

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

CAISSE DE PENSION J. _____, à [...], recourante, représentée par Daniel C. Bürgi, à Port,

et

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

Art. 23 let. a LPP

E n f a i t :

A. L'assurée T._____, décédée le [...] 2011, a travaillé comme cuisinière auprès de l'Institution " [...]" du 1^{er} décembre 2007 au 26 mars 2009. Elle était à ce titre assurée en prévoyance professionnelle auprès de la caisse de pension J._____. (ci-après: J._____).

Le 17 août 2009, T._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, précisant quant au genre d'atteinte "burn out - dépression" depuis le 8 avril 2009.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée, a établi un rapport médical le 8 septembre 2009. Il a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de burn-out, conflit professionnel et personnalité émotionnellement labile (F 60.31), existant depuis mars 2009, et les diagnostics n'affectant pas la capacité de travail d'abandonnisme et de suicidalité plus ou moins forte, présent depuis 1998. Il mentionnait des accès de paniques, une dépression secondaire au conflit professionnel et sentimental, une dépression constante, des troubles sévères du sommeil, des idées suicidaires, une grande instabilité d'humeur et une perte de contrôle de soi. Le pronostic était favorable après un temps de récupération et de réadaptation. Il indiquait que l'assurée avait toujours récupéré sa capacité de travail après la fin de l'épisode dépressif et des idées suicidaires, et préconisait une reprise rapide d'une activité de transition à temps partiel.

Dans un rapport du 27 juin 2010, le Dr Z._____ faisait état de crises répétitives de panique lors de conflits sentimentaux et professionnels, d'un burn-out en avril 2009, d'une récupération lente et de rechutes durant la reconstruction, d'une personnalité émotionnellement labile (F60.31), d'infantilisme affectif et d'abandonnisme, d'idées suicidaires redondantes, d'état dépressif chronique sous-jacent (F32.10)

ainsi que d'infantilisme narcissique et d'une faible estime de soi. Il retenait un risque sévère de rechute et de décompensation. Il attestait une incapacité de travail totale du 8 avril 2009 au 30 avril 2010. Il précisait que le compromis d'une activité de cuisinière à 50% était le plus adapté compte tenu de la clinique depuis le mois d'avril 2009, voire depuis plusieurs années, ayant constaté un affaiblissement progressif des défenses de sa patiente contre les paniques (il connaissait la patiente depuis 30 ans). Le Dr W._____, médecin conseil de la Q._____, assurance maladie perte de gain, a validé cette appréciation.

Dans un rapport du 13 septembre 2010, le Dr R._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a retenu que le psychiatre traitant attestait une capacité de travail de 50% au maximum dans le domaine de compétence de l'assurée, domaine dans lequel elle avait le plus de chances de réaliser sa capacité de travail résiduelle. Le Dr R._____ constatait en outre que l'assurée avait fait l'objet de mesures d'intervention précoce et malgré une place de travail adaptée à ses connaissances (cuisinière dans un établissement médico-social), il n'avait pas été possible d'augmenter le temps de travail au-delà de 50%. Il admettait ainsi une incapacité de travail totale du 30 mars 2009 au 31 mars 2010 et une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} avril 2010.

Par projet d'acceptation de rente du 24 décembre 2010, l'OAI a alloué à T._____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, ainsi qu'une demi-rente à compter du 1^{er} juillet 2010, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé.

J._____ a contesté ce projet le 28 janvier 2011, arguant que l'assurée n'était pas affiliée à l'institution de prévoyance lors de la survenance de l'incapacité de travail ouvrant son droit à la rente d'invalidité, au motif que le Dr Z._____ avait confirmé "une longue histoire de maladie qui a commencé avant l'affiliation" et préconisé une activité professionnelle à 50% depuis plusieurs années.

Dans un avis médical du 18 février 2011, le Dr D. _____ du SMR s'est prononcé en ces termes:

"Cette assurée s'est vue reconnaître une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis mars 2009 pour «personnalité émotionnellement labile».

Aucune pièce au dossier n'atteste, ni ne permet de valider une incapacité de travail durable antérieure à mars 2009.

L'affaiblissement progressif des défenses contre les paniques, attesté par le Dr Z. _____ dans son rapport du 27.06.2011, résulte vraisemblablement de l'évolution naturelle de l'affection. Il n'est pas en lien de causalité directe avec l'activité professionnelle exercée et ne saurait ni fonder une incapacité de travail d'au moins 20% antérieure à mars 2009, ni permettre d'établir que l'assurée a travaillé au dessus de ses forces avant cette date."

Par décisions des 18 juillet et 20 septembre 2011, l'OAI a confirmé son préavis en retenant qu'au vu de l'enquête ménagère effectuée le 30 mai 2011, l'assurée devait être considérée comme active à 100%. Par conséquent, le revenu sans invalidité dont il fallait tenir compte en 2010 était de 76'040 fr. 20 ($[4'932 \text{ fr. } 40 \times 13 \times 100 : 85] \times 0.8\%$ pour l'indexation). De plus, la capacité de travail étant de 50% dans toute activité dès le 1^{er} avril 2010, le revenu d'invalidé exigible représentait le 50% du salaire sans invalidité. La comparaison des revenus se présentait dès lors de la manière suivante:

Sans invalidité: 76'040 fr. 20

Avec invalidité: 38'020 fr. 10

Par conséquent, la perte de gain s'élevait à 38'020 fr. 10, correspondant à un degré d'invalidité de 50%. Il s'ensuivait qu'une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, était allouée pour la période du 1^{er} mars 2010 au 30 juin 2010, puis une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50%, était accordée dès le 1^{er} juillet 2010. La décision du 18 juillet 2011 fixait le montant de la demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2011; la décision du 20 septembre 2011 se prononçait

sur le montant de la rente entière puis de la demi-rente, pour la période du 1^{er} mars 2010 au 31 juillet 2011.

B. Par actes des 19 septembre et 29 octobre 2011, J._____ a recouru contre les décisions des 18 juillet et 20 septembre 2011. Elle conclut à l'annulation des décisions, à la mise en œuvre d'une expertise par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), à la fixation d'un nouveau taux d'invalidité et à la reconnaissance de son défaut de compétence dans le cas de T._____. Pour l'essentiel, elle soutient qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, l'assurée T._____ n'était pas affiliée auprès d'elle, de sorte qu'il ne lui appartient pas de prendre en charge le cas. Elle produit un rapport médical du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, établi le 7 septembre 2011 à sa demande, dont il ressort en substance ce qui suit (selon la traduction de l'allemand en français):

"Dans votre courrier du 15.08.2011, vous m'avez demandé d'examiner la personne susmentionnée et d'établir sur la base de mon examen et du dossier de la patiente (ou uniquement sur la base du dossier médical, si l'assurée devait ne pas se présenter) une expertise psychiatrique avec anamnèse, constats et diagnostic, et, en conclusion, une prise de position quant à la capacité de travail résiduelle dans l'activité actuelle ou une activité adéquate.

L'assurée ne s'étant pas présentée aux deux rendez-vous des 17 et 23 août 2011 et n'ayant pas donné de ses nouvelles, il s'agit donc d'une expertise fondée sur l'examen de son dossier.

[...]

A. ANAMNÈSE

Remarque préalable:

N'ayant pas pu examiner moi-même l'assurée et le dossier ne comprenant que des indications rudimentaires sur son anamnèse personnelle, je ne peux malheureusement m'exprimer que de façon succincte sur la personne de l'assurée.

Anamnèse personnelle

Voir remarque précédente; Suissesse de 56 ans, divorcée, une fille adulte, travaillant dans la restauration, principalement en tant que cuisinière.

Anamnèse pathologique:

Madame T._____ souffre depuis plusieurs années de dépressions et d'attaques de panique, raison pour laquelle elle a déjà suivi un traitement psychiatrique à la fin des années 1990; depuis avril 2009,

elle est déclarée malade en raison d'un burnout, de crises d'angoisse et de dépression.

Situation actuelle:

Apparemment en raison de divergences d'opinion sur les principes alimentaires, l'assurée a reçu son congé; par la suite, Madame T. _____ a souffert d'angoisses et de dépression; son psychiatre l'a déclarée en incapacité de travailler à 100% depuis mars 2009.

Anamnèse familiale

Le dossier ne donne aucune information à ce sujet.

Anamnèse sociale

Le dossier ne donne aucune information à ce sujet.

Anamnèse professionnelle

Comme mentionné précédemment, l'assurée est cuisinière de formation; elle a par la suite suivi d'autres formations dans divers domaines (bureau, informatique).

B. CONSTATS BASÉS SUR LE DOSSIER

Le Dr [...], psychiatre (courrier du 29.08.09) explique que l'assurée est suivie par le Dr Z. _____ et non par lui-même.

M. Z. _____ (Dr Z. _____, psychiatre, rapport médical du 08.09.09) livre sur sa patiente le diagnostic suivant: burnout, conflits sur le lieu de travail, personnalité émotionnellement instable, renoncement à soi, tendance suicidaire à divers degrés (existante depuis 1998).

Le Dr Z. _____ décrit sa patiente comme souffrant d'attaques de panique et d'une dépression secondaire consécutive à ses conflits professionnels et relationnels, de dépression, de troubles sévères du sommeil, de pensées suicidaires, d'instabilité émotionnelle et de perte de la maîtrise de soi.

M. Z. _____ ne livre pas de bilan psychique, il considère le pronostic comme favorable («après une période de récupération et d'adaptation»).

Incapacité de travail:
100% depuis mars 2009

[...]

Diagnostic:

Comme mentionné précédemment (rapport médical du Dr Z. _____, 08.09.09), informations complémentaires: troubles dépressifs chroniques, personnalité infantile et narcissique, perte d'estime de soi.

M. Z. _____ écrit encore qu'une reprise du travail est envisageable, mais pas dans l'immédiat en raison du risque de rechute; il ajoute qu'il serait souhaitable que sa patiente reprenne son activité de cuisinière à 50%, parce que les attaques de panique dont souffre sa patiente depuis des années l'ont affaiblie.

Incapacité de travail:
100% du 08.04.09 au 30.04.10.

M. Z. _____ mentionne également que son travail de cuisinière plaît à sa cliente, qu'il lui a valu des commentaires positifs qui ont renforcé son estime de soi.

Il estime toutefois que son instabilité émotionnelle constitue un problème, puisqu'elle est source de conflits.

Il précise par ailleurs qu'il suit sa patiente depuis plus de 30 ans (en raison de ses attaques de panique).

Le médecin du Service médical régional (évaluation du 13.09.10; Dr R. _____) conclut à la lecture du dossier que l'assurée présente une incapacité de travail à 50% depuis le 01.04.10 sur la base des déclarations du psychiatre traitant et qu'un emploi à 50% constitue le maximum que l'on puisse attendre de l'assurée.

Les documents non médicaux livrent également peu d'informations sur la personne de l'assurée et ses handicaps, hormis son propre curriculum vitae qui mentionne des activités professionnelles relativement importantes avec diverses formations continues et cours; sur les aspects personnels, Madame T. _____ décrit ses connaissances linguistiques (allemand en langue maternelle, français parlé et écrit), sa situation personnelle (Suisse, née le [...].55, divorcée, une fille adulte) et ses loisirs (peinture sur soie, décoration, bricolage, balades en forêt, cinéma, lecture, tests de recettes de cuisine).

Son employeur (questionnaire rempli par l'employeur, 15.09.09) parle d'absences imprévues et évoque des divergences d'opinion entre lui-même et l'assurée sur les aspects alimentaires.

C. CONSTATS OBJECTIFS (STATUT PSYCHIQUE)

N'ayant pu examiner l'assurée et étant donné qu'aucun statut psychique ne figure dans le dossier, je ne suis pas en mesure de rédiger un statut psychique.

D. DIAGNOSTICS

Pour des raisons évoquées plusieurs fois précédemment, il ne m'est pas possible d'établir un diagnostic; son psychiatre traitant, le Dr Z. _____, a posé les diagnostics suivants:

Burnout
Conflits sur le lieu de travail
Personnalité émotionnellement instable
Renoncement à soi
Tendance suicidaire à divers degrés
Troubles dépressifs chroniques
Personnalité infantile et narcissique
Perte d'estime de soi

E. EVALUATION

Il est difficile pour moi de m'exprimer sur un dossier très succinct contenant peu d'informations sur l'anamnèse de l'assurée et aucun statut psychique objectif; lorsque le psychiatre traitant écrit que sa patiente souffre depuis de nombreuses années d'anxiété et de paniques, qu'une charge de travail à plein temps représente pour elle un surmenage depuis des années et que par conséquent une activité à 50% lui conviendrait, j'en conclus que Madame T. _____ était déjà en incapacité partielle de travail dès la fin des années 1990, moins en raison de ses attaques de panique (qui peuvent être soignées, ou au moins maîtrisées, par la prise d'antidépresseurs) qu'en raison de sa personnalité instable qui conduit, comme c'est le cas, à des conflits et des difficultés personnelles au sein d'une équipe. Des troubles de la personnalité de cet ordre empêchent la personne concernée de tisser des relations fiables et durables ou d'entretenir des relations professionnelles à long terme, comme il ressort du dossier de Madame T. _____ les troubles de la personnalité apparaissent toujours à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte; le fait que l'assurée a toujours travaillé et trouvé des emplois (selon son CV, elle a changé d'emploi relativement souvent et tenté à de nombreuses reprises des formations continues ou liées à d'autres domaines d'activité) est un indicateur d'instabilité sur le plan relationnel.

Madame T. _____ montre également peu de constance dans ses contacts personnels.

Comme je l'ai dit plus haut, ces évaluations reposent toutefois sur peu de données concrètes; afin d'étudier ce cas de manière approfondie, une expertise psychiatrique aurait certainement été nécessaire.

En conclusion, je peux dire, pour autant que les indications du psychiatre traitant sont correctes, que l'assurée souffre très vraisemblablement depuis de nombreuses années, probablement depuis le début de l'âge adulte, de difficultés d'ordre psychique, mais que l'office AI aurait dû demander une expertise psychiatrique pour être en mesure d'analyser la situation avec exactitude.

Malgré ces difficultés, je vais essayer de répondre à vos questions.

1. Quand y a-t-il eu pour la première fois une incapacité de travail d'au moins 20% ?

Probablement au début de l'âge adulte, certainement depuis la fin des années 1990 (le Dr Z. _____ mentionne 1998).

2. Quels sont les diagnostics appropriés ?

Je ne suis pas en mesure d'établir de diagnostics puisque je n'ai pas pu examiner l'assurée; concernant le diagnostic du psychiatre traitant, voir plus haut.

3. S'agit-il d'une maladie modérée, moyenne ou sévère?

Si les diagnostics posés par le Dr Z. _____ sont corrects, il s'agit d'une maladie de sévérité faible à moyenne.

4. La maladie est-elle réversible ?

Un trouble de la personnalité est difficile à soigner; les angoisses et la dépression sont accessibles par une psychothérapie, donc réversibles.

5. Des facteurs psychosociaux interviennent-ils ?

D'après l'examen du dossier, hormis les conflits de l'assurée sur le lieu de travail (des conflits liés à sa maladie) qui ont finalement entraîné le licenciement, il n'y a pas de facteurs psychosociaux à signaler.

6. Le traitement médical, y compris médication, est-il approprié ?

Le psychiatre traitant ne donne pas d'informations précises quant à la médication de sa patiente et, en particulier, ne mentionne pas l'antidépresseur prescrit qui serait indiqué pour soigner la dépression et les angoisses; le Stilnox et le Lexotanil sont respectivement un somnifère et un tranquillisant.

7. Quelle était la capacité de travail (heures) lors de la dernière activité ?

50%, selon le psychiatre traitant; je peux seulement dire que ces indications ne correspondent pas à une expertise (comme telle, elle devrait comporter des explications médico-théoriques).

8. Quelle serait la capacité de travail (heures) dans le cadre d'une activité adaptée ?

M. Z. _____ écrit qu'un autre type d'activités est exclu pour l'assurée; je ne peux malheureusement m'exprimer à ce sujet, si ce n'est qu'il faudrait dans ce cas - en considérant le diagnostic posé de «personnalité émotionnellement instable» - une activité impliquant un contact restreint avec d'éventuels collègues ou clients et donc un travail qu'elle pourrait effectuer en majeure partie seule.

9. Quelles sont les alternatives concrètes en termes d'activité ?

Voir point 8."

Le 2 novembre 2011, le juge instructeur a informé les parties que les deux causes étaient jointes.

Dans sa réponse du 26 janvier 2012, l'OAI conclut au rejet des recours et au maintien des décisions querellées. Il produit l'avis du SMR, rédigé le 13 janvier 2012 par le Dr D. _____, dont il ressort ce qui suit:

"Rappelons que le litige porte sur la date du début de l'incapacité de travail.

Comme le Dr P. _____ le mentionne en préambule, il n'a pas pu rencontrer l'assurée et son expertise est fondée sur l'examen de son dossier. De jurisprudence constante, seul un médecin ayant examiné personnellement un assuré est habilité à se prononcer sur la capacité de travail de celui-ci. Selon notre dossier, le seul médecin remplissant ces conditions qui se soit exprimé sur la capacité de travail est le Dr Z. _____, psychiatre traitant de l'assurée, dans son rapport du 08.09.2009. Il fixe l'incapacité de travail en mars 2009, donnée que le SMR a validée.

Alors qu'il valide les constatations et les diagnostics du Dr Z. _____, le Dr P. _____ conclut, sans justification médicale explicite et sans avoir vu l'assurée, qu'elle présente une incapacité de travail d'au moins 20% «probablement au début de l'âge adulte, certainement depuis la fin des années 1990». Le rapport du Dr P. _____ fournit des conclusions non motivées, émanant d'un médecin qui n'a pas examiné l'assurée. Il n'a, à notre sens, pas une valeur probante suffisante pour mettre sérieusement en doute l'avis du psychiatre traitant, dont il n'y a pas de raison de s'écarter.

En outre, les conclusions du Dr P. _____ sont en contradiction avec les faits puisque l'assurée a travaillé à un taux de 85% du 01.12.2007 au 26.03.2009."

Dans ses déterminations du 23 février 2012, la recourante rappelle que le Dr P. _____ a été contraint de rendre une expertise sur dossier, l'assurée n'ayant pas respecté son devoir de participer aux examens médicaux. Elle relève que la réponse de l'intimé est superficielle et confirme ses conclusions, alléguant une application erronée du droit et une instruction des faits insuffisante.

E n d r o i t :

1. J. _____ soutient, dans un premier temps, ne pas être compétente pour prendre en charge le cas dans la mesure où les prestations d'invalidité sont dues par l'institution de prévoyance auprès de laquelle la personne assurée était affiliée au moment de la survenance de l'événement assuré, soit au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause a entraîné l'invalidité. Elle allègue que l'assurée T. _____ était malade depuis longtemps dans une mesure non invalidante, bien avant la couverture d'assurance par la caisse J. _____.

La recourante fait valoir que l'assurée travaillait auprès de l'Institution " [...]" depuis le 1^{er} décembre 2007 et était dès cette date assurée en prévoyance professionnelle auprès de la caisse J._____. Son dernier jour de travail a été le 26 mars 2009. Elle a été malade après six mois de travail, du 23 juin 2008 au 4 août 2008, puis du 30 mars 2009 au 30 juin 2009. Avant son engagement, elle a été inactive pendant de longues années, très probablement à cause de ses restrictions psychiques. Dans son rapport du 8 septembre 2009, le Dr Z._____ évoquait une dépression secondaire au conflit professionnel et sentimental et une suicidalité depuis 1998. Il mentionnait, dans son rapport du 27 juin 2010, que l'activité de cuisinière à 50% était la plus adaptée, et ce depuis des années. Selon l'expertise du Dr P._____, ancien membre d'un SMR et expert externe à l'assurance-invalidité, l'assurée présentait une incapacité partielle depuis les années 90 en raison de sa personnalité peu stable et il y avait très probablement une incapacité depuis l'adolescence. A l'aune de ces éléments, J._____ concluait ne pas être compétente pour prendre en charge ce cas.

Le premier objet de la question déférée par la recourante concerne la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (au sens de l'art. 23 let. a LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40]) et, corollairement, le point de savoir si J._____ est tenue à prestations. L'objet du litige pose ainsi indirectement la question de la qualité pour recourir devant le tribunal cantonal des assurances d'une institution de prévoyance professionnelle dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance-invalidité, lorsque la contestation ne porte pas sur le droit à la rente tel qu'il a été fixé par les organes de l'assurance-invalidité, mais uniquement sur la question - propre au domaine de la prévoyance professionnelle - de la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (au sens de l'art. 23 LPP).

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 (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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, 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 la 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; pour les mêmes raisons, il convient de leur reconnaître la qualité pour interjeter

un recours en matière de droit public contre une décision d'un tribunal cantonal des assurances en la matière (ATF 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 (arrêt B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b).

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, également dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008); il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (voir également les arrêts 9C_414/2007 du 25 juillet 2008 consid. 2.4, I 349/05 du 21 avril 2006 consid. 2.3 et I 204/04 du 16 septembre 2004).

D'après le dispositif de la décision du 20 septembre 2011 de l'OAI, qui seul lie les parties à la procédure, l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2010, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). Dans la mesure où cette date ne jouait aucun rôle pour fixer la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité de l'assurée (puisque celle-ci a été déterminée uniquement sur la base des art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 al. 1 LAI), elle

n'avait aucun caractère contraignant pour les organes de la prévoyance professionnelle. Faute d'intérêt juridiquement protégé à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée, la recourante ne disposait par conséquent pas de la qualité pour recourir contre cette décision. De fait, il convient, au regard du grief soulevé, de ne pas entrer en matière sur le recours formé par la recourante sur cette question.

2. J. _____ conteste, dans un second temps, le bien-fondé de la rente de l'assurance-invalidité allouée à l'assurée, invoquant différents griefs examinés ci-après.

a) La recourante soutient que le revenu d'une personne valide est le revenu effectif.

L'OAI a fixé le taux d'invalidité à 100% puis à 50% et décidé d'allouer de ce fait une rente entière puis une demi-rente à l'assurée, avec effet au 1^{er} août 2011. Cependant, l'OAI s'est fondé sur un revenu sans invalidité erroné, soit le montant de 76'040 fr. 20. En effet, si l'assurée a effectivement perçu un salaire de 59'189 fr. pour un taux d'occupation de 85%, ce montant correspond à douze mensualités. L'OAI a multiplié à tort le salaire mensuel par treize, alors que l'assurée n'a pas bénéficié d'un treizième salaire. Le salaire sans invalidité étant erroné, le calcul du degré d'invalidité est dès lors incorrect.

Cela étant, peu importe le revenu sans invalidité ou avec invalidité à retenir dans la présente cause, dans la mesure où l'assurée présente un statut de 100% active et une capacité de travail de 50% dans toute activité. Ainsi, la capacité de travail se confond avec le taux d'invalidité.

b) La recourante fait valoir une inobservation des exigences fédérales relatives à la valeur probante des rapports et expertises médicales. Selon elle, le dossier contient des disparités, les médecins ayant posé des diagnostics différents et peu clairs, propres à éveiller des doutes importants quant à l'incapacité de gain de T. _____.

Dans son rapport du 7 septembre 2011, le Dr P. _____ reconnaît que seul un médecin ayant examiné personnellement un assuré est habilité à se prononcer sur la capacité de travail de celui-ci, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. Il admet que son évaluation repose sur peu de données concrètes notamment lorsqu'il conclut que l'assurée souffre très vraisemblablement depuis de nombreuses années, probablement depuis le début de l'âge adulte, de difficultés d'ordre psychique, pour autant que les indications du psychiatre traitant soient correctes. Il reconnaît ne pas être en mesure d'établir de diagnostics puisqu'il n'a pas pu examiner l'assurée, mais considère qu'il s'agit d'une maladie de sévérité faible à moyenne et qu'une incapacité de travail de 50% est attestée par le médecin traitant. Partant, on ne saurait retenir, à l'instar de la recourante, que le dossier contient des rapports contradictoires sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée; au contraire, tant le médecin traitant que les médecins du SMR admettent une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le rapport du Dr P. _____, qui ne se prononce pas sur la capacité de travail de T. _____, ne permet pas de mettre en doute l'instruction menée par l'OAI quant à la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Ce psychiatre émet seulement un doute sur le début de l'incapacité de travail, la faisant remonter au début de l'âge adulte, alors que les autres médecins la font débiter au mois de mars 2009, en se fondant sur le fait que l'assurée a toujours continué à travailler à plein temps avant son incapacité de travail de longue durée dès mars 2009. Ce dernier point n'est toutefois pas relevant en l'occurrence comme indiqué au considérant précédent.

c) La recourante fait grief à l'intimé d'avoir renoncé à procéder à une pondération proportionnelle entre les symptômes effectifs de la maladie et les facteurs psychosociaux.

A l'aune du dossier, il appert que les rapports du médecin traitant ainsi que du SMR ne font pas état de facteurs psychosociaux qui auraient été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail.

d) La recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir mis en œuvre une expertise dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), eu égard aux rapports médicaux insuffisants, aux nombreuses disparités, aux diagnostics erronés ou incertains et à l'absence de triage des problèmes psychosociaux.

Or les rapports médicaux au dossier étant concordants, aucune instruction complémentaire ne se justifie.

e) La recourante fait valoir que T._____ n'a pas observé son obligation de réduire le dommage et de coopérer.

En l'occurrence, l'assurée a fait l'objet de mesures d'intervention précoce et a tenté plusieurs fois une reprise progressive dans son poste, considéré comme adapté, avec des horaires réguliers. Elle a tenté d'augmenter son taux à maintes reprises dans son activité de cuisinière, toutefois sans succès. Partant, ce grief se révèle mal fondé.

f) Finalement, la recourante invoque une violation du droit d'être entendu lors de la procédure de préavis.

Conformément à l'ATF 124 V 180, l'OAI ne doit pas se borner à prendre connaissance et à examiner les objections soulevées par l'assuré dans la procédure de préavis, mais il doit indiquer, dans sa décision de refus, les motifs pour lesquels il n'admet pas ces objections ou n'en tient pas compte.

A la suite de la contestation du 28 janvier 2011 émise par la recourante, l'OAI a interpellé le Dr D._____ du SMR en lui demandant si l'assurée n'avait finalement pas travaillé au-dessus de ses forces depuis plusieurs années (supérieur à 50%) compte tenu de son parcours professionnel chaotique. Le Dr D._____ a répondu que l'assurée s'était vue reconnaître une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis mars 2009 pour "personnalité émotionnellement labile", qu'aucune

pièce au dossier n'attestait ni ne permettait de valider une incapacité de travail durable antérieure à mars 2009 et que l'affaiblissement progressif des défenses contre les paniques, attesté par le Dr Z._____ dans son rapport du 27 juin 2011, résultait vraisemblablement de l'évolution naturelle de l'affection. Cet affaiblissement n'était pas en lien de causalité directe avec l'activité professionnelle exercée et n'était pas de nature à fonder une incapacité de travail d'au moins 20% antérieure à mars 2009, ni à permettre d'établir que l'assurée avait travaillé au-dessus de ses forces avant cette date. L'OAI a également procédé à une enquête économique sur la ménage qui a abouti à la conclusion que l'assurée avait un statut de 100% active. Ce faisant, on ne saurait retenir que l'OAI n'a pas suffisamment motivé sa position puisqu'il a précisément instruit les points soulevés par la recourante.

3. a) En conclusion, les griefs soulevés par J._____ sont mal fondés; les décisions attaquées sont conformes au droit et doivent être confirmées, les recours étant rejetés dans la mesure où ils sont recevables (cf. consid. 1).

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 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Les recours sont rejetés dans la mesure où ils sont recevables.

- II.** Les décisions rendues les 18 juillet 2011 et 20 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la Caisse de pension J._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Daniel C. Bürgi (pour J._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :