

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Métral et Küng, assesseur
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

CAISSE DE PENSIONS A. _____, à [...], recourante,

et

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

et

D. _____, à [...], intimé, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au
Service juridique d'intégration handicap, à Lausanne.

**Art. 6, 7, 8, 49 al. 4, 59 et 61 let. a LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 57a
al. 2 LAI**

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1980, titulaire d'un CFC d'employé de commerce, a travaillé en dernier lieu pour l'entreprise A. _____ SA (ci-après : A. _____ SA), ce jusqu'au 7 octobre 2010. L'assuré est en incapacité de travail à 100% depuis le 8 octobre 2010.

Il ressort d'un rapport médical établi le 7 février 2011 à l'attention de la compagnie I. _____ SA, assureur-maladie perte de gain, par les Drs R. _____ et J. _____, respectivement médecin assistant et cheffe de clinique adjointe au Service de psychiatrie O. _____, [...], du Département de psychiatrie du Centre médical E. _____, ce qui suit :

« Rapport intermédiaire pour l'assurance collective selon la LCA

(...)

1. Diagnostic(s) :

Episode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F30.22) [recte : F32.2]

2. Constats et statut psychologique actuels (y.c. qualification)?

Le patient est orienté aux quatre modes. Il n'y a pas de troubles florides de la lignée psychotique. Le discours est cohérent et informatif. On relève un trouble de l'humeur avec une baisse sévère de la thymie, une diminution de l'espoir en l'avenir, une auto dépréciation et une fatigabilité importante associée à des difficultés majeures de concentration. Il existe également une anxiété importante s'exprimant en particulier lors des contacts sociaux. On note une idéation suicidaire présente de façon intermittente. Le patient est revu après un suivi de plus de trois mois, on note une amélioration progressive des symptômes avec notamment un meilleur contact au niveau relationnel même si des idées de dépréciation sont encore présentes.

3. Quelles clarifications relatives au diagnostic ont été effectuées à ce jour? Quel est le résultat obtenu?

A ce jour, des investigations somatiques ont été effectuées en raison de difficultés mnésiques et attentionnelles présentées par le patient. L'ensemble des investigations neurologiques et des bilans biologiques et d'imagerie ont infirmé une pathologie organique sous-jacente.

4. Type de thérapie, médicaments prescrits et fréquence des séances?

Psychothérapie de soutien avec séances toutes les une à deux semaines, médicaments prescrits : antidépresseur ([...]) et anxiolytique ([...]).

5. Déroulement de la thérapie à ce jour? Des progrès ont-ils été réalisés? Si oui, lesquels?

A ce jour, M. D. _____ bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique en raison d'une symptomatologie dépressive sévère.

L'évolution s'avère lentement favorable avec notamment une diminution de l'anxiété et des angoisses, un meilleur contact avec autrui sur le plan social et une amélioration thymique avec un regain d'espoir en l'avenir.

6. Quelles sont les répercussions actuelles de l'affection sur la vie quotidienne du patient (famille, profession, loisirs, contacts)?

Appauvrissement des contacts sociaux en raison d'une anxiété importante lors des contacts avec autrui. Irritabilité et baisse de la concentration entraînant une perte d'estime de lui. Difficultés attentionnelles et mnésiques. Ralentissement psychomoteur dans l'ensemble des AVQ [activités de la vie quotidienne]. Fatigabilité majeure.

7. Selon vos estimations, dans quel laps de temps l'assuré pourra-t-il retrouver une capacité de travail lui permettant de reprendre une activité professionnelle correspondant à celle exercée en dernier lieu, éventuellement aussi à un autre poste? Comment justifiez-vous ce délai?

A ce jour, M. D. _____ présente la persistance d'une symptomatologie dépressive sévère. L'évolution s'avère lentement favorable laissant ainsi présager la possibilité d'une reprise d'activité professionnelle à moyen terme (trois mois).

A ce jour, une reprise à court terme (moins de trois mois) sur le plan professionnel s'avère peu probable au vu de la fragilité psychique de M. D. _____ et de la sévérité de son trouble thymique.

