

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Gauron-Carlin et M. Oulevey, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Anne Meier, avocate à Genève,

et

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

K._____, à [...], tiers intéressée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 17 et 49 al. 4 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée), née en [...], mère de deux enfants nés en 2005 et 2009, est au bénéfice d'un Certificat fédéral de capacité d'assistante médicale et d'un Bachelor en design industriel. Depuis 2013, elle a travaillé en tant que cheffe de projets. Le 15 août 2017, l'assurée s'est inscrite en tant que demandeuse d'emploi à 100 %. Le 1^{er} octobre 2017, elle a débuté un emploi à 50 % en qualité de cheffe de projets pour la société J._____ et a continué de percevoir des indemnités de l'assurance-chômage pour le surplus.

Le 6 décembre 2018, l'assurance perte de gain maladie a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) comme objet de sa compétence. L'assureur perte de gain maladie précisait que l'incapacité de travail avait débuté à 100 % le 5 juillet 2018 et à 80 % depuis le 21 août 2018. Dans le formulaire, l'assurée a indiqué souffrir d'un burnout et d'un trouble borderline.

Le 17 janvier 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un formulaire de détermination du statut, qu'elle devait retourner dûment complété.

Dans le formulaire employeur, complété le 19 février 2019, J._____ a indiqué que l'assurée avait travaillé à 40 % à partir du 1^{er} octobre 2017, à 50 % dès le 1^{er} mai 2018 puis à 20 % dès le 1^{er} février 2019. Son contrat avait été résilié avec effet au 31 mai 2019.

Le 3 avril 2019, après un entretien d'intervention précoce, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour une mesure sous la forme d'un coaching après burnout auprès d'Ingeus SA, du 2 avril au 1^{er} octobre 2019. Le 20 juin 2019, il a mis fin à la mesure. L'assurée l'avait informé, le jour précédant, que son état de santé était trop fluctuant pour lui permettre de suivre une telle mesure. Elle n'avait eu

qu'un seul entretien avec son coach et avait annulé les autres séances qui étaient prévues.

Le 25 juin 2019, l'assureur perte de gain maladie a transmis à l'OAI une copie du rapport d'expertise établi à sa demande le 17 juin 2019 par le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert avait retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type borderline (F60.31). Il avait estimé qu'une reprise progressive du travail dans l'activité actuelle d'employée administrative était possible et exigible dès à présent, débutant à 50 % au minimum (50 % du taux d'emploi actuel), avec une augmentation à 80 % (80 % du taux d'emploi actuel) à partir du 1^{er} août 2019 et à 100 % au plus tard dès le 1^{er} octobre 2019. Si l'assurée considérait qu'il était exclu qu'elle travaille à nouveau dans son activité habituelle, d'un point de vue purement psychiatrique, il n'y avait aucune contre-indication pour une reprise du travail. L'incapacité de travail n'était que partiellement due aux conditions de travail. Se fondant sur ces conclusions, l'assureur perte de gain maladie a rendu une décision au terme de laquelle il réduirait ses prestations à 50 % dès le 26 juin 2019 et y mettrait fin au 31 juillet 2019.

Le 11 juillet 2019, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis janvier 2017, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'anxiété généralisée, de personnalité émotionnellement labile, type borderline, et de troubles du comportement alimentaire. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 15 décembre 2018, mais présentait une capacité de travail potentielle de 60 % après une période d'évaluation, dans le domaine du design. En raison de son trouble émotionnel, elle avait une capacité d'adaptation sociale inexistante, mais n'était pas limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères. Elle avait également des difficultés dans la communication, dans le travail d'équipe, une limitation du fonctionnement émotionnel, et des difficultés avec le cadre et l'autorité.

Le 13 décembre 2019, l'OAI a sommé l'assurée de lui retourner le formulaire de détermination du statut dûment complété et l'a informée qu'il statuerait en l'état du dossier, en l'absence de réponse de sa part.

Dans un avis du 3 juillet 2020, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé que l'atteinte psychiatrique de l'assurée, présente depuis le début de l'âge adulte, avait commencé à avoir une incidence en décembre 2018 dans un contexte de facteurs extra-médicaux. L'expertise du Dr Q._____ s'est basée sur un récit anamnestique circonstancié pour autoriser une reprise professionnelle projective, qui ne s'était pas réalisée. Toutefois, des ressources paraissaient persister et justifier une reprise professionnelle. Le psychiatre traitant devait être interpellé à nouveau.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 19 juillet 2020, le Dr Z._____ a confirmé les diagnostics précédemment retenus et exposé que la situation générale s'était améliorée depuis que l'assurée ne travaillait plus dans un cadre nécessitant des relations sociales. Il a précisé qu'elle était incapable de travailler à 60 % depuis mars 2017. Grâce à la thérapie, l'assurée avait pu reprendre une activité et relatait avoir plus de clarté et de lucidité dans la pensée, de maîtrise émotionnelle et plus de stabilité intérieure. Le Dr Z._____ a attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis janvier 2019 et une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2020. L'assurée disposait de ressources et d'intérêt dans le domaine de la création et de la mode.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé que l'assurée disposait d'une aptitude à la réadaptation à partir du mois de juillet 2020, de sorte qu'il y avait désormais lieu d'évaluer la pertinence et la faisabilité de la mise en place de mesures. Le psychiatre traitant pourrait valider, dans un deuxième temps, l'augmentation de la capacité de travail telle que proposée par l'expert Q._____, sous réserve que l'activité adaptée respecte les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés dans la

communication et dans le travail d'équipe, limitation du fonctionnement émotionnel, difficulté avec le cadre et l'autorité.

Le 28 avril 2021, l'assurée a été informée qu'un entretien téléphonique était prévu le 4 mai 2021, afin de faire le point sur sa situation personnelle et professionnelle. Ce rendez-vous ayant été manqué, un nouvel entretien a été fixé le 17 mai 2021. L'assurée a alors expliqué qu'elle travaillait, depuis septembre 2020, à 40 % pour l'association O._____ et pour M._____. Elle était chargée de la communication/marketing sur les réseaux sociaux pour la sortie d'un livre. Elle ne savait pas si elle pourrait se maintenir à ce poste qui n'était pas en accord avec ses compétences, selon elle. Elle souhaitait effectuer des formations complémentaires pour se mettre à jour dans son métier. Son salaire s'élevait à 2'300 fr., treize fois l'an. L'assurée a précisé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %.

Le 15 novembre 2021, l'OAI a convoqué l'assurée pour un premier entretien en vue d'un bilan d'intervention précoce prévu le 29 novembre suivant.

Dans un rapport final de réadaptation du 21 avril 2022, une psychologue de l'OAI a retenu, au vu des éléments au dossier, de l'entretien de réadaptation du 29 novembre 2021 et d'un bilan de réseau du 1^{er} décembre 2021, qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible. L'assurée était en activité depuis le mois de septembre 2020 à 40 % ; cette activité respectait ses limitations fonctionnelles. L'intervention du service de réadaptation n'était donc plus nécessaire.

Le 22 avril 2022, l'OAI a adressé une sommation à l'assurée afin qu'elle complète et lui remette le formulaire de détermination du statut. Le 11 mai 2022, l'assurée a renvoyé ledit formulaire, indiquant que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % tant par nécessité financière que par intérêt personnel. Elle a précisé qu'elle présentait également des empêchements dans la tenue de son ménage, comme cela

avait été expliqué lors d'un entretien de réseau qui avait eu lieu en janvier 2022.

Après avoir sollicité l'avis de la permanence juridique, le service de réadaptation de l'OAI a retenu un statut d'actif à 100 % et arrêté le revenu sans invalidité à 79'691 fr. (soit 78'975 fr. selon les informations du rapport employeur, indexé à 2020), en considérant que l'assurée aurait augmenté son taux à 100 % dans les bonnes conditions. Le revenu d'invalidité était fixé à 36'330 fr. compte tenu d'une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 13 juillet 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2019 au 30 septembre 2020 puis à une demi-rente depuis lors, fondée sur un degré d'invalidité de 54 %. L'assurée était incapable de travailler, depuis le mois de juillet 2018, dans son activité habituelle de cheffe de projets. En juillet 2019, à l'issue du délai d'attente d'un an, elle était toujours incapable de travailler dans toutes activités, ce qui ouvrait le droit à une rente entière. Depuis le mois de juillet 2020, elle disposait d'une capacité de travail à 40 % dans une activité adaptée. En septembre 2020, elle avait d'ailleurs retrouvé un emploi adapté, à ce taux. Après la comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 54 % demeurait, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. Une copie de ce projet de décision a été adressée à la caisse de compensation de J._____ et à son institution de prévoyance, T._____ (ci-après : la recourante).

Le 9 septembre 2022, T._____, représentée par son conseil, a adressé à l'OAI ses observations contre le projet de décision. Elle a contesté l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, relevant que l'activité réalisée contredisait l'appréciation du médecin traitant, laquelle différait en outre de celle de l'expert. Elle a relevé que les diagnostics retenus par le psychiatre traitant n'avaient pas été posés dans les règles de l'art, contrairement aux diagnostics retenus dans l'expertise. Elle a encore déploré que l'OAI ait renoncé aux mesures

de réadaptation qui auraient permis d'examiner la réelle capacité résiduelle de travail de l'assurée. Elle a également reproché à l'OAI d'avoir retenu un statut d'actif à 100 % en se fiant à ce qui était le plus plausible, sans réelle investigation, ce qui n'était pas suffisant. Finalement, elle a relevé qu'il n'était pas compréhensible que l'assurée soit reconnue invalide alors qu'elle avait régulièrement manqué à ses obligations de renseigner.

Le 26 octobre 2022, le SMR s'est prononcé sur les éléments avancés par l'institution de prévoyance. Il a confirmé ses précédentes conclusions.

Le 10 novembre 2022, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a déposé des déterminations spontanées sur les griefs de l'institution de prévoyance.

Par courrier du 5 janvier 2023, un juriste de l'OAI a répondu aux griefs de T._____. Il a relevé que les rapports du Dr Z._____ étaient motivés et fondés sur des éléments objectifs. Au contraire, le rapport d'expertise du Dr Q._____ ne pouvait pas se voir conférer une pleine valeur probante, au vu des contradictions contenues notamment s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail (à 50 %), malgré l'absence de limitations fonctionnelles. Une copie de l'avis SMR du 26 octobre 2022 était adressée à cette occasion. Concernant l'absence de mesures de réadaptation, il était ressorti d'un réseau avec le psychiatre traitant du 1^{er} février 2022 qu'une activité professionnelle supérieure à 40 % n'était pas indiquée et que la mise en œuvre de mesures professionnelles pourrait nuire à la stabilité acquise auprès de l'employeur actuel. L'OAI a ajouté qu'aucune violation du devoir de collaborer n'avait été retenue contre l'assurée qui ne s'était pas rendue à sa mesure pour des raisons médicales et qui avait renseigné l'OAI sur sa nouvelle activité avant la fin de l'instruction de sa demande. S'agissant de la détermination du statut, l'assurée avait complété le formulaire idoine. Le statut retenu était également compatible avec l'âge et l'autonomie des enfants de

l'intéressée. La position de l'OAI était donc maintenue et une décision serait prochainement rendue.

Le 20 janvier 2023, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet de décision et arrêté le montant de la demi-rente à verser dès le 1^{er} février 2023 ainsi que celui des rentes pour enfant. La décision précisait qu'une décision portant sur le rétroactif serait prochainement rendue. Une copie de la décision a été adressée à T._____.

B. Par acte du 20 février 2023, T._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'assurée soit déboutée dans sa demande de prestations, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée et sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation. Elle a soutenu que l'assurée ne présentait pas une incapacité de travail de 40 % durant un an permettant de lui reconnaître un droit à une rente à l'issue du délai d'attente, au vu des incapacités de travail attestées par son médecin et par l'expert ainsi que de son aptitude au placement reconnue par l'assurance-chômage. Le psychiatre traitant avait également attesté une capacité à 60 %, dans son rapport du 11 juillet 2019. En outre, c'était sans raison que l'OAI avait écarté les conclusions de l'expert Q._____, ce qui était d'autant plus surprenant que les rapports du Dr Z._____ n'étaient pas établis au moyen des indicateurs. Enfin, si une invalidité devait être reconnue, l'OAI devrait sérieusement analyser les mesures de réadaptation à mettre en œuvre avant d'envisager d'octroyer une rente, au vu notamment des diplômes et des expériences de l'assurée, celle-ci ne devant pas se limiter à un domaine d'intérêt. L'OAI aurait encore dû prendre en compte, dans sa décision, des manquements de l'assurée à son devoir de collaborer et de renseigner. La recourante a finalement requis, à titre de requête d'instruction, la production du dossier constitué par l'assurance-chômage.

Par réponse du 24 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant plus particulièrement à son courrier du 5 janvier 2023 à l'attention de l'institution de prévoyance.

Dans une écriture du 8 mai 2023, la recourante a renoncé à déposer des explications complémentaires et a renvoyé à son recours.

L'intervention de l'assurée en qualité de tiers intéressée à la procédure a été prononcée par ordonnance du 5 février 2024.

Se déterminant le 22 avril 2023 sur les écritures des parties, K._____ a conclu au rejet du recours. Elle a détaillé les raisons pour lesquelles les conclusions du Dr Z._____ pouvaient être suivies et celles pour lesquelles le rapport d'expertise du Dr Q._____ ne pouvait être qualifié de probant. Elle a ajouté que la mise en place de mesures de réadaptation s'avérait inutile au vu de l'emploi à 40 % occupé, et aurait mis en danger la stabilité acquise dans cet emploi. Elle a enfin contesté avoir violé son devoir de collaborer.

Le 6 mai 2024, la recourante a pris position sur les arguments de l'assurée.

Le 29 mai 2024, K._____ a confirmé ses conclusions. Elle a relevé que, contrairement à ce que la recourante soutenait, le Dr Z._____ n'avait pas attesté une capacité de travail à 60 % dans son rapport du 11 juillet 2019, mais un pronostic positif sur la capacité de travail qui pourrait être de 60 % après une période d'évaluation, tout en confirmant que l'assurée demeurait totalement incapable de travailler depuis le 15 décembre 2018. Concernant sa prétendue violation du devoir de collaborer, elle a souligné que la mesure de coaching avait été abandonnée au motif qu'elle n'apporterait pas de plus-value (cf. entretien du 16 avril 2019).

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 144 V 29 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1).

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

132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (ATF 143 V 434 consid. 2.2) ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 ; TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

d) En l'occurrence, il y a lieu de reconnaître à T._____ la qualité pour recourir, dès lors que K._____ était valablement assurée auprès d'elle lors de la survenance de son incapacité de travail (art. 10 LPP), ainsi que dans la mesure où les constatations et appréciations de l'intimé sont en principe contraignantes à son égard s'agissant du droit à la rente.

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

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

2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

b) T. _____ a recouru contre la décision du 20 janvier 2023 qui fixait le montant de la demi-rente d'invalidité en faveur de K. _____ à partir du 1^{er} février 2023. L'OAI a toutefois précisé qu'une décision serait rendue s'agissant du rétroactif. Il y a donc lieu de considérer que le

recours du 20 février 2023 porte sur l'entier du droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité.

c) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, compte tenu de la naissance du droit à une rente au 1^{er} juillet 2019, l'ancien droit est applicable.

3. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) 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).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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. 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).

6. La recourante conteste l'appréciation de la capacité de travail qu'a faite l'OAI et soutient qu'il y a lieu de tenir compte, d'une part, du fait que l'assurée était au chômage et reconnue apte au placement à 50 % au moins et, d'autre part, des conclusions du Dr Q._____ reconnaissant l'assurée totalement capable de travailler à partir du 1^{er} octobre 2019. Dès lors, l'assurée n'a pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 %

durant une année. La recourante a également mis en doute la valeur probante des rapports du psychiatre traitant et estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle. A titre subsidiaire, elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir mis en place des mesures de réadaptation et de ne pas avoir tenu compte d'une violation de l'obligation de collaborer, l'assurée ayant commis plusieurs manquements.

L'assurée se rallie pour sa part à l'appréciation de l'intimé qui s'est fondé sur l'avis du psychiatre traitant.

a) Il y a lieu d'examiner dans un premier temps les éléments médicaux que l'OAI avait à sa disposition pour fonder sa décision.

L'intimé a écarté les conclusions du Dr Q._____, l'expert mandaté par l'assureur perte de gain maladie. Ce rapport d'expertise ne peut en effet pas se voir conférer une valeur probante suffisante compte tenu de ses lacunes et de ses contradictions, comme l'a constaté le SMR dans son avis du 26 octobre 2022. L'expert Q._____ a retenu que l'assurée était capable de maintenir un bon rythme journalier (expertise p. 12), alors que cela ne ressort pas de la description qu'a faite l'assurée d'une journée type (expertise p. 6). L'expert n'a pris connaissance que des attestations d'incapacité de travail établies par le psychiatre traitant, mais elles ne comportaient aucun diagnostic ni aucune information sur la symptomatologie (expertise p. 2). L'anamnèse médicale ne saurait donc être considérée comme exhaustive. L'expert ne pouvait pas non plus valablement se prononcer sur la capacité de travail antérieure à son examen. L'expert a encore retenu, d'une part, qu'il n'y avait du point de vue psychiatrique aucune limitation spécifique chez l'assurée, mais a considéré, d'autre part, qu'elle était incapable de travailler à 50 %, ce qui est contradictoire (expertise p. 14). Il a également estimé que le pronostic restait plutôt incertain et sombre, même à moyen et long terme, tout en considérant qu'une reprise du travail était possible (expertise p. 12). L'expert n'a finalement pas évalué la capacité de travail en ayant recours

aux indicateurs, mais en retenant que l'assurée devait mobiliser « toute sa bonne volonté » et définir des priorités.

Même si c'est à bon droit que l'OAI a écarté les conclusions de l'expert Q._____, il ne pouvait toutefois pas suivre l'avis du psychiatre traitant. Les rapports du Dr Z._____ ne contiennent en effet pas non plus d'évaluation de la situation à l'aune des indicateurs. Ils ne fournissent pas non plus les éléments suffisants pour procéder à une évaluation selon ceux-ci. Ils ne permettent en outre pas de vérifier si les diagnostics posés par le psychiatre traitant l'ont été dans le respect des règles de l'art, comme le requiert la jurisprudence. Plus particulièrement, dans son rapport du 11 juillet 2019, le Dr Z._____ n'étaye pas ses diagnostics et répond de manière sommaire aux questions que l'OAI lui a posées. Ce rapport ne saurait être considéré comme probant. Dans son rapport du 19 juillet 2020, si le Dr Z._____ détaille l'évolution de la capacité de travail de l'assurée, celle-ci ne peut être qualifiée de claire. Le médecin retient en effet que l'assurée est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le mois de janvier 2019 et qu'elle est capable de travailler à 40 % dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2020. Il indique toutefois qu'il y a une incapacité de travail de 60 % depuis le mois de mars 2017 et atteste donc qu'il existe une capacité de travail bien avant celle qu'il a évoquée précédemment, sans préciser si elle concerne l'activité habituelle ou une activité adaptée. Le Dr Z._____ n'objective toujours pas médicalement les diagnostics qu'il retient. Ses rapports ne peuvent être suivis, en l'absence d'appréciation médicale circonstanciée de la situation.

b) Dans ces circonstances, l'OAI ne pouvait rendre sa décision sans instruire davantage la situation. On précisera, à toutes fins utiles, que l'intimé a répondu à satisfaction aux griefs de la recourante relatifs aux manquements de l'assurée et l'on ne peut qu'y renvoyer, étant au surplus relevé qu'un éventuel manquement à l'obligation de collaborer ne suffit pas en soi à nier toute prestation mais conduirait l'OAI à statuer en l'état du dossier (art. 43 al. 3 LPGGA).

c) Il apparaît ainsi que l’instruction est lacunaire et qu’une expertise psychiatrique est indispensable pour poser des diagnostics dûment étayés, départager les avis médicaux au dossier, procéder à une évaluation conforme à la jurisprudence de la capacité de travail dans l’activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que leur évolution dans le temps. En fonction des conclusions de l’expertise, il y aura peut-être lieu d’examiner à nouveau la question d’éventuelles mesures de réadaptation. La cause devra ainsi être renvoyée à l’intimé à qui il appartient en premier lieu d’instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

d) Vu le sort du recours, la réquisition tendant à la production du dossier constitué par l’assurance-chômage est rejetée.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l’intimé pour complément d’instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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 la partie intimée, vu l’issue du litige.

c) La recourante est une institution chargée de tâches de droit public et ne peut donc pas prétendre à l’allocation de dépens (ATF 126 V 143 consid. 4a). L’assurée voit pour sa part ses conclusions rejetées, de sorte qu’elle n’a pas davantage droit à l’octroi de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et 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. 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 :

- Me Anne Meier (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Me Didier Elsig (pour K. _____),
- 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 :