

S1 12 189

JUGEMENT DU 2 JUILLET 2014

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

FONDATION DE PRÉVOYANCE X_____, recourante, représentée par Maître
A_____

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

et

Y_____, représenté par Maître B_____

(rente d'invalidité)

Faits

A. Y_____, né en 1949 et titulaire d'un CFC de mécanicien, était employé depuis 2004 auprès de C_____ SA, société active à l'aéroport de D_____ dans le domaine des services techniques destinés aux avions. Il était dans ce cadre assuré pour sa prévoyance professionnelle auprès de la Fondation de prévoyance X_____. Le 18 février 2010, l'employeur a mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 mai suivant.

Le 5 février 2004, l'assuré avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Valais (OAI), sollicitant la fourniture de chaussures orthopédiques en raison d'un affaissement plantaire gauche et droit. Par décision du 1er mars 2004, l'OAI a pris en charge le coût de ces chaussures orthopédiques.

B. En incapacité de travail à hauteur de 50 % depuis le 27 juillet 2009 puis de 30% depuis le 30 octobre suivant, il a présenté une demande de prestation auprès de l'assurance-invalidité en date du 22 février 2010 qu'il a adressée à l'Office genevois de l'AI (OAI - GE), lequel a réceptionné sa demande le 2 mars suivant. L'OAI - GE a alors recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des différents intervenants.

Dans une expertise médicale du 15 juin 2010 sollicitée par l'assureur perte de gain de l'intéressé, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pose le diagnostic de hallucis rigidus débutants des deux avant-pieds avec déformation en valgus modéré du gros orteil à droite. Il en déduit que sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assuré est entière dans toute profession et relève que l'incapacité de travail actuelle est la conséquence de problèmes psychiatriques.

Dans son avis du 20 juillet 2010, le Dr F_____, psychiatre FMH, relève que l'assuré souffre de troubles de la concentration, de tristesse et d'anhédonie se manifestant par une incapacité de comprendre et de réaliser des tâches simples. Il retient donc le diagnostic d'épisode dépressif majeur sans symptômes psychotiques (F 32.2), réactionnel à un burnout, faisant suite à une situation de mobbing selon l'anamnèse. Il considère dès lors que l'incapacité de travail est entière du fait de ces affections et réserve son pronostic pour le futur, conseillant une nouvelle évaluation de la situation dans les six mois.

Compte tenu de cet avis, l'Office cantonal AI du Valais (OAI), par son service médical régional (SMR) a estimé nécessaire de mettre en œuvre un examen psychiatrique. Ce dernier a été effectué par le Dr G_____, psychiatre FMH, le 26 octobre 2010. Dans son rapport du 10 novembre suivant, ce praticien retient un diagnostic d'épisode dépressif léger, en voie d'amélioration (F 32.0), qu'il estime sans répercussion sur la capacité de travail. Il relève notamment que lors de l'examen, l'assuré est bien orienté dans les quatre modes, qu'il n'est pas ralenti, ni agité et ne présente pas d'idées suicidaires, que le traitement médicamenteux lui permet d'exclure des troubles du sommeil et que l'attention et la concentration sont conservés durant la consultation de deux heures. Il ajoute que la fatigue matinale, caractéristique d'un état dépressif, n'est pas présente.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a établi le 30 novembre 2010 un projet de décision octroyant à l'intéressé un trois-quarts de rente dès le 1er septembre 2010 et une rente entière du 1er octobre 2010 au 31 janvier 2011, considérant que dès le 27 octobre 2010 (correspondant au lendemain du jour de l'examen SMR du Dr G_____), une capacité de travail entière pouvait lui être attribuée.

C. Par l'intermédiaire de son conseil Me B_____, Y_____ s'est opposé à ce projet le 18 janvier 2011, estimant qu'en l'état il ne lui était pas possible de reprendre une activité professionnelle et que son incapacité de travail était complète.

A la suite de cette détermination, l'OAI a encore complété son dossier à l'aide de pièces médicales émanant de la relation de l'assuré avec son assurance perte de gain. Une expertise psychiatrique établie par le Dr H_____ (FMH en psychiatrie et psychothérapie), datée du 29 novembre 2010, pose ainsi les diagnostics d'épisode dépressif en rémission (F 32) et de troubles anxieux sans précisions de niveau léger (F 41.9). Constatant que l'énergie vitale de l'intéressé était maintenue, qu'il n'y avait plus de tristesse marquée ni de troubles cognitifs à constater, ce qui contrastait avec les plaintes de l'assuré, l'expert a considéré qu'il n'y avait plus, à la date de l'examen, d'incapacité de travail ni de diminution de rendement pour des raisons psychiques ou psychiatriques.

L'OAI a aussi pris connaissance des critiques du Dr F_____ du 11 janvier 2011 à l'encontre de cette expertise. Le psychiatre traitant indiquait alors qu'il partageait le diagnostic d'épisode dépressif en rémission, en soulignant toutefois que l'intensité de l'épisode dépressif était sévère. Il n'était toutefois pas d'accord avec le second diagnostic du Dr H_____, soit les troubles anxieux sans précisions de niveau

léger. Il concluait dès lors à une capacité de travail nulle jusqu'au 1er mars 2011, de 50% du 1er mars au 1er avril 2011 et de 100% sans diminution de rendement dès le 1er avril 2011.

Y_____ a été hospitalisé à la Clinique I_____ de J_____ du 11 au 30 avril 2011. Le diagnostic posé par le Dr K_____, chef de clinique, dans son rapport du 12 mai suivant est celui de trouble bipolaire de type III, épisode actuel hypomane.

L'OAI a transmis les pièces médicales au SMR, lequel a considéré qu'un examen psychiatrique était nécessaire. Le Dr L_____, psychiatre FMH, a donc procédé à un examen clinique en date du 10 mai 2012. Ce psychiatre retient un diagnostic d'épisodes dépressifs de degrés divers prodromiques d'un trouble bipolaire (F 31.8), l'assuré étant de ce fait totalement incapable d'exercer une activité lucrative.

Le 22 mai 2012, l'OAI a ainsi établi un projet de décision remplaçant celui du 30 novembre 2010, octroyant à l'assuré un trois quart de rente dès le 1er septembre 2010 et une rente entière non limitée dans le temps dès le 1er octobre suivant. Ce projet a été transmis à la Fondation de prévoyance X_____, laquelle n'a pas formulé d'observations.

Par décision du 22 août 2012, l'OAI a confirmé son projet du 22 mai précédent.

D. La Fondation de prévoyance X_____ a interjeté recours c'éans le 24 septembre 2012, contestant l'incapacité de travail de Y_____ au moment où il était employé auprès de C_____ SA. Par l'intermédiaire de Me A_____, elle a complété son recours le 16 novembre suivant et a conclu à l'annulation de la décision entreprise, l'incapacité de travail devant être considérée comme postérieure de plus d'un mois à l'affiliation de son assuré en son sein. Elle a souligné que les rapports établis en 2010 avaient admis que l'assuré n'était pas incapable de travailler et que les conclusions du Dr L_____ étaient postérieures de près de deux ans à la fin de l'affiliation de Y_____ à sa fondation.

Dans sa réponse du 4 décembre 2012, l'OAI a estimé que sa décision n'avait pas de caractère contraignant pour la recourante, puisque le dispositif de la décision entreprise prévoyait le paiement d'une rente partielle dès le 1er septembre 2010 et d'une rente entière dès le mois suivant. Il estimait donc qu'il convenait de ne pas entrer en matière sur le recours. Subsidièrement, l'OAI estimait que la recourante avait rendu la procédure de préavis inopérante en ne prenant pas position sur le projet de décision

et qu'en cas d'admission du recours, les frais devraient être laissés à la charge de la fondation.

La recourante a répliqué le 15 janvier 2013, expliquant que si elle n'avait pas pris position sur les projets de décision de l'OAI du 30 novembre 2010, cela était dû au fait que la rente n'était octroyée que pour une durée limitée et que ces projets n'avaient dès lors que peu d'impact sur sa situation. La fondation ajoutait que le projet de décision du 22 mai 2013 avait été notifié à M_____ SA à N_____ alors que son siège social était à O_____. Elle réfutait tout reproche lié à son manque de réaction durant la procédure.

L'intimé a dupliqué le 29 janvier 2013, rappelant qu'aucun élément médical objectif nouveau et pertinent ne permettait de remettre en cause l'appréciation du SMR. Il a donc intégralement maintenu ses conclusions.

Invité à se déterminer sur les écritures déposées par la recourante et l'intimé, Y_____ a conclu le 28 mars 2013 au rejet du recours déposé par la Fondation de prévoyance X_____ et à la confirmation de la décision attaquée, la décision du l'OAI devant en outre être considérée comme liant la recourante. Il précisait au surplus que son épisode dépressif trouvait son origine dans les difficultés professionnelles (harcèlement et mobbing) qu'il avait connues en 2009 et que lorsqu'il s'était adressé en février 2010 au Dr F_____, la sévérité de ses affections psychiques existait déjà de longue date.

La recourante s'est encore déterminée le 2 mai 2013, maintenant ses conclusions et réitérant ses critiques à l'encontre de l'avis médical du Dr L_____ du SMR, soulignant en outre que l'assuré avait assigné son employeur auprès des prud'hommes en lui reprochant des comportements de harcèlement et de mobbing mais qu'il avait été débouté de sa demande.

Dans ses observations du 24 juin 2013, Y_____ a maintenu ses conclusions en soulignant notamment que même si C_____ SA n'avait pas commis de licenciement abusif, il n'en demeurait pas moins que son incapacité de travail était avérée.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

1.2 Posté le 24 septembre 2012, le présent recours à l'encontre de la décision du 22 août précédent et reçue le 27 août 2012 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 A titre liminaire, il convient d'examiner la capacité pour recourir de la recourante, l'intimé estimant que la Cour de céans ne devrait pas entrer en matière sur le recours en raison du fait que selon lui, la décision entreprise n'a pas de force contraignante pour la Fondation de prévoyance X_____.

2.2 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. D'après l'article 49 alinéa 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 alors 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 p. 77).

Ainsi que cela ressort des articles 23, 24 alinéa 1 et 26 alinéa 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 p. 69; 132 V 1 consid. 3.2 p. 4). 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 que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité 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 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; pour le reste, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b).

En vertu de l'article 29 alinéa 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4).

2.3 En l'espèce, la décision entreprise retient que le délai d'attente a débuté le 27 juillet 2009 et que l'assuré a déposé une demande de prestations en date du

22 février 2010, réceptionnée le 2 mars suivant). Appliquant l'article 29 LAI, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1er septembre 2010. Conformément à l'arrêt 9C_620/2010 précité, l'OAI n'avait pas à examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le 22 février 2010, de sorte que la constatation selon laquelle l'incapacité de travail a débuté le 27 juillet 2009 ne lie pas la recourante.

Cependant, il sied de souligner que la recourante a conclu dans ses écritures non seulement à la constatation du fait que l'incapacité de travail est postérieure de plus d'un mois à la fin des rapports de travail de Y_____ auprès de C_____ SA, mais a également attaqué la décision de l'OAI sur le bien-fondé de l'octroi d'une rente à l'assuré, concluant à son annulation. Compte tenu de cet élément, lequel diffère des jurisprudences invoquées par l'intimé dans le cadre de son argumentation visant à dénier la qualité pour agir de la recourante, il convient donc d'entrer en matière sur le recours et d'examiner les griefs relatifs aux conditions d'octroi de la rente d'invalidité octroyée dès le 1er septembre 2010.

3.1 Le litige porte sur le bien-fondé de ladite rente d'invalidité octroyée par l'OAI par décision du 22 août 2012.

3.2 L'article 4 LAI dispose que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident; elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Toute « invalidité » n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente. Selon l'article 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. 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;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité:

<u>Taux d'invalidité</u>	<u>Droit à la rente en fraction d'une rente entière</u>
40 % au moins	un quart

50 % au moins	une demie
60 % au moins	trois quarts
70 % au moins	rente entière

3.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a ainsi besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). 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 125 V 352 consid. 3a et les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 352 consid. 3a et 353 consid. 3b/bb ; 122 V 161 consid. 1c et les références).

4. En l'espèce, suivant l'avis du Dr G_____ du SMR, l'OAI a dans un premier temps établi le 30 novembre 2010 un projet d'octroi de rente limité dans le temps du 1er septembre 2010 au 31 janvier 2011, estimant que l'état de santé du recourant était compatible avec l'exercice d'une activité lucrative. Sur opposition du mandataire de l'assuré, le SMR a réexaminé le cas et est parvenu à la conclusion que Y_____ souffrait de troubles bipolaires et que son incapacité de travail était complète dans toute activité dès le 1er février 2010 (rapport du Dr L_____ du 10 mai 2012). Le psychiatre du SMR relevait que l'assuré avait des phases où il se sentait bien, des phases hypomaniaques où il était inadéquat, voire agressif selon son entourage et des

phases dépressives sévères. Il indiquait en outre qu'il n'avait jamais été observé durant ses phases dépressives par les experts mais qu'elles étaient évidentes au plan anamnestique et confirmées par son psychiatre traitant et son épouse.

Il sied en outre de relever que tant l'expert H_____ que le Dr F_____, psychiatre traitant de l'intéressé, avaient estimé que dès le 1er avril 2011, la capacité de travail serait complète. La réalité a cependant été toute autre, Y_____ ayant séjourné auprès de la clinique I_____ de J_____ du 11 au 30 avril 2011 pour des troubles bipolaires de type III, épisode actuel hypomane. A la lumière de cette hospitalisation, il apparaît que les pronostics posés par les Dr H_____, F_____ et G_____ concernant la reprise du travail sont sujets à caution. En outre, le diagnostic de trouble bipolaire posé par le Dr L_____ permet également d'expliquer les divergences relatives à la sévérité de l'état dépressif de l'assuré entre les avis des Drs F_____ et H_____.

Compte tenu de l'anamnèse de Y_____ et du fait que les troubles bipolaires ont la caractéristique de ne pas être permanents, l'argumentation du Dr L_____ apparaît tout à fait soutenable. De plus, la recourante ne fournit à l'appui de son recours aucun élément médical permettant de remettre en question le diagnostic posé par le Dr L_____, se contentant de remettre en doute la date depuis laquelle l'incapacité de travail a été retenue par l'OAI dans sa décision du 22 août 2012. Ce faisant, elle ne démontre pas en quoi l'avis du spécialiste du SMR serait insoutenable et les raisons pour lesquelles il ne devrait pas être suivi.

Faute pour la recourante d'apporter une argumentation médicale de nature à invalider les conclusions du Dr L_____, en particulier sur les caractéristiques du trouble bipolaire, la Cour de céans considère que leur valeur probante n'est pas remise en cause et que compte tenu de ces éléments, l'OAI a correctement tenu compte de cet avis médical dans sa décision du 22 août 2012.

5. Au terme de ces développements, aucun des arguments de la recourante ne peut être retenu. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision entreprise confirmée.

On relèvera en outre que le fait que l'assuré puisse prétendre à des prestations de sa caisse de pension sort du cadre du présent litige et qu'il appartient à la recourante d'examiner si les conditions d'une rente du deuxième pilier sont remplies dans le cas de l'intéressé.

6. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente procédure sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance.

Compte tenu de l'issue de la procédure, laquelle confirme l'octroi de sa rente d'invalidité, Y_____ a droit à des dépens, lesquels sont fixés à 1000 fr. (débours compris) eu égard à la difficulté moyenne de la présente procédure et mis à la charge de la recourante (art. 61 let. g LPGA; art. 4 al. 1, 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la cause, par 500 fr., sont mis à la charge de la Fondation de prévoyance X_____.
3. La Fondation de prévoyance X_____ versera à Y_____ une indemnité de dépens de 1000 fr., débours compris.

Sion, le 2 juillet 2014