

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourante,

L._____, à Prilly, assuré,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré), né en 1967, sans formation, a oeuvré en qualité de préparateur de laboratoire du 1^{er} février 2000 au 30 avril 2006 auprès de Z._____ SA, puis du 1^{er} mai 2006 au 30 novembre 2008 auprès d'A._____ Sàrl, son dernier jour de travail effectif ayant été le 3 juin 2008. Les rapports de travail ont ensuite été résiliés par l'employeur en raison de l'absence prolongée de l'assuré. Celui-ci a déposé une demande de prestations AI le 18 septembre 2009 en indiquant présenter un état dépressif sévère depuis juin 2008.

Dans son rapport médical du 6 octobre 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr F._____, médecin traitant, a diagnostiqué une dépression sévère chronique, en précisant que son patient présentait une incapacité de travail totale depuis le 13 juin 2008.

Le Dr E._____, psychiatre traitant depuis janvier 2009, a posé dans son rapport médical du 23 novembre 2009 à l'OAI le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, existant depuis fin 2007. Il a retenu que l'activité exercée était encore exigible au taux de 50%, en précisant que le rendement serait réduit, en raison de l'état de fatigue psychique et physique du patient. Le Dr E._____ a encore relevé que le patient lui avait été adressé par le Dr F._____ vu que sa santé psychique s'était dégradée. Les symptômes présentés par l'assuré étaient un état général morose et ralenti, une fatigabilité, une diminution de l'intérêt et du plaisir, des idées auto-dévalorisantes avec culpabilité, perte de confiance et incapacité de se projeter dans un avenir réel.

Par avis médical du 1^{er} décembre 2009, le Dr I._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a relevé que selon le psychothérapeute, G._____, qui travaillait dans le cabinet du Dr E._____, une mesure de réadaptation pourrait être bénéfique à l'assuré,

pour autant qu'elle se fasse dans un endroit et une activité valorisants. Il proposait un réseau. Dans son avis médical du 2 mars 2010, le Dr I. _____ a relevé qu'un réseau avait eu lieu le 22 février 2010, mais que l'état de santé de l'assuré paraissait s'être aggravé depuis la fin de l'année 2009, si bien que la mise en place d'une mesure n'était actuellement pas possible, l'état n'étant pas stabilisé. L'OAI a ainsi communiqué à l'assuré le 5 mars 2010 qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnelle n'était possible en l'état.

Sur requête du Dr I. _____ du SMR, le Dr E. _____ lui a fait savoir par rapport médical du 12 avril 2010 que l'état de l'assuré s'était stabilisé mais que l'évolution était lente, le pronostic étant réservé. Il précisait que le patient suivait son traitement de manière régulière. Le Dr E. _____ décrivait pour le surplus la symptomatologie actuelle de son patient de la façon suivante:

"Etat dépressif sévère sans symptôme psychotique
Etat d'anxiété généralisé
Etat général morose avec idées suicidaires omniprésentes dans son discours
Perte de motivation, troubles alimentaires et troubles du sommeil
Diagnostic: F 32.2"

Par avis médical du 12 mai 2010, le Dr O. _____ du SMR a constaté des contradictions entre la capacité de travail du point de vue psychiatrique telle que posée dans le rapport du 23 novembre 2009 du Dr E. _____ et l'absence de signes correspondant à un épisode dépressif sévère. Dans ces conditions, un examen psychiatrique était demandé au SMR.

L'assuré a été examiné le 9 juin 2010 par le Dr S. _____, psychiatre du SMR. Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 26 juillet 2010, ce spécialiste a constaté que l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis juin 2008 tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), et les limitations fonctionnelles

suivantes: grande fragilité psychologique, difficultés à gérer le stress, troubles de la mémoire avec diminution des capacités de concentration et d'attention, effondrement des ressources d'adaptation, difficultés à organiser le temps, difficultés à gérer le quotidien et les tâches administratives, difficulté de gestion des émotions, repli sur soi, ralentissement psychomoteur.

Dans son rapport du 13 août 2010, le Dr W. _____ du SMR a constaté que l'examen du Dr S. _____ du 9 juin 2010 confirmait le diagnostic d'épisode dépressif sévère, la sévérité de l'état ne laissant pas de place pour l'instant à des mesures de réinsertion professionnelle. Il était convenu de revoir l'assuré dans une année pour réévaluer son état de santé.

Le 6 septembre 2010, l'OAI a adressé à l'intéressé un projet d'acceptation de rente préavisant en faveur de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2010.

Le 23 septembre 2010, la X. _____ (ci-après: la Fondation ou la recourante) a demandé à l'OAI de lui envoyer une copie complète du dossier de l'assuré, en sa qualité d'institution de prévoyance de ce dernier.

La Fondation s'est déterminée le 5 octobre 2010 sur le projet d'acceptation de rente du 6 septembre 2010, en faisant valoir que Q. _____, auprès de laquelle l'assuré était réassuré pour le risque d'invalidité dans le cadre de la LPP (loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40), avait mandaté le Centre d'expertise médicale (CEMED) de [...] en janvier 2009 afin qu'il évalue la capacité de travail de l'assuré. Sur cette base, le dossier de l'assuré au niveau de la prévoyance professionnelle avait été clos. La Fondation relevait en outre qu'à compter du 30 novembre 2008, aucun certificat n'attestait d'une incapacité de travail en temps réel. Par ailleurs, dans le certificat médical du 28 janvier 2009 qu'elle produisait, le Dr F. _____ avait attesté d'une reprise du travail à 100% à compter du

30 novembre 2008, alors que ce même médecin faisait état d'une incapacité de travail ininterrompue dans son rapport à l'OAI du 6 octobre 2010. La Fondation précisait encore que le certificat médical du 28 janvier 2009 avait été fourni par l'assuré alors qu'il savait qu'il devait se soumettre à l'expertise demandée par Q._____, qu'il avait entrepris une psychothérapie dès le 5 janvier 2009, et que les attestations des 19 juin 2009 et 9 septembre 2009 faisaient état d'une "aptitude au placement diminuée", sans toutefois préciser le degré de la diminution. Les rapports du Dr E._____ des 23 novembre 2009 et 12 avril 2010 restaient également flous à ce sujet. Pour la Fondation, le Dr S._____ ne pouvait dès lors aboutir à la conclusion d'une incapacité de travail inchangée et entière depuis juin 2008. Pour elle, le dossier présentait des incohérences qui devaient être levées à l'occasion d'un examen approfondi.

Q._____ a communiqué à l'OAI le 7 octobre 2010 le rapport d'expertise du CEMED du 14 avril 2009. Il résultait de ce dernier que l'assuré avait été examiné le 19 février 2009 par le Dr U._____, psychiatre. Ce spécialiste n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, le diagnostic de tendances dysthymiques/dysphoriques étant sans répercussion sur la capacité de travail. Pour le Dr U._____, l'assuré était non compliant, et il n'y avait pas d'incapacité de travail, l'intéressé devant dès maintenant affronter l'idée d'une capacité de travail entière dans toute activité raisonnablement exigible en fonction de ses capacités et expériences, en précisant que ce dernier souhaiterait une activité sans trop de réflexion et de responsabilités.

Les Drs K._____ et S._____ du SMR ont étudié le rapport d'expertise du Dr U._____ et ont établi un avis médical à la teneur suivante le 15 novembre 2010:

"Suite au prononcé d'invalidité, en date du 6 septembre 2010, accordant une rente entière à l'assuré dès le 01.03.2010 pour un degré d'invalidité de 100 %, on reçoit une contestation de la X._____ en date du 05.10.2010, accompagnée d'une expertise du 19.02.2009 du Dr U._____ concluant à une pleine capacité de travail de l'assuré.

L'examen SMR psychiatrique du Dr S._____, en date du 09.06.2010, fait état d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, et conclut à une capacité de travail nulle de l'assuré dans toute activité professionnelle, et ceci à compter de juin 2008.

Voyons tout d'abord les similitudes entre les deux expertises:

- le traitement médical a commencé en juin 2008 pour les deux experts.
- les symptômes décrits: céphalées, «péter les plombs», sont identiques.
- Au chapitre des plaintes, elles sont superposables: dort mal, «moralement bas», «pas de goût à la vie», supporte mal son fils, pleure, a mal à la tête, ne supporte pas la foule, évite les magasins.
- Au chapitre des constatations, même constat: s'exprime peu, maussade, morose, le périmètre d'intérêt semble très réduit, personnalité particulière, «surtout en phase de régression».

Quelles différences y'a-t-il entre les deux examens cliniques? Le Dr S._____ ne décrit aucun élément de dysphorie dans son expertise. Le Dr U._____, lui, note de nombreux éléments dysphoriques dans son analyse: en parlant de l'assuré il pose régulièrement la question «à quoi ça sert?» et «se moque même en riant, lorsque nous voulons nous renseigner sur sa famille», il décrit l'assuré comme mécontent, son énergie vitale est maintenue, une bonne tonicité corporelle. L'assuré fait sentir à tout moment que l'entretien l'ennuie. Dans le rapport du Dr S._____, il n'est jamais fait état de variation de l'humeur, lors de tout l'interrogatoire. Le Dr S._____ fait, en outre, état d'un malaise avec hypertension durant l'examen.

Dans son rapport médical du 23.11.2009, le Dr E._____, psychiatre traitant de l'assuré, parle d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, évoluant depuis fin 2007 avec une incapacité totale de travail à compter de juin 2008 jusqu'au jour de son examen. Il fait état d'un traitement médical lourd sous forme d'antidépresseur, hypnotique et neuroleptique. Ces éléments chronologiques sont parfaitement en phase avec le rapport médical du Dr S._____.

Ces éléments sont aussi confirmés par le rapport médical du Dr F._____, médecin traitant de l'assuré, qui, lui, parle de dépression sévère chronique depuis juin 2008, entraînant une incapacité de travail totale.

Les trois examens cliniques des Drs S._____, E._____ et F._____ sont concordants, tant sur les dates que sur les diagnostics concernant l'assuré. L'analyse du Dr U._____ et ses conclusions sont surtout basées sur l'élément dysphorique noté lors de son expertise. La dysphorie est une perturbation labile de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangent de tristesse, d'anxiété, de tension, d'irritabilité. La dysphorie peut être expérimentée en dehors de toute pathologie psychiatrique mais elle est fréquente au cours de la dépression.

En conclusion, il convient de confirmer les conclusions de l'examen SMR du 13.08.2010 [recte: 9 juin 2010]. L'élément dysphorique,

comme constaté dans l'analyse du Dr U._____, semble avoir été un épisode passager d'amélioration de l'état de santé de l'assuré dans le cadre de son syndrome dépressif, amélioration non durable au sens de l'AI. Déjà en novembre 2009 le Dr E._____ parlait d'épisode dépressif sévère qui s'est prolongé, puisqu'en août 2010, date de l'examen SMR, il était toujours présent."

Le 12 décembre 2011, l'OAI s'est adressé à la Fondation en lui faisant savoir que son projet de décision était maintenu, reprenant les motifs exposés par avis médical SMR du 15 novembre 2010.

Par décision du 23 janvier 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} février 2012, en précisant que la décision pour la période du 1^{er} mars 2010 au 31 janvier 2012 serait notifiée ultérieurement.

B. Par acte du 27 février 2012 adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la X._____ a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'administration afin qu'elle rende une nouvelle décision. En substance, elle fait valoir qu'une incapacité de travail durable depuis le 3 juin 2008 n'est pas établie au stade de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, l'exigibilité d'une activité professionnelle et le rôle des facteurs psychosociaux n'ont pas été examinés. En outre, le degré de l'affection psychique n'est selon elle pas établi de manière convaincante. Elle produit en annexe à son écriture un certificat médical du 24 novembre 2008 du Dr F._____ dont il ressort que, consulté pour la première fois le 13 juin 2008, ce médecin atteste une incapacité de travail totale dès cette date, ainsi qu'un rapport initial de N._____ SA à [...] du 15 janvier 2009 ayant conduit Q._____ à demander la réalisation de l'expertise médicale au CEMED au début 2009.