8. En incapacité de travail depuis le?

15 octobre 2010 à 100%.

**9. Reprise du travail le ?
Prévu le?**

Poursuite d'une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée à ce jour.

(...). »

L'assuré a déposé le 10 avril 2011 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). A l'appui de sa demande, il a indiqué souffrir d'une dépression nécessitant un traitement psychiatrique, auprès du Centre médical E. _____ (ci-après : Centre médical E. _____).

Il ressort du « Questionnaire pour l'employeur » rempli le 11 mai 2011 par A. _____ SA que l'assuré avait été engagé par cette entreprise en mars 2007 en qualité de « technico-commercial vente interne ». Le contrat de travail avait été résilié par l'employeur pour « multiples comportements inadéquats » avec effet au 31 mars 2011, le dernier jour de travail effectif de l'assuré ayant été le 7 octobre 2010. Ce rapport mentionne également que l'assuré était affilié à la « Caisse de pensions A. _____ » (i.e. la Caisse de pensions A. _____) au titre du 2^{ème} pilier lors de la survenance de son incapacité de travail.

Dans un rapport médical à l'attention de l'OAI du 31 mai 2011, les Drs R. _____ et J. _____ ont confirmé leur diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) existant depuis le 13 octobre 2010, date de la première consultation, et ayant pour effet une incapacité de travail à 100%. Sur le plan de l'anamnèse, ces médecins ont précisé que leur patient présentait une symptomatologie dépressive sévère avec notamment une anhédonie, une baisse de l'estime de soi, une perte de l'espoir en l'avenir, une aboulie, des troubles du sommeil à type d'insomnie et une idéation suicidaire envahissante. Au cours du suivi psychiatrique et psychothérapeutique instauré, la symptomatologie s'était légèrement améliorée avec notamment un plaisir retrouvé pour certaines activités. Il persistait cependant une thymie sévèrement déprimée

associée à un ralentissement psychomoteur, des difficultés attentionnelles majeures ainsi que des problèmes importants en ce qui concernait la planification et l'organisation des diverses activités du quotidien, de même que des idées suicidaires présentes de façon intermittentes. Ces praticiens ont précisé notamment que l'assuré présentait des problèmes de concentration avec un discours néanmoins cohérent et informatif. Ils notaient l'absence de symptômes psychotiques florides mais une anxiété majeure tendant à immobiliser le patient dans son quotidien et pronostiquaient une lente amélioration de son état psychique laissant présager d'une évolution très lentement favorable. Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier en cours, associé à la prise en charge ergothérapeutique, laissait entrevoir une possible amélioration de son état de santé. Néanmoins, les Drs R._____ et J._____ ne pouvaient se prononcer quant à une reprise de l'activité professionnelle. Il leur semblait prématuré d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle et ils réservaient une réévaluation de l'état de santé psychique dans les trois à quatre mois. Pour le surplus, le patient bénéficiait alors d'une psychothérapie de soutien au Service de psychiatrie O._____ à raison d'un rendez-vous en moyenne toutes les une à deux semaines et suivait par ailleurs des séances d'ergothérapie. Sa médication journalière comprenait un antidépresseur ([...]) et un anxiolytique ([...]), ainsi que, en réserve, un sédatif ([...]). Les restrictions psychiques consistaient en un trouble de la mémoire à court et moyen terme, une diminution des capacités d'organisation concrètes de l'activité, une diminution importante de la prise d'initiatives dans l'activité, tout cela associé en particulier à une baisse d'attention au travail ainsi qu'à un effort nécessaire important pour se centrer sur une tâche avec fatigue en conséquence.

Dans un rapport initial IP (insertion professionnelle) du 2 août 2011, une collaboratrice de l'OAI, spécialiste en réinsertion professionnelle, a conclu que l'état de santé de l'assuré ne permettait pas la mise en place de mesures, son état n'étant pas stabilisé. Elle a particulièrement constaté que l'assuré était amoindri physiquement, marchant recourbé et sans énergie, que sur le plan cognitif l'assuré avait affirmé, à la fin de l'entretien, ne pas se souvenir de ce qui avait été dit

mais qu'il avait fait deux ou trois remarques laissant à penser que sa capacité de réflexion n'était pas encore trop affectée et que sur le plan émotionnel, il avait essuyé à plusieurs reprises des larmes durant l'entretien. Dans ces conditions, il semblait pour l'instant difficile d'imaginer une mesure de réinsertion, ce d'autant plus que presque toutes les matinées de l'assuré étaient occupées par des thérapies.

Dans le cadre de sa proposition du même jour, cette spécialiste a ainsi réaffirmé que des mesures de réinsertion et d'orientation professionnelles n'étaient pas possibles en l'état pour des raisons de santé objectives. Elle a justifié sa position de la manière suivante :

« Selon le SMR et les pièces médicales reçues au sujet de notre assuré, l'état de santé de Monsieur D. _____ n'est pas stabilisé et il s'avère prématuré d'envisager des mesures de réadaptation pour l'instant. Il est ainsi pour l'heure difficile d'estimer quelle sera son exigibilité dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Lorsque l'état de santé sera stabilisé, il y aura lieu de réétudier la situation, notamment si des MOP [mesures d'orientation professionnelle] doivent être entreprises, afin de diminuer le préjudice économique (notre assuré aurait droit à des MOP, étant donné son préjudice économique).

Le SMR suggère, par ailleurs, de demander, fin octobre, un rapport médical au Dr R. _____. La situation médicale n'est pas stabilisée et aucune mesure (MIP/MOP/MR) n'est possible pour le moment. »

Dans un rapport médical du 8 août 2011 à la compagnie I. _____ SA, les Drs R. _____ et J. _____ ont mentionné un score de Hamilton de 29 confirmant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et ont rappelé notamment que leur patient présentait des difficultés importantes concernant la concentration, les rapports avec autrui et la gestion d'angoisses malgré une amélioration lentement progressive. Quant à la capacité de travail permettant à l'assuré de reprendre une activité professionnelle, elle pouvait être retrouvée dans un laps de temps de quatre à cinq mois avec les symptômes actuels s'estompant progressivement.

Dans un rapport médical du 16 novembre 2011, les Drs R._____ et H._____ (médecin associé au Service de psychiatrie O._____ du Département de psychiatrie du Centre médical E._____) ont réaffirmé le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.10) [recte : F 32.2]. Dans ce cadre, ces médecins ont expliqué que depuis le mois de juillet 2011, la situation globale s'était légèrement améliorée avec un amendement progressif des idées suicidaires malgré une humeur toujours diminuée et des difficultés au niveau de la concentration et du contrôle des émotions. L'état psychique de leur patient avait pu se stabiliser avec des activités ergothérapeutiques et des suivis psychologiques et psychiatriques réguliers. Il restait toutefois comme élément notable une fatigue importante, un ralentissement psychomoteur ainsi que des difficultés au niveau des contacts sociaux en rapport avec des angoisses importantes. L'arrêt de travail était toujours d'actualité avec un projet de poursuite des soins dans le but de pouvoir envisager des mesures de réadaptation professionnelle. Sur le plan anamnestique, ces médecins ont écrit ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

Il s'agit d'un homme de 31 ans ayant consulté initialement aux urgences psychiatriques du Centre médical E._____ le 13.10.2010 suite à un sentiment de confusion et de perte de contrôle avec un contexte d'épisode agressif au travail les jours précédents, suite à une péjoration de son état depuis environ un an avant sa consultation initiale avec des symptômes dépressifs marqués, notamment des angoisses, une idéation suicidaire et des difficultés au niveau du sommeil.

Une crainte importante était focalisée sur la notion de perte de contrôle sur sa colère avec une notion de pression importante au niveau du travail. Il notait depuis plusieurs mois une augmentation de la charge et du rythme de travail.

Au fur et à mesure du suivi, un état dépressif marqué a pu être objectivé avec notamment un ralentissement important, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil ainsi qu'une irritabilité augmentée. Malgré des épisodes d'amélioration la situation globale s'est plutôt stabilisée dans cette configuration avec un évitement des contacts sociaux et un mal-être permanent avec un pessimisme par rapport à l'avenir et une perte de confiance en soi marquée.

Au cours du suivi, un traitement anxiolytique a été initialement débuté ainsi qu'un traitement antidépresseur puis un début de prise

en charge au niveau ergothérapeutique a été initié avec de bons résultats malgré une amélioration lentement progressive.

M. D. _____ limitait pendant cette année ses contacts sociaux réguliers et à sa famille ainsi qu'aux différents soignants mais évitait au maximum des situations qui l'angoissaient beaucoup, notamment des endroits où de nombreuses personnes étaient présentes.

Au niveau thérapeutique, il est suivi actuellement au niveau psychiatrique au Centre médical E. _____ à la fréquence moyenne d'une fois par semaine ainsi qu'à Hôpital de [...] au niveau psychologique à la même fréquence hebdomadaire et bénéficie d'activités ergothérapeutiques pluri-hebdomadaires.

Les symptômes actuels sont principalement des troubles du sommeil avec des insomnies marquées, une fatigabilité importante et une baisse de l'humeur persistante. Il y a une diminution importante de l'intérêt ou du plaisir ainsi qu'un ralentissement psychomoteur toujours présent malgré une amélioration depuis ces derniers mois. Il existe également un sentiment de dévalorisation important et un manque de confiance en soi et des difficultés de concentration par rapport à son état antérieur. Des idées suicidaires restent présentes et on note également une attitude pessimiste par rapport à l'avenir. On note également une anxiété importante avec des angoisses lors de contacts sociaux en dehors des suivis de soins et enfin il existe une perte d'espoir importante concernant son état psychique qu'il ne voit pas s'améliorer avec le temps. »

Au niveau médical, en plus des éléments abordés dans l'anamnèse, ces praticiens ont également constaté qu'il n'existait pas de troubles de l'orientation ni de troubles du discours chez l'assuré même si on notait chez lui une impression de parasitage au niveau du cours de la pensée par moments avec des idées itératives concernant les sujets de discussion récents oubliés. En matière de pronostic, les Drs R. _____ et H. _____ ont indiqué qu'une amélioration de l'état psychique de l'assuré et de ses capacités intellectuelles était à prévoir dans le cadre d'une poursuite régulière des différents suivis tant psychologiques qu'ergothérapeutiques. En outre, une amélioration progressive de sa situation globale sur plusieurs mois était envisagée. Concernant la nature et l'importance du traitement, ces praticiens ont relevé que le suivi de l'assuré passait par une psychothérapie intégrée de soutien au niveau psychiatrique avec traitement médicamenteux par antidépresseur et des consultations environ une fois par semaine avec une importance notamment concernant le bilan régulier sur ses symptômes ainsi que sur les différents suivis en cours. Le traitement consistait également en un suivi psychologique avec une consultation environ une fois par semaine

avec une approche de type cognitivo-comportementale travaillant essentiellement sur les idées pessimistes et les troubles de la concentration. Quant au suivi ergothérapeutique, il était également en cours avec plusieurs sessions par semaine où le travail s'était progressivement amélioré avec un objectif de fabrication d'objets atteint. Si l'incapacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de vendeur était de 100%, une activité adaptée était en revanche possible depuis mars 2011 à raison de deux heures par jour avec un encadrement important et des contrôles réguliers par rapport à des travaux manuels simples. Les médecins de l'assuré ont ainsi estimé que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle avec un degré d'activité de 10 à 20% dès mars 2012.

Dans une annexe psychiatrique à ce rapport, datée du 17 novembre 2011, le Dr R._____ a précisé que l'assuré présentait des troubles fonctionnels dont il fallait tenir compte, notamment des angoisses, des difficultés de concentration et de projection professionnelle, de l'irritabilité et de la colère par rapport à sa situation, avec tristesse et pleurs. Ces éléments engendraient des difficultés relationnelles, de l'hostilité ou de l'agressivité, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés liées aux tâches administratives et d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne et une hypersensibilité au stress. Ce médecin a également précisé que les fonctions cognitives de l'assuré étaient limitées, en particulier sa capacité de concentration, d'attention, de compréhension, d'organisation/planification ainsi que sa capacité d'adaptation au changement. En dernier lieu, le Dr R._____ a relevé qu'une activité était encore possible mais de manière fluctuante, en raison des troubles cognitifs de l'assuré, de sa fatigabilité importante et de ses angoisses.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2011 à l'attention de la compagnie I._____ SA, les Drs H._____ et R._____ ont écrit notamment ce qui suit :

« **1. Diagnostic(s) CIM 10 :**

Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.20)

2. Constats et statut psychologique actuels :

Humeur abaissée avec idées de dévalorisation importante, pessimisme et perte d'espoir en l'avenir. Troubles du sommeil importants avec insomnie et réduction de la durée du sommeil depuis plusieurs mois, perte d'intérêt et de plaisir pour beaucoup d'activités, ralentissement psychomoteur épisodique, difficultés de concentration importantes avec des difficultés de maintenir l'attention pendant une période prolongée. Amnésies fréquentes avec crises émotionnelles à type de colère ou tristesse réactionnelle, idées suicidaires toujours envahissantes sans projet précis de passage à l'acte, pas de trouble du discours ni de l'orientation, pas de troubles psychotiques florides ni de délire. Bonne conscience de sa maladie avec un maintien du lien au service de soins irréprochable.

Score Hamilton au début du traitement : 26

Score à l'heure actuelle : 24.

(...)

5. Qui assure le suivi psychiatrique du patient?

Dr R._____, médecin assistant au Service de psychiatrie
O._____, [...], Centre médical E._____.

6. Déroulement de la thérapie à ce jour? Des progrès ont-ils été réalisés? Si oui, lesquels?

Amélioration de la prise de conscience des différents symptômes et des difficultés éprouvées, des progrès ont été réalisés notamment concernant les contacts extérieurs avec des plannings le poussant à rencontrer différentes personnes pendant la semaine, notamment les séances d'ergothérapie, restructuration progressive avec persistance de troubles notamment concernant la concentration, l'attention ainsi que des amnésies fréquentes entraînant des crises émotionnelles plus facilement gérables cependant.

7. Quelles sont les répercussions actuelles de l'affection sur la vie quotidienne du patient?

Au niveau famille, pas de répercussion majeure, au niveau professionnel, arrêt de travail avec dernier jour d'activité avant la première consultation aux urgences. Au niveau des loisirs, perte d'intérêt et de plaisir. Au niveau des contacts, appauvrissement des contacts sociaux en raison d'angoisses envahissantes.

8. Selon vos estimations, dans quel laps de temps l'assuré pourra-t-il retrouver une capacité de travail lui permettant de reprendre une activité professionnelle

correspondant à celle exercée en dernier lieu, éventuellement aussi à un autre poste? Comment justifiez-vous ce délai?

Probablement dans un laps de temps d'environ 6 à 8 mois à un autre poste moins exigeant et avec un temps de travail diminué pendant 6 mois.

Nécessité actuelle de poursuivre les séances d'ergothérapie avec des suivis réguliers afin qu'il puisse continuer à améliorer sa capacité de concentration et d'attention en rapport avec une tâche et qu'il puisse éprouver des contacts sociaux réguliers sans être paralysé par l'angoisse notamment physique.

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

**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 antidépressif 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 un 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 répons 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 LPG) 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 fériés 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 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).

**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 2 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la Caisse de pensions A._____.
- IV.** La Caisse de pensions A._____ versera à D._____ 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Caisse de pensions A. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'intégration handicap (pour D. _____),
- 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).

Le greffier :