

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 34 vom 8. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__34

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 34 du 8 avril 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 34 del 8 aprile 2014

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DÉPRESSION, MÉDECIN, FORCE PROBANTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 57a LAI, 49 LPGA, 59 LPGA, 6 LPGA, 61 let. a LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 8

En incapacité de travail depuis le? 15 octobre 2010 à 100%.

E. 9

En incapacité de travail depuis le : 15 octobre 2010 à : 100%

E. 10

Reprise du travail le : néant à : néant Prévue le : indéterminé ». Ce rapport précise également que le suivi du patient serait par la suite centralisé avec prise en charge psychologique et psychiatrique sur le plan cognitivo-comportemental parallèlement aux séances d'ergothérapie. Il ressort du dossier (fiche d'examen du dossier n° 2 de l'OAI) que le 20 décembre 2011, cet office a mandaté le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) afin d'estimer si les renseignements médicaux concernant l'assuré étaient suffisants pour admettre une atteinte à la santé invalidante. Dans l'affirmative, le SMR devait également déterminer l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, et fixer depuis quelle date cette incapacité était présente ainsi que les limitations fonctionnelles à retenir. Ce document fait également mention du fait que le SMR avait déjà été consulté en la personne du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale. Il ressort notamment ce qui suit d'une note de suivi du 22 février 2012 établie par le service de réadaptation de l'OAI (ci-après : REA) pour évaluer la possibilité de mettre en place des mesures de réinsertion : « [L'assuré] se présente à l'entretien. Il a de la peine à s'orienter dans le temps et dans l'espace. Il peine à rassembler ses pensées et à parler de manière audible. Il semble très faible, abattu, sans énergie. Il pleure à plusieurs reprises durant l'entretien. Il est toujours sous traitement médicamenteux (psychotropes) et suit des ateliers d'ergothérapie et de thérapie cognitivo-comportementale à l'hôpital de [...] tous les matins sauf le lundi. Il dit que ça lui coûte beaucoup d'énergie et que ça le fatigue. C'est un ami qui l'amène tous les matins à [...] car M. D. _____ ne se sent pas encore capable de prendre les transports en commun et d'affronter la foule. (...). La mise en place de MR [mesures de réinsertion] ne paraît pas envisageable pour le moment car l'état de santé ne semble pas stabilisé. » S'agissant également de la réadaptation de l'assuré, un psychologue de l'OAI s'est prononcé le 29

février 2012 de la manière suivante : « Argumentation d'octroi : Suite à notre entretien avec l'assuré le 22 février 2012, nous avons soumis la situation au SMR. Dans le journal médical, en date du 24 février 2012, le SMR estime que les MR sont impossibles actuellement et qu'il faudra envoyer un nouveau RM [rapport médical] au psychiatre traitant en juin 2012. Actuellement, la CT [capacité de travail] de notre assuré est nulle et ce depuis octobre 2010 (selon Journal Médical, 08.05.2011). (...). » Par projet de décision du 2 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité à 100% depuis le 1^{er} octobre 2011, sans avoir attendu l'avis médical du SMR. A la même date, l'OAI a fixé la révision de la rente au 1^{er} décembre 2012. Copie de ce projet a été adressée à la Caisse de pensions A. _____ qui ne s'est pas déterminée dans le délai de trente jours imparti à cet effet. Interpellées par l'OAI, les Dresses B. _____ et W. _____, respectivement médecin assistante et cheffe de clinique adjointe de l'Unité [...] du Service de psychiatrie [...], ont écrit ce qui suit dans un rapport médical du 29 juin 2012 (enregistré par l'OAI le 5 juillet suivant) : « Nous nous référons à votre demande du 1^{er} juin 2012 pour délivrer des renseignements concernant le patient susnommé en répondant à vos questions de la manière suivante. Quelle est l'évolution clinique? Depuis le début de son suivi psychiatrique à l'Unité [...] (décembre 2011), la symptomatologie dépressive de M. D. _____ reste présente (agitation intérieure, fort ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration et d'attention, thymie diminuée, insomnie, anorexie, sentiments de culpabilité, dévalorisation, perte d'espoir quant à l'avenir et idées suicidaires sans projet de passage à l'acte auto-agressif) ainsi que son anxiété sociale, qui peut déboucher sur de véritables attaques de panique et qui est associée à des conduites d'évitement, notamment lorsqu'il est en contact avec la foule et des personnes inconnues. Enfin le patient rapporte des moments d'irritabilité qui peuvent le conduire à des passages à l'acte aussi bien hétéro-agressifs (crises clastiques contre des objets, mais aussi agression de personnes) qu'auto-agressifs (coups de poing dans les murs). Son traitement psychique intégré consiste en un suivi psychothérapeutique hebdomadaire de type TCC (Mme [...], infirmière spécialisée), de restructuration cognitive, un suivi ergothérapeutique trihebdomadaire (Mme [...]) ayant pour but d'améliorer la planification et l'organisation lors de l'exécution d'une tâche, ses capacités à prendre des décisions et d'entrer en relation avec autrui, ainsi que de renforcer la confiance en soi avec la reprise d'un certain degré d'autonomie lors des séances ; un suivi psychiatrique mensuel, adjoint d'un traitement psychotrope. M. D. _____ a présenté une évolution favorable sur le plan ergothérapeutique avec une progressive amélioration de la gestion du stress, notamment celui induit par les interactions interpersonnelles, de sa capacité de décision, de son intégration dans le groupe, tandis que son traitement psychotrope a nécessité plusieurs adaptations encore en cours. Actuellement, il consiste en un traitement antidépresseur de [...] à raison de 20 mg par jour et de [...] SR 12,5 mg par jour en réserve. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte? Malgré l'amélioration par le biais des séances d'ergothérapie, le patient continue à présenter des difficultés organisationnelles invalidantes (dans les tâches, les déplacements), un important ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration ainsi que une fatigabilité importante. Les difficultés d'entrer en relation avec autrui sont évidentes, le patient adopte une attitude d'évitement des situations confrontantes en se bloquant et en se renfermant en lui-même. En ce qui concerne les limitations cognitives, un bilan par des tests neuropsychologiques sera envisagé prochainement. Quelle est la capacité de travail exigible dans son activité habituelle? Aucune. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et depuis quand? Aucune pour l'instant. A réévaluer au plus tôt d'ici six

mois, une fois l'adaptation thérapeutique, notamment médicamenteuse, terminée. » Par décision du 2 juillet 2012, l'OAI a confirmé son projet du 2 mars 2012 et a mis l'assuré au bénéfice d'une rente AI à 100% dès le 1^{er} août 2012. Dans le cadre de sa motivation, l'OAI a constaté que l'assuré exerçait l'activité de « technico-commercial vente interne », que pour des raisons de santé, il avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 8 octobre 2010, soit la date à partir de laquelle était fixé le délai de carence d'une année prévue par l'article 28 LAI et qu'à l'échéance de ce délai, soit le 8 octobre 2011, sa capacité de travail était toujours nulle. Par conséquent le droit à la rente était ouvert. Cette décision mentionne également qu'une seconde décision devait intervenir pour les prestations rétroactives relatives à la période allant du 1^{er} octobre 2011 au 31 juillet 2012. B. Par écriture du 30 août 2012, la Caisse de pensions A. _____ a recouru auprès de la Cour de céans contre la décision rendue par l'OAI le 2 juillet 2012. Par courrier du 4 septembre 2012, le juge instructeur a retourné à la Caisse de pensions A. _____ cette écriture aux motifs qu'elle n'avait pas été signée par deux personnes habilitées à la représenter selon le Registre du commerce et que la décision entreprise avait été produite de manière incomplète. Un délai de dix jours était accordé dès réception de ce courrier pour mettre cette écriture en conformité, faute de quoi, le recours serait réputé retiré. Par acte du 13 septembre 2012, la Caisse de pensions A. _____ a déposé un recours conforme concluant sous suite de dépens à l'annulation de la décision de l'OAI du 2 juillet 2012 et au renvoi de la cause à cet office pour complément d'instruction dans le sens d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique et nouvelle décision. A l'appui de sa position, la recourante fait tout d'abord valoir être directement atteinte par la décision entreprise en sa qualité d'assureur de D. _____ contre les risques d'invalidité, dès lors que ce dernier était employé de A. _____ SA jusqu'au 31 mars 2011. Sur le fond, elle relève en particulier, en rappelant la jurisprudence prévalant en matière d'appréciation des preuves médicales, une instruction insuffisante de l'état de fait médical justifiant la mise en oeuvre d'une évaluation psychiatrique et neuropsychologique indépendante et observe, en se référant à l'ATF 130 V 396 consid. 5.3. et 6, que le diagnostic d'atteinte à la santé psychique est supposé émaner d'un expert psychiatre et s'appuyer *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu. Selon la recourante, la durée de la dépression était surprenante compte tenu du caractère généralement temporaire de cette atteinte à la santé ainsi que du jeune âge de l'assuré et les rapports médicaux ne motivaient pas la lenteur de l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé. Par réponse du 5 novembre 2012, l'OAI s'est rallié aux conclusions de la recourante, suivant en cela un avis médical du SMR établi le 17 octobre précédent par le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie, et cosigné par le Dr L. _____, spécialiste en médecine du travail. La teneur de cet avis est pour l'essentiel la suivante : « Cet employé de commerce de 31 ans dépose une demande de prestations le 28.4.2011 au motif de dépression. Le rapport du Dépt. de psychiatrie du Centre médical E. _____ (12.7.2011) fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, justifiant une incapacité de travail totale depuis le 19.10.2010. Le médecin de team (LAP) [i.e. le Dr V. _____] a estimé que l'état de santé n'était pas stabilisé et [a] recommandé d'actualiser les informations en octobre 2011. L'arrêt de travail a été prolongé dans le rapport du 22.11.2011. Le 02.3.2012, l'OAI adresse un projet de décision d'octroi d'une rente entière depuis le 01.10.2011 sans que le médecin du SMR n'ait été consulté. Le 29.6.2012, on nous annonce une amélioration de l'état de santé, ne se traduisant cependant pas sur la capacité de travail, laquelle devrait être réévaluée dans 6 mois La décision de l'OAI tombe le 05.9.2012. La caisse de pension de l'employeur fait recours le même jour, argumentant que

l'évolution particulièrement lente n'a pas fait l'objet des investigations souhaitables. Elle demande la mise en place d'une expertise psychiatrique. Je partage cet avis. Je réponds comme suit à vos questions : • Pouvons-nous maintenir que la capacité de travail de l'assuré est de 0% (et notamment jusqu'à la date de la décision, à savoir jusqu'au 2 juillet 2012) ? A mon avis non. • Est-ce qu'une expertise psychiatrique devrait être proposée à la Cour des assurances sociales ? Oui. » Par réponse du 29 novembre 2012, D. _____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Jean-Marie Agier, avocat, a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens. Il relève l'exhaustivité et la crédibilité de l'instruction médicale de l'OAI, ne légitimant pas en l'occurrence la mise en oeuvre d'une expertise par l'autorité administrative, d'autant que l'exception jurisprudentielle imposant la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique en matière de troubles somatoformes douloureux n'est pas réalisée. Par ailleurs, il rappelle le principe de la révision de la rente. Par déterminations du 25 février 2013, l'OAI a confirmé sa position du 5 novembre 2012. C. Par décision du 3 septembre 2012, l'OAI a rendu une seconde décision d'octroi de rente à 100% au bénéfice de l'assuré pour la période allant du 1^{er} octobre 2011 au 31 juillet 2012. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) 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 132 V 74 consid. 3.1). 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 ; 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 p. 69 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3). En l'occurrence, il a lieu de reconnaître à la Caisse de pensions A._____ la qualité pour recourir. En effet on constatera que D._____ était valablement assuré auprès de cette caisse lors de la survenance de son incapacité de travail en octobre 2010 et que dans la mesure où les constatations et appréciations de l'OAI sont susceptibles d'être contraignantes à l'égard de la recourante s'agissant du droit à la rente, celle-ci a qualité pour agir. d) En définitive, le présent recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA) auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) est recevable, de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond. 2. a) En l'occurrence, le litige porte sur l'octroi d'une rente AI à l'assuré, plus particulièrement sur la question de savoir si la détermination du degré d'invalidité est suffisamment documentée sur le plan médical. b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (TF 9C_167/2013 du 24 avril 2013 consid. 3 ; ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243 ; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Toutefois, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102 ; TF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). En l'occurrence, il convient de déterminer si le rapport médical des Dresses B._____ et W._____ du 29 juin 2012 peut être pris en compte dans le cadre du présent litige, ce dernier ayant été enregistré par l'OAI le 5 juillet 2012, soit postérieurement à la décision litigieuse. En l'occurrence, le rapport porte sur la période de traitement entre décembre 2011 et juin 2012, soit sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré avant la décision litigieuse. En conséquence, il est admissible de se référer également à cette appréciation médicale. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 6 LPGA in fine). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V201 consid. 7.1.1 p. 211 ; 102 V 165 ; cf. aussi ATF 127 V294 consid. 4c p. 298 ; TF 9G_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9G_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; RGG 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités ; I 778/05 du

E. 11

janvier 2007 consid. 6.1). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 ses 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 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Les constatations émanant de médecins consultés par la personne assurée doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). 4. a) Le degré d'invalidité de l'assuré a certes été déterminé exclusivement sur la base des rapports successifs de ses médecins psychiatres traitants. Cependant, ces rapports ne suscitent aucune réserve quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations émises par les médecins traitants. En effet, les cinq rapports médicaux au dossier établis respectivement les 7 février 2011, 31 mai 2011, 8 août 2011, 16-17 novembre 2011, ainsi que le 22 novembre 2011 par le Dr R. _____ et ses supérieurs répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. On soulignera en effet que les médecins en charge de l'assuré ont fait état d'une anamnèse précise (cf. rapports des 31 mai 2011 et 16-17 novembre 2011). Ils ont également procédé à l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assuré durant plus d'une année sur la base d'un suivi psychiatrique et psychologique régulier ainsi qu'en se fondant sur un suivi ergothérapeutique très conséquent. Les plaintes du patient sont rapportées exhaustivement et ne contredisent pas les constatations cliniques. Les médecins ont de plus procédé à des examens somatiques pour exclure toute atteinte organique à l'origine des troubles constatés. Sur le plan diagnostique, on notera que la description des troubles correspond à la symptomatologie figurant dans la CIM-10 en relation avec l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et que le score à l'échelle de dépression de Hamilton confirme le diagnostic d'une part et le caractère lentement progressif de l'évolution d'autre part. Plus particulièrement le score baisse de 26 à 24 entre le début du traitement et le mois de novembre 2011. On soulignera de plus que ces rapports sont circonstanciés, exhaustifs, clairs et cohérents les uns par rapport aux autres, de sorte que leurs conclusions concordantes sont ainsi convaincantes. En outre, il n'existe pas de contradiction entre les observations cliniques des médecins et les observations factuelles des collaborateurs de l'OAI, en l'espèce, celles relevées par la spécialiste en réinsertion professionnelle dans son rapport du 2 août 2011 et par l'auteur du rapport du 22 février 2012 du service de réadaptation. Tous deux évoquent en effet chez l'assuré un état s'apparentant à un épisode dépressif. On relèvera enfin que le SMR, consulté en cours de procédure administrative ne contestait pas en février 2012 l'évaluation du Dr R. _____ et de ses supérieurs relative à l'état de santé de l'assuré. En effet, l'auteur du rapport du 29 février 2012, au demeurant psychologue, se réfère expressément à une annotation du journal médical portée en date du 24 février 2012 par le SMR. Ce service estimait alors impossibles les mesures de réadaptation. Il convient de déduire de cette appréciation que le SMR considérait la capacité de travail de l'assuré comme nulle. b) A cela s'ajoute que dans le cas particulier, le médecin traitant de l'assuré n'a pas apprécié seul l'état de santé de son patient mais sous le contrôle et la supervision d'un autre médecin, plus expérimenté, en l'occurrence une cheffe de

clinique adjointe (Dresse J. _____) ou un médecin associé (Dr H. _____). Ce double regard sur la situation d'un patient est garant d'une certaine objectivité. Par ailleurs, les médecins psychiatres traitants de l'assuré depuis décembre 2011, les Dresses B. _____ et W. _____, confirment dans leur rapport du 29 juin 2012, motifs à l'appui, l'appréciation de leurs confrères précédemment en charge du traitement de l'assuré. A l'inverse, l'avis du SMR du 24 octobre 2012 n'est pas motivé; notamment il n'explique pas pourquoi l'évolution de l'état de santé de l'assuré serait anormalement lente, ni pourquoi la capacité de travail ne serait pas nulle. c) Cela étant, la valeur probante des rapports des médecins traitants de l'assuré ne saurait être remise en question. d) La recourante se prévaut de la jurisprudence, plus particulièrement de l'ATF 130 V 396 consid. 5.3. et 6, pour soutenir qu'une expertise psychiatrique est en l'occurrence indispensable. Or, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique au sens de la LAI et de la LPGA suppose en principe la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6 ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a certes conféré un caractère impératif à l'expertise psychiatrique mais en l'occurrence ce caractère impératif se rapporte à l'hypothèse d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Or, ce diagnostic n'a ni été posé, ni même évoqué dans le cas d'espèce. A cela s'ajoute que l'élément déterminant pour la valeur probante en matière médicale réside dans le contenu et non dans la dénomination du moyen de preuve (cf. consid. 3d ci-dessus). En l'occurrence, les qualités intrinsèques des rapports des médecins traitants, de surcroît psychiatres, de l'assuré sont telles qu'une expertise psychiatrique ne se justifie pas. e) Enfin, la recourante s'étonne de la durée de l'incapacité de travail de l'assuré au motif notamment que la dépression serait une affection temporaire. La recourante perd néanmoins de vue que cette atteinte peut devenir chronique. Par ailleurs, dans l'hypothèse d'une constance de l'état dépressif de l'assuré tant sous l'angle de la gravité que de la durée qui ne serait pas objectivée, la prochaine révision fixée par l'OAI en décembre 2012 déjà garanti à la recourante un réexamen de l'état de santé de l'assuré à brève échéance. 5. a) Cela étant, le recours de la Caisse de pensions A. _____, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 2 juillet 2012 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). c) D. _____, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. à la charge de la recourante (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.