Dans sa réponse du 26 avril 2012, l'intimé propose le rejet du recours, en renvoyant notamment à l'avis SMR du 15 novembre 2010.

Le 1^{er} mai 2012, le juge instructeur a ordonné l'intervention d'office de l'assuré à la procédure. Un délai lui a dès lors été imparti pour

se déterminer sur les écritures des parties et consulter le dossier de la cause.

Par écriture du 18 mai 2012, l'épouse de l'assuré a fait savoir à la Cour de céans que l'état de santé de son époux s'était dégradé et qu'il était actuellement hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de [...].

Dans sa réplique du 9 juillet 2012, la recourante maintient ses conclusions et renvoie pour le surplus à son recours.

E n d r o i t :

1. Le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) et selon les formes légales (art. 61 let. b LPGA), par une institution de prévoyance touchée par l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité fédérale, ce qui lui donne le droit de recourir (art. 49 al. 4 LPGA applicable selon l'art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20], cf. ATF 132 V 1 consid. 3). Il y a lieu d'entrer en matière.

2. La recourante conteste que l'assuré ait présenté une incapacité de travail totale et ininterrompue depuis le 3 juin 2008, en se fondant pour l'essentiel sur le rapport d'expertise du CEMED. Elle se plaint ainsi d'une violation des règles du droit fédéral sur la fixation de l'invalidité, y compris de celles concernant l'appréciation des preuves médicales.

a) Selon la jurisprudence, si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308 consid. 1). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance

du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5; 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération. En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2; TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008, consid. 2.3; TFA I 82/2003 du 29 août 2003, consid. 2.2 et les arrêts cités).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

L'assuré a droit à une rente, notamment, 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 let. b et c LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

c) 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 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2^e et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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. 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 les conclusions de l'expert 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 et I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.1).

3. En l'occurrence, la question litigieuse est de déterminer si l'atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité au degré retenu par l'office intimé, et dans l'affirmative depuis quelle date.

a) La recourante fait en premier lieu valoir que le dossier aurait été insuffisamment instruit et que les pièces médicales le composant seraient contradictoires. En outre, l'intimé ne se serait pas interrogé sur l'exigibilité et sur le rôle d'éventuels facteurs socioprofessionnels étrangers à la notion d'invalidité.

En l'occurrence, à la suite de l'avis médical SMR du 12 mai 2010 du Dr O. _____ évoquant certains doutes en lien avec l'évaluation de la capacité de travail sous l'angle psychiatrique, afin de s'assurer de la sévérité de l'atteinte de l'assuré, un examen psychiatrique a alors été mis en oeuvre auprès du SMR le 9 juin 2010. Au terme de son rapport d'examen du 26 juillet 2010, le Dr S. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le mois de juin 2008. Ce rapport a été établi consécutivement à l'examen clinique pratiqué le 9 juin 2010. Il se fonde en outre sur une étude des pièces au dossier, sur les plaintes de l'assuré et sur une anamnèse psychosociale et psychiatrique fouillée. L'appréciation du cas est claire et cohérente, sans éluder les écueils que constituent d'autres avis médicaux divergents. Le rapport du Dr S. _____ se révèle par ailleurs en adéquation avec plusieurs pièces médicales au dossier. Ainsi dans son rapport médical du 6 octobre 2009, le Dr F. _____, qui n'est certes pas psychiatre, retient lui aussi le diagnostic de dépression sévère chronique avec pour incidence une incapacité de travail totale depuis le 13 juin 2008. Quant au psychiatre traitant, le Dr E. _____, il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel sévère sans symptômes psychotiques avec une incapacité de travail évoluant depuis fin 2007. On constate dès lors que les examens cliniques des Drs S._____, E._____ et F._____ concordent, en particulier quant à la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Seul s'avère en définitive divergent l'avis médical du Dr U._____ dans son rapport d'expertise du CEMED du 14 avril 2009.

A réception de cette expertise médicale du CEMED, le dossier de l'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen (cf. avis médical SMR du 15 novembre 2010 des Drs K._____ et S._____), notamment par le psychiatre qui a procédé à l'examen de juin 2010 au SMR. Ce dernier a confirmé son appréciation et a motivé les raisons pour lesquelles il convenait de retenir une incapacité de travail totale. Le Dr S._____ relève ainsi que l'analyse et les conclusions du Dr U._____ sont principalement basées sur les nombreux éléments dysphoriques mis en évidence lors de son expertise. Or, l'élément dysphorique doit être considéré en tant qu'épisode passager d'amélioration de l'état de santé de l'assuré qui s'inscrit dans le cadre du syndrome dépressif diagnostiqué. Ce caractère d'amélioration "passagère" s'illustre notamment par le fait qu'en juin 2010, le Dr S._____ n'a fait état d'aucune variation de l'humeur de l'assuré. On retient que l'épisode dépressif sévère mis en évidence par le médecin traitant ainsi que par le psychiatre traitant était encore présent lors de l'examen pratiqué au SMR en juin 2010.

Quoi qu'en dise la recourante, le fait que l'assuré ait été imprécis dans l'établissement de son anamnèse (une fois fratrie de huit, une fois de douze enfants) n'est pas déterminant. Il en va de même du fait que l'assuré a débuté un suivi psychiatrique en janvier 2009, alors qu'il se trouvait en incapacité de travail totale dès le mois de juin 2008.

A l'aune de ce qui précède, on retient que le rapport d'examen du 26 juillet 2010 du Dr S._____ emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 2c supra. Il y a ainsi lieu d'admettre que l'intimé a suffisamment instruit le dossier médical de l'assuré. Considérant que le Dr S._____ conclut à une incapacité de

travail totale justifiée en toutes professions, ce médecin n'avait aucun motif de s'interroger sur l'exigibilité ainsi que sur le rôle d'éventuels facteurs socioprofessionnels étrangers à la notion d'invalidité. On rappelle ici par surabondance que s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques (facteurs socioprofessionnels) jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2; TF 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, consid. 5.2; les deux avec références citées). C'est ainsi en vain que la recourante reproche à l'office intimé une absence d'instruction quant à l'impact éventuel de facteurs socioprofessionnels sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le Dr E. _____ n'a pas attesté le 23 novembre 2009 que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50%, mais bien qu'il présentait non seulement une incapacité de travail de 50%, mais de surcroît une baisse de rendement imputable à un état de fatigue psychique et physique; le Dr E. _____ a certes indiqué dans son rapport médical du 23 novembre 2009 qu'une capacité de travail de 50% pourrait être exigible dès l'année suivante (soit 2010), mais il est apparu que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré, excluant finalement cette possibilité (cf. avis médical SMR du 2 mars 2010 et réponse du Dr E. _____ du 12 avril 2010).

b) En définitive, à l'exception de l'avis du Dr U. _____, au demeurant antérieur à celui du Dr S. _____, l'ensemble des appréciations médicales s'avèrent concordantes. Du point de vue médical, l'office intimé était donc fondé à retenir chez l'assuré une incapacité de travail totale dans toutes activités à compter du mois de juin 2008 en raison des

atteintes psychiques l'affectant, et à lui reconnaître le droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2010 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

4. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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'AI 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 500 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à l'assuré, lequel n'a au demeurant pas eu recours aux services d'un mandataire professionnel pour assurer la sauvegarde de ses droits. Il n'y a en outre pas matière à en allouer à la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; 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 rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice sont fixés à 500 fr. (cinq cents francs) et mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- L. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :