAI. L'analyse plus approfondie de l'ensemble des pièces du dossier amène cependant à une autre conclusion.

Il convient, d'une part, de tenir compte des explications données par la Dre D._____ dans son rapport du 26 août 2025, dans lequel elle a indiqué qu'elle avait accepté de rédiger un certificat médical attestant de la reprise de l'assurée à 100 % dès le 1er juillet 2023 afin d'optimiser ses chances de retrouver un emploi, en pensant qu'elle avait peut-être besoin d'être confrontée à ses propres limites et au fait que ses limitations n'étaient pas uniquement liées à son ancien poste, mais bien à sa condition physique, conséquence de son atteinte cardiologique. Le rapport du 27 mars 2025 de la Dre M._____ va dans le même sens, en tant qu'il mentionne que l'assurée était extrêmement volontaire et qu'elle a eu un certain déni ainsi que beaucoup de mal à accepter que sa situation cardiologique ne lui permettait pas de retrouver une capacité de travail adéquate. On peut constater que la volonté de travailler de l'assurée malgré son atteinte cardiaque ressort déjà du rapport de la Dre M._____ du 19 avril 2023, dans lequel la cardiologue avait proposé à l'assurée de prolonger son arrêt de travail à 80 %, mais que cette dernière avait souhaité travailler un peu plus et qu'elles avaient finalement convenu un arrêt à 50 % avec un maximum de télétravail. Finalement, dans son rapport du 26 août 2025, la médecin généraliste traitante expose que l'assurée a réalisé progressivement durant sa période de chômage que, malgré l'absence d'activité professionnelle régulière, les arythmies, la fatigue et la dyspnée étaient toujours présentes, si bien qu'elle avait alors accepté une diminution de son taux d'activité à 50 % et de déposer une demande auprès de l'OAI.

D’autre part, il ressort des rapports de la Dre M._____, et notamment de celui du 27 mars 2025, que sur le plan médical, il n’y a pas eu d’évolution entre mars et novembre 2023 et que l’incapacité de travail partielle a perduré tout au long de cette période. Elle rappelle que l’assurée présente toujours la même pathologie de base, à savoir une dysfonction cardiaque avec des épisodes de décompensation à répétition. Dans son avis du 25 juin 2025, le SMR a procédé à un examen des documents cardiologiques de l’année 2023. Il a estimé que ces données permettaient d’exclure une péjoration éventuelle de l’état de santé ayant un impact sur la capacité de travail au milieu de l’année 2023 et relevé que la Dre M._____ mentionnait l’existence d’une « simple irritabilité auriculaire acutisée par le stress » sans prescrire d’autre traitement anti-arythmique ni renforcer le traitement de fond cardiologique. Il a de ce fait écarté l’existence d’une incapacité de travail à 70 % dès mars 2023, établie de manière rétrospective. La Dre M._____ explique toutefois de manière motivée et détaillée, dans son rapport du 20 août 2025, les raisons pour lesquelles le SMR ne saurait être suivi dans son analyse. Elle souligne notamment que les différentes échocardiographies réalisées ont montré des gradients globalement stables, mais élevés. Elle reconnaît que, sur le plan rythmologique, il n’a pas été mis en évidence de fibrillation auriculaire soutenue ni de tachycardie ventriculaire, mais précise que les troubles brefs du rythme présents, qui surviennent dans le contexte d’un mismatch aorto-prothétique, de la présence d’une dysfonction diastolique, dans le contexte également d’une probable péricardite constrictive discrète et d’un status post deux interventions de chirurgie cardiaque majeure, peuvent contribuer à des décompensations cardiaques frustres. En ce qui concerne le traitement, la Dre M._____ indique que l’assurée était déjà sous traitement médicamenteux, avec des traitements de réserve qu’elle gère elle-même selon les variations quotidiennes de ses symptômes et que l’attitude observatrice proposée s’explique par le caractère risqué d’une prise en charge par une procédure invasive. La Dre M._____ précise qu’elle n’a pas prétendu à l’existence d’une incapacité de travail continue de 70 % depuis mars 2023, mais qu’elle affirme qu’à aucun moment une pleine capacité de travail n’a été retrouvée vu la sévérité de sa cardiopathie

et que c'est en novembre 2023 qu'il a pu être déterminé une capacité de travail résiduelle de 30 %.

Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il se justifie de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée n'aurait pas été en mesure d'exercer une activité professionnelle à plein temps dans son domaine habituel entre juillet et septembre 2023, sans risquer d'aggraver son état de santé.

dd) Les médecins traitantes ne se prononcent pas précisément sur la capacité de travail que la recourante aurait réellement eue entre juillet et septembre 2023. Cela étant, on peut admettre que l'assurée a, à tout le moins, présenté une incapacité de travail de 10 % durant cette période, laquelle suffit à ce que la condition d'une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % ait existé entre le 30 mars 2023 et le 29 mars 2024 (compte tenu de 25 jours d'incapacité de travail à 80 % du 30 mars au 23 avril 2023 [25 x 80 % = 20], puis de 68 jours d'incapacité de travail à 50 % du 24 avril au 30 juin 2023 [68 x 50 % = 34], puis de 92 jours d'incapacité de travail d'au moins 10 % du 1er juillet au 30 septembre 2023 [92 x 10 % = 9,2], puis de 31 jours d'incapacité de travail à 50 % du 1er au 31 octobre 2023 [31 x 50 % = 15,5] et de 149 jours d'incapacité de travail à 70 % du 1er novembre 2023 au 29 mars 2024 [149 x 70 % = 104,3], on obtient 183 jours d'incapacité de travail sur 365, soit une incapacité de travail moyenne de 50,1 %).

d) Il résulte de ce qui précède que la condition du délai de carence d'une année au cours duquel l'incapacité de travail moyenne a été d'au moins 40 % a été remplie le 30 mars 2024. Il n'est toutefois pas possible de suivre la recourante en tant qu'elle conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1er mars 2024, dans la mesure où le droit à la rente ne peut prendre naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, que six mois après le dépôt de la demande de prestations, lequel est intervenu en l'occurrence le 25 octobre 2023. C'est dès lors à partir du 1er avril 2024 que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, étant rappelé qu'il est admis qu'elle

présente, en raison de sa problématique cardiaque, un degré d'invalidité de 86 %.

7. **a)** Le recours est par conséquent admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2024.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu le sort de ses conclusions.

c) 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). Le tarif horaire sur lequel se fonde la liste des opérations produite le 24 mars 2026 ne peut être intégralement suivi. Compte tenu du nombre d'heures dont fait état la liste des opérations, 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 l'intimé.

Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 4 novembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2024.

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 B._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le juge unique : La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Procap Suisse, Service juridique, pour B._____,
- OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 :