

VD_FINDINFO Jug / 2014 / 161 vom 16. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2014___161

FR: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 161 du 16 juin 2014

IT: VD_FINDINFO Jug / 2014 / 161 del 16 giugno 2014

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SURVENANCE DU CAS D'ASSURANCE, DÉBUT, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CONNEXITÉ MATÉRIELLE, CONNEXITÉ TEMPORELLE, PRESCRIPTION | 10 al. 3 LPP, 23 LPP, 24 al. 1 LPP, 41 LPP

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.06.2014 Jug / 2014 / 161

RENTE D'INVALIDITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SURVENANCE DU CAS D'ASSURANCE, DÉBUT, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CONNEXITÉ MATÉRIELLE, CONNEXITÉ TEMPORELLE, PRESCRIPTION | 10 al. 3 LPP, 23 LPP, 24 al. 1 LPP, 41 LPP

TRIBUNAL CANTONAL PP 133/03 - 26/2014 ZI05.019197 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Jugement du 16 juin 2014 _____

Présidence de Mme Dessaux Juges :
Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : C. _____, à Chavannes-près-Renens, demanderesse, représentée par Me Jean-Emmanuel Rossel, avocat à Morges, et Caisse de pension Z. _____, à Lausanne, défenderesse, représentée par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne.

_____ Art. 10 al. 3, 23, 24 al. 1 et 41 aLPP E n f a i t : A. a) C. _____ (ci-après: l'assurée ou la demanderesse) a été engagée le 1^{er} juin 1985 par la Fondation Z. _____ en qualité d'employée de maison affectée au service du home N. _____, à I. _____. Elle était à ce titre affiliée en matière de prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de pension Z. _____, à Lausanne (ci-après: la caisse ou la défenderesse). Par courrier du 28 octobre 1993, l'employeur a signifié à l'assurée son congé pour le 31 décembre 1993, l'intéressée ayant décliné une proposition de réduction du temps de travail à 80% à partir du 1^{er} juillet 1993 fondée sur le souhait de l'employeur de permettre à sa collaboratrice de mieux assumer son travail et de bénéficier d'un temps de repos nécessaire à l'accomplissement de toutes ses tâches. De fait, le dernier jour de travail effectif s'est révélé être le 3 octobre 1993 et deux certificats médicaux à l'entête du Centre médico-chirurgical K. _____ attestent d'une incapacité de travail pour maladie dès le 8 novembre 1993, le premier daté du 10 novembre 1993, le second du 14 janvier 1994 et mentionnant une durée d'incapacité indéterminée avec l'indication d'un rendez-vous le 26 janvier 1994 au service d'endocrinologie de l'Hôpital Q. _____. Le congé a été reporté

au 31 mars 1994. L'assurée a bénéficié d'indemnités de chômage dès le 1^{er} avril 1994 et jusqu'au 31 mars 1996 avec pleine capacité de travail. En date du 3 avril 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant souffrir d'une atteinte neurologique, de douleurs au cou et au cerveau ainsi que d'hypertension, ce depuis un an et demi. Son médecin traitant depuis 1994, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) dans son rapport du 30 avril 1996 que sa patiente souffrait d'une obésité importante (135 kg pour une taille de 158 cm) et d'une hypertension artérielle depuis deux à trois ans. De la fiche d'examen établie le 30 août 1996 par le médecin de l'OAI, il ressort que le Dr W. _____, sur interpellation verbale, a précisé d'une part que sa patiente avait effectivement pu travailler malgré son obésité mais avait pris du poids depuis la perte de son travail et d'autre part que l'employeur avait signalé une diminution de rendement de 20% dès le 1^{er} juillet 1993 mais que l'assurée n'avait pas accepté la diminution de salaire. La même fiche d'examen relevait un état dépressif traité, sans autre précision. Dans le "questionnaire pour l'employeur" qu'il a signé le 24 avril 1996, le home N. _____ a indiqué qu'il avait résilié le contrat de travail de l'assurée le 28 octobre 1993 pour le 31 décembre 1993, dès lors que l'assurée « a refusé de passer de 100% à 80% comme proposé, vu son état de santé ». Le questionnaire mentionne le paiement du salaire jusqu'en mars 1994 ainsi qu'une incapacité de travail de 100% du 4 octobre 1993 au 31 mars 1994. La demande de prestations AI a été rejetée le 19 décembre 1997 par l'OAI au motif que l'état de santé de l'assurée ne la rendait pas inapte au travail. Saisi d'un recours par l'assurée, le Tribunal des assurances du canton de Vaud l'a admis par jugement du 21 avril 1998, renvoyant la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. b) Se conformant à l'injonction du Tribunal des assurances, l'OAI a ordonné une expertise médicale qu'il a confiée à la Policlinique R. _____ de Lausanne. Dans leur rapport du 18 mai 1999, les experts en la personne des Prof. B. _____, médecin-chef, et les Drs V. _____ et J. _____, respectivement médecin-chef adjoint et chef de clinique adjoint, ont fait les constatations suivantes, étant précisé que celles-ci ont été précédées d'une séance de décision multidisciplinaire avec les Drs G. _____, rhumatologue, et E. _____, psychiatre: « Diagnostics - obésité morbide (BMI 58 kg par m²) dans le cadre d'une boulimie atypique; - état dépressif sévère sans symptômes psychotiques; - dyslipidémie de type IV; - hypertension artérielle traitée. Appréciation du cas Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, d'origine turque, en Suisse depuis 1982, mariée, mère de deux enfants âgés actuellement de 8 et 11 ans, employée de maison de profession, qui n'a plus travaillé depuis octobre 1993 pour raisons de santé liées à une obésité très importante et à une hypertension artérielle. [...] Au plan somatique, Madame C. _____ présente un excès pondéral depuis l'adolescence, s'aggravant au cours des années, plus particulièrement après ses deux grossesses, pour devenir extrêmement sévère dès 1993, atteignant à ce jour un BMI de 58,10 kg/m² (soit 273% du poids idéal moyen pour sa taille), ce qui correspond à une obésité de grade III. Par ailleurs, cette obésité se complique d'une hypertension artérielle nécessitant un traitement de diurétiques et de bêtabloquants. Les examens de laboratoire avaient montré en 1997 la présence d'une dyslipidémie de type IV compatible avec une forme familiale combinée et une hyper-LP (a) protéinémie. Malgré l'obésité extrême, avec un poids déjà de 120 kg, Madame C. _____ a pu travailler pendant plusieurs années comme employée de maison dans un EMS avec un rendement toutefois légèrement diminué dès le début des années 1990, comme l'a mentionné son employeur. En mars 1994, refusant de diminuer son activité de 100% à 80%, comme le

demandait son employeur, Madame C. _____ est licenciée. Malgré une demande de prestations auprès de l'assurance chômage, Madame C. _____ se sent alors dans l'incapacité de travailler. Depuis 1993, son poids a encore augmenté d'une trentaine de kilos, ceci malgré de très nombreux régimes, un suivi à la consultation d'obésité de l'Hôpital Q. _____, et un suivi chez le Docteur T. _____. Cette obésité entraîne une dyspnée importante au moindre effort, une fatigue importante rendant les tâches ménagères quotidiennes difficiles. A noter que l'examen pneumologique de mars 1998 avait pratiquement permis d'exclure un syndrome d'apnées du sommeil. Madame C. _____ présente donc une réelle atteinte à la santé physique, entravant fortement sa capacité de travail et pour laquelle le seul traitement efficace serait d'effectuer une gastroplastie, comme proposé par le Docteur T. _____. Après avoir dans un premier temps pensé subir cette intervention, Madame C. _____ est revenue sur sa décision, montrant une grande appréhension, une crainte et des angoisses, ne pouvant s'imaginer dans la situation « après gastroplastie ». Nous avons demandé une évaluation psychiatrique au Docteur F. _____, qui relève la présence d'un état dépressif, comme l'avaient par ailleurs déjà mentionné plusieurs médecins (Dresse P. _____, Dresse H. _____, Dr A. _____). Celui-ci est actuellement jugé sévère, avec fatigabilité mentale, humeur dépressive, anhédonie, irritabilité, semblant influencer les troubles du comportement alimentaire, ces derniers aggravant réciproquement la symptomatologie dépressive. Ainsi, l'atteinte à la santé psychotique est caractérisée par une atteinte sur le plan thymique (état dépressif), ainsi que des troubles du comportement alimentaire. Le Docteur F. _____ pense que la patiente présente une incapacité de travail totale avec des chances de réadaptation nulles. Toutefois, la discussion du cas de Madame C. _____ à notre colloque pluridisciplinaire en présence d'internistes et de psychiatres, ainsi qu'une discussion avec la Doctoresse A. _____, psychiatre de la patiente, a permis une appréciation nuancée de l'atteinte à la santé, en particulier psychique. En effet, la Doctoresse A. _____ et nous-mêmes, nous situons plus en retrait par rapport à l'état dépressif mentionné. Celui-ci, de même que le développement de troubles alimentaires ayant conduit à l'obésité morbide, n'ont pas entravé, à notre avis, une certaine adaptation en Suisse, une vie professionnelle qui a pu être menée à bien, en tout cas de 1985 à 1993, et une vie familiale où la patiente est beaucoup impliquée dans l'éducation de ses deux filles. D'autre part, nous pensons que les mesures thérapeutiques quant à l'état dépressif ne sont pas épuisées, justifiant une tentative de traitement antidépresseur avec un autre médicament que celui qui n'a pas été toléré auparavant (antidépresseur tricyclique ou inhibiteur de la recapture sérotoninergique). Nous pensons également qu'une prise en charge psychosociale serait indiquée pour soutenir Mme C. _____ et lui permettre de se réinsérer professionnellement. Dans ce contexte, nous pensons que chez cette jeune patiente de 32 ans, les ressources adaptatives ne sont pas encore toutes épuisées et qu'il persiste actuellement une capacité de travail d'environ 40% dans une activité adaptée à son atteinte à la santé physique. Cette capacité de travail serait, à notre avis, à réévaluer dans deux ans et à la lumière de l'évolution psychique et physique. » S'agissant du degré de la capacité de travail résiduelle exprimée en % de l'activité lucrative exercée avant la survenue de l'atteinte à la santé, les experts ont considéré qu'il était d'environ 40 %. Ils ont par ailleurs estimé que la capacité de travail de l'assurée avait subi une réduction de 25% au moins probablement début 1994. Enfin, au vu de l'atteinte à la santé psychique, avec le retard mental constaté, le pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative supérieure à 40% était réservé. Se fondant sur les conclusions de ce rapport d'expertise, l'OAI a, par décision du 7 décembre 2000, alloué à l'assurée une demi-rente

d'invalidité à compter du 1^{er} mars 1997. c) Saisi d'un nouveau recours par l'assurée, le Tribunal des assurances du canton de Vaud l'a partiellement admis par jugement du 8 novembre 2001, renvoyant la cause à l'OAI pour qu'il détermine le taux d'invalidité de l'assurée en tenant compte, au titre de revenu d'invalidé, du salaire qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il examine l'évolution de la capacité de travail sur les plans physique et psychique. d) Le 11 novembre 2002, le Service médical régional de l'AI (SMR) a procédé à un examen bidisciplinaire de l'assurée. Le rapport du 13 novembre 2002, co-signé des Drs S._____, rhumatologue, U._____, psychiatre et D._____, généraliste, mentionne les diagnostics de obésité morbide, hypertension artérielle, diabète de type II, lombalgies communes, trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger avec syndrome somatique), boulimie atypique et traits de personnalité, passifs et dépendants. Sur le plan somatique, les médecins ont conclu que l'obésité extrême de l'assurée et ses douleurs lombaires demeuraient compatibles avec une activité sédentaire, essentiellement en position assise avec alternance horaire des positions assise et debout, sans avoir à soulever ou porter des charges d'un poids excédant cinq kilos, le tout avec un rendement normal. La capacité de travail dans une activité ainsi adaptée était de 100% dès le début (mars 1996). Sur le plan psychique, la pathologie psychiatrique chronique de l'assurée, d'intensité fluctuante, amenait les médecins à retenir une capacité de travail exigible de 40% depuis mars 1996 et de 70% dès novembre 2002, pour une durée indéterminée. Ils estimaient que la capacité de travail était susceptible d'amélioration par une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Dans un rapport du 12 juin 2003, ensuite d'une nouvelle appréciation psychiatrique en date du 17 mars 2003, le SMR constatait que l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique était toujours de 30%. e) Par décision du 25 août 2003, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée et un degré d'invalidité de 73%, pour la période courant du 1^{er} mars 1997 au 28 février 2003, puis une demi-rente d'invalidité (degré d'invalidité de 54%) à compter de cette date, soit trois mois après l'amélioration relevée par le SMR le 11 novembre 2002 (capacité de travail de 70% dans une activité adaptée). Cet office retenait une incapacité de travail existant depuis le mois de mars 1996. L'assurée a formé opposition contre cette décision. Après avoir informé l'assurée qu'il entendait réformer sa décision à son détriment en retenant un revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, l'OAI a, par décision du 23 septembre 2005, rejeté l'opposition et modifié sa décision du 25 août 2003 en ce sens que l'intéressée ne pouvait prétendre à compter du 1^{er} mars 2003 qu'à un quart de rente d'invalidité, la capacité de travail demeurant de 70% dans une activité adaptée mais le nouveau degré d'invalidité calculé sur la base de l'ESS n'étant plus que de 47%. La décision sur opposition retenait notamment ceci: « Vous contestez également le point de départ de la rente. Nous vous avons reconnu dans la décision querellée du 25 août 2003 une capacité de travail de 40% depuis mars 1996 tout comme lors de notre décision du 7 décembre 2000. Nous avons alors considéré que votre incapacité de travail avait débuté dès mars 1996, date jusqu'à laquelle vous aviez été considérée comme apte au placement par l'assurance-chômage. Cette date n'a pas été contestée dans votre recours du 8 janvier 2001 ni revue par le Tribunal dans son jugement du 8 novembre 2001. Par conséquent, nous considérons qu'il n'y a pas lieu de nous distancer de notre appréciation sur ce point. Nous retenons en conséquence que c'est bien à partir de mars 1997 (échéance du délai de carence d'une année) que le droit à la rente vous est ouvert » f) L'assurée a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de

Vaud. Dans la phase d'instruction de la cause, la juridiction cantonale a ordonné une expertise médicale pluridisciplinaire qu'elle a confiée au Centre X. _____ de M. _____. Du rapport d'expertise du 27 mai 2008, il ressort sur le plan anamnestique que selon l'assurée, les symptômes consistant en douleurs assez diffuses – plus marquées aux bras, aux jambes et à la mâchoire –, en fatigue et céphalées, ont débuté après 1993, sans facteur déclenchant connu. Elle les liait à la prise de poids et selon ses dires, elle a été licenciée du home N. _____ en raison de la diminution de ses performances liées à sa surcharge pondérale, à des céphalées ainsi que de la nervosité. Elle aurait eu des périodes d'incapacité de travail d'une à trois semaines avant son licenciement et elle avait consulté pour la première fois sa psychiatre, la Drsse A. _____, le 17 octobre 1998. Les experts ont retenu comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail celui d'anxiété généralisée, cette affection semblant présente depuis longue date, sans autre précision. Pour le reste, ils ont estimé que l'importante obésité était en bonne voie de correction après opération (by-pass en juin 2004) et que les autres affections psychiatriques constatées (hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, traits de personnalité passive-agressive, immature et dépendants, trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission; syndrome somatoforme indifférencié) n'étaient pas sévères. S'agissant des affections somatiques, notamment de l'obésité morbide, de l'hypertension artérielle, du diabète de type II, de la dyslipidémie, des troubles statiques et dégénératifs du rachis, les experts ont considéré qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles, tant somatiques que rhumatologique. En revanche, du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles consistaient en une plus grande fatigue. L'assurée pouvait exercer une activité de femme de ménage à raison de 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 25% liée à l'anxiété généralisée et à l'effet cumulatif des autres pathologies psychiatriques, qui étaient responsables d'une exécution plus lente du travail et justifiaient des pauses plus fréquentes. Se fondant sur les conclusions de cette expertise, le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assurée par jugement du 23 octobre 2008. g) Par arrêt du 29 mai 2009, le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par l'assurée contre ce jugement, considérant en bref qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause le bien-fondé de l'expertise judiciaire réalisée par le Centre X. _____ de M. _____ et, partant, le résultat de l'appréciation des preuves opérée par le Tribunal des assurances. B. a) Par mémoire du 25 août 2003, C. _____ a saisi le Tribunal des assurances du canton de Vaud d'un « recours » dirigé contre une lettre de la Caisse de pension Z. _____ du 30 juin 2003, considérée par l'assurée comme une « décision », par laquelle cette institution de prévoyance refusait de donner suite à la demande de rente d'invalidité présentée le 18 [recte : 10] juin 2003 par l'assurée, au motif que celle-ci avait bénéficié de prestations de chômage jusqu'en mars 1996 et qu'elle devait donc s'adresser à la Caisse de chômage pour obtenir une éventuelle rente d'invalidité. L'assurée a allégué avoir été employée du home N. _____ jusqu'au 31 décembre 1993 et avoir été licenciée en raison de son incapacité de travail qui l'handicapait déjà à l'époque. Elle a en outre allégué qu'à l'époque où elle touchait le chômage, soit jusqu'en mars 1996, la Caisse de chômage n'offrait pas de rente invalidité LPP. En droit, l'assurée a fait valoir que la Caisse de pension Z. _____ devait se demander si elle était invalide au moment des rapports de service avec le home N. _____; la réponse à cette question ne dépendait pas du fait que l'assurée ait touché le chômage entre-temps, mais de son état de santé; or celle-ci était déjà invalide au moment de son emploi auprès du home N. _____, si bien qu'une rente devait lui être allouée. Sur ce point, elle s'est prévalué

d'un certificat médical établi le 14 juillet 2003 par le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, attestant de son « incapacité de travailler en raison de son état de santé depuis douze ans ». L'assurée a par conséquent conclu à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité de la part de la Caisse de pension Z. _____ dès le 1^{er} janvier 1994, requérant à l'appui de ses conclusions la mise en oeuvre d'une expertise. b) Dans sa réponse du 10 novembre 2003, la défenderesse a fait valoir que depuis le dépôt du recours du 25 août 2003, l'assurée avait interjeté un nouveau recours contre la plus récente des décisions AI rendues à propos de son cas. Elle a allégué qu'elle ignorait tout des démarches entreprises par l'assurée entre son licenciement et la date à partir de laquelle l'OAI l'avait considérée incapable de travailler (23 mars 1996); elle ignorait en particulier si l'assurée avait continuellement bénéficié de l'assurance-chômage, comment avait été jugée son aptitude au placement durant la totalité de cette période et comment avait évolué son dossier médical. Alléguant en outre que l'assurée ne s'était adressée à elle que le 10 juin 2003, elle a invoqué expressément la prescription de toutes les prestations périodiques éventuellement dues pour une période plus ancienne que cinq ans. En droit, la défenderesse a fait valoir que l'allocation par elle de prestations au titre de l'invalidité ne dépendait pas exclusivement de l'existence d'une décision AI et ne pouvait pas être fondée sur un certificat médical de trois lignes; or il ne ressortait nullement des pièces produites que l'incapacité de travail à 100% qui justifiait la décision AI aurait commencé en 1993, commencement qui ne constituait d'ailleurs pas le critère déterminant pour juger des obligations éventuelles de l'intimée. En l'état, rien n'indiquerait que la défenderesse serait tenue de fournir des prestations d'invalidité. Compte tenu de l'existence d'un recours contre la dernière décision AI, recours dont était saisi le Tribunal des assurances (cf. lettre A.f supra), la défenderesse a requis la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu sur le sort de cette procédure. Elle a d'ores et déjà requis que le dossier AI de l'assurée fût produit par l'OAI au dossier de la présente cause et s'est réservé de requérir de nouvelles mesures d'instruction une fois que ledit dossier aurait été produit et une fois en connaissance de la décision finale relative à la demande AI. Sur le fond, elle a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par l'assurée en date du 25 août 2003. c) Invitée par le juge instructeur à se déterminer sur la demande de suspension, l'assurée a indiqué le 10 mars 2004 qu'elle était d'accord de suspendre la présente cause jusqu'à droit connu sur sa rente AI. d) Le 10 août 2009 le juge instructeur a ordonné que fût versée au dossier une copie de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_986/2008 du 29 mai 2009 rejetant le recours interjeté par l'assurée contre le jugement du Tribunal des assurances du 23 octobre 2008 qui confirmait la décision de l'OAI du 23 septembre 2005 (cf. lettre A.g supra). Il a communiqué une copie de cet arrêt à la défenderesse, ordonné la reprise de la procédure PP 133/03 et invité les parties à se déterminer sur la suite qu'elles entendaient donner à la procédure. La défenderesse n'a pas donné suite à cette invitation. Le 9 novembre 2009, la demanderesse a indiqué que l'arrêt du Tribunal fédéral ne réglait pas la question de la date du début de l'invalidité et qu'il convenait donc selon elle d'instruire cette question. e) Le 16 novembre 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'il ordonnait la production par l'OAI du dossier AI de l'assurée pour être versé au dossier de la présente cause et qu'il serait statué sur la nécessité d'éventuelles mesures d'instruction complémentaires après que les parties auraient pu prendre connaissance du dossier AI et s'exprimer à ce sujet. Le 1^{er} décembre 2009, le juge instructeur a informé les parties que le dossier AI de la demanderesse était versé au dossier de la présente cause et leur a imparti un délai au 15 janvier 2010 pour consulter ce dossier au greffe de la Cour des assurances

sociales, déposer un mémoire complémentaire récapitulant les faits sur lesquels elles entendaient se fonder ainsi que leur argumentation juridique et indiquer les éventuelles mesures d'instruction complémentaires qu'elles entendraient requérir. Il a d'ores et déjà précisé, concernant ce dernier point, que le dossier Al comprenait notamment nombre de rapports médicaux et d'expertises médicales et qu'on ne voyait pas qu'une nouvelle expertise médicale, intervenant plus de quinze ans après la fin de l'affiliation de la demanderesse à la Caisse de pension Z._____, pourrait apporter des éléments nouveaux pour trancher le présent litige. f) Le conseil de la demanderesse a demandé à dix reprises que le délai fixé par lettre du 1^{er} décembre 2009 fût prolongé d'un mois, invoquant à chaque fois le fait qu'il n'avait pas les éléments pour procéder et que le conseil de la partie adverse l'avait autorisé à se prévaloir de son accord pour la prolongation du délai. Le 20 octobre 2010, le juge instructeur a accordé à la demanderesse une dixième et dernière prolongation d'un mois, soit jusqu'au 18 novembre 2010, pour déposer un mémoire complémentaire récapitulant les faits sur lesquels elle entendait se fonder ainsi que son argumentation juridique, ainsi que pour indiquer au Tribunal les éventuelles mesures d'instruction complémentaires qu'elle entendrait requérir (cf. le courrier du 1^{er} décembre 2009). Pour le cas où, à l'échéance du délai précité au 18 novembre 2010, la demanderesse n'aurait toujours pas les éléments pour procéder, il l'a invitée à requérir la suspension de la cause après avoir recueilli le cas échéant l'accord de la partie adverse. Le 16 novembre 2010, les parties ont conclu une convention de suspension de la cause pour une durée de trois mois. Le 22 novembre 2010, le juge instructeur, vu la convention de suspension signée le 16 novembre 2010 par les parties, a ordonné la suspension de la cause pour une durée de trois mois, en précisant qu'à l'issue de la période de suspension, la cause serait reprise à la requête de la partie la plus diligente. Le 14 mars 2011, le juge instructeur, constatant que la durée de trois mois pendant laquelle la suspension de la cause avait été ordonnée par ordonnance du 22 novembre 2010 était écoulée, a invité les parties à indiquer au Tribunal, dans un délai au 4 avril 2011, si la cause était en mesure d'être reprise. Le 19 avril 2011, les parties ont adressé au juge instructeur une nouvelle convention de suspension de la cause pour une durée de trois mois. Le 26 avril 2011, le juge instructeur, vu la convention de suspension signée les 6 et 19 avril 2011 par les parties, a ordonné la suspension de la cause pour une durée de trois mois, en précisant qu'à l'issue de la période de suspension, la cause serait reprise à la requête de la partie la plus diligente. La cause a finalement été reprise le 22 décembre 2011. Dans sa réplique du 18 avril 2012, la demanderesse s'est fondée sur l'expertise du 18 mai 1999, plus précisément sur le constat d'une réduction de sa capacité de travail de 25% au moins durant probablement depuis début 1994 pour conclure à l'existence d'une invalidité déjà au moment des rapports de service avec le home N._____. Elle a encore allégué que cette invalidité était la cause de son licenciement et confirmé ses conclusions initiales. Par écriture du 20 juillet 2012, la défenderesse a entre autres relevé que n'était pas prouvée à satisfaction l'existence d'un état dépressif sévère à l'époque de l'emploi de l'assurée auprès du home N._____, respectivement de son affiliation auprès de la caisse, que l'incapacité de travail de longue durée était apparue au plus tôt en 1996, après deux ans de chômage, donc d'aptitude au placement, de telle sorte que la connexité temporelle aurait été interrompue dans l'hypothèse d'une incapacité de gain liée aux affections combinées à l'origine de l'invalidité ayant existé avant le mois de mars 1994, que l'obésité de la demanderesse n'avait pas entraîné en soi d'incapacité de travail pendant son emploi au home et que vraisemblablement, son aggravation, doublée d'une atteinte psychique, était à l'origine de l'incapacité de travail partielle, sans connexité

cependant avec la situation prévalant entre fin 1993 et 1994 puisque postérieure à cette période. Elle a confirmé ses conclusions en rejet de la demande. Dans ses déterminations du 26 octobre 2012, la demanderesse s'est à nouveau fondée sur les conclusions de l'expertise du 18 mai 1999, à savoir que la capacité de travail avait été réduite d'au moins 25% probablement depuis début 1994, pour soutenir que l'événement assuré était survenu pendant la période d'affiliation. En date du 6 novembre 2012, la défenderesse a répété que les éléments au dossier ne permettaient pas de fonder une éventuelle obligation à sa charge, faute de probabilité suffisante. Par écriture du 28 novembre 2012, consécutive à une communication du 8 novembre 2012 indiquant que la cause paraissait prête à juger, la demanderesse a renouvelé sa requête de mise en oeuvre d'une expertise, ce à quoi la défenderesse s'est opposée par lettre du 29 novembre 2012.

E n d r o i t : 1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité; RS 831.40]). b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. d) En l'espèce, l'action de la demanderesse, formée devant le tribunal compétent tant à raison du domicile de la défenderesse, soit Lausanne, qu'à raison du lieu de l'exploitation, soit I. _____, est recevable en la forme. e) La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par une cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a a contrario et 109 al. 1 LPA-VD). 2. a) Il sera préliminairement rappelé que les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 466 consid. 1). En présence d'un état de choses durable, non encore révolu lors du changement de législation, comme en l'espèce une incapacité de travail, le nouveau droit est en règle générale applicable, sauf disposition transitoire contraire. Ce principe vaut également en cas de changement de dispositions réglementaires ou statutaires des institutions de prévoyance (ATF 121 V 97 consid. 1a et les références citées). b) En vertu de l'art. 23 LPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 24 al. 1 LPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison des deux tiers au moins, au sens de l'AI, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins. Selon l'art. 10 al. 3 LPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004), le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité durant 30 jours après la dissolution des rapports de travail. c) Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance

d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né; la qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité (ATF 136 V 65 consid. 3.1 ; 135 V 13 consid. 2.6 ; 134 V 20 consid. 3 ; 123 V 262 consid. 1a ; 120 V 112 consid. 2b ; 117 V 329 consid. 3 ; TF 9C_564/2008 du 22 juillet 2009 consid. 2.1 ; TF B 92/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2 ; Jürg Brühwiler, *Obligatorische berufliche Vorsorge*, in SBVR, Band XIV, *Soziale Sicherheit*, 2^e éd. Bâle 2007, n° 104 p. 2041). d) Ainsi qu'il ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est – ou était – affilié au moment de la survenance de l'événement assuré; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b LAI), mais il correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité; si l'institution de prévoyance a déjà effectué le transfert de la prestation de libre passage, elle n'est pas, pour autant, libérée de l'obligation éventuelle de verser ensuite une rente d'invalidité; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; 123 V 262 précité consid. 1b ; 120 V 112 précité consid. 2b ; 117 V 329 précité consid. 3 ; Jürg Brühwiler, *op. cit.*, n° 107 p. 2042). e) Lorsqu'il y a plusieurs atteintes à la santé, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à une institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance; il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et la référence). f) Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité; la connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2 ; 130 V 270 consid. 4.1 ; 123 V 262 consid. 1c ; 120 V 112 consid. 2c/aa ; TF 9C_564/2008 précité consid. 2.1 ; TF B 92/06 précité consid. 4.2 ; Jürg Brühwiler, *op. cit.*, n° 107 p. 2042). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail); la connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; 123 V 262 consid. 1c ; 120 V 112 consid. 2c/aa ; TF 9C_564/2008 précité consid. 2.1 ; TF B 92/06 précité consid. 4.2 ; Jürg Brühwiler, *op. cit.*, n° 108 et 109 p. 2043). g) Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure – en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée – se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20

consid. 5.3). S'agissant de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là, elle doit être de 20% au moins (TF 9C_865/2012 du 15 avril 2013 consid. 3 ; TF 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 5.2 ; TF 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3). Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (TF 9C_54/2008 du 9 octobre 2008 et les références). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) comme principe directeur (« Richtschnur »). Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références ; 123 V 262 consid. 1c ; 120 V 112 consid. 2c/aa). La question de savoir si une personne, en dépit du paiement de son salaire, est effectivement incapable de travailler dans une mesure notable doit être examinée avec soin : il faut pour cela qu'une diminution de la capacité de rendement se manifeste dans le cadre des rapports de travail, par exemple que l'employeur constate une diminution des prestations, voire donne un avertissement au travailleur ou que la fréquence des absences pour raisons de santé dépasse l'ordinaire, une incapacité de travail médicale théorique fixée rétroactivement sans que l'ancien employeur ait remarqué la diminution des capacités, ne suffit pas. Lorsqu'une personne a été rémunérée dans une mesure correspondant à la prestation de travail entière qu'elle était tenue de fournir, seule l'existence de circonstances particulières permet d'admettre qu'elle n'était pas à même de remplir pleinement ses obligations à l'égard de son employeur. Il sied à cet égard de faire preuve d'une extrême retenue pour ne pas risquer de compromettre la couverture d'assurance. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué une diminution de la capacité de rendement (TF 9C_865/2012 du 15 avril 2013 consid. 3 et références citées). h) La Caisse de pension Z._____ est une institution de prévoyance qui alloue des prestations qui vont au-delà des prestations minimales selon la LPP. Une telle institution, dite « enveloppante » (cf., sur cette notion, ATF 136 V 313 consid. 4), est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP en matière d'organisation, de sécurité financière, de surveillance et de transparence, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 115 V 103 consid. 4b). Selon la jurisprudence, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi – comme c'est le cas à l'art. 29 al. 1 du règlement de la défenderesse du 1^{er} janvier 1985 en vigueur jusqu'au 31 décembre 1994 tout comme à l'art. 32 du règlement en vigueur au 1^{er}

janvier 1995 – la définition de l’invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l’estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d’emblée insoutenable (ATF 138 V 409 consid. 3.1 et les références). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l’assuré s’est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5 ; 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l’office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération; en revanche, si l’assureur LPP, qui dispose d’un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n’est pas intégré à la procédure, comme en l’espèce la défenderesse, il n’est pas lié par l’évaluation de l’invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l’assurance-invalidité (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; 129 V 73 consid. 4 et 4.2 ; TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3). Cela étant, lorsque l’institution de prévoyance s’en tient à ce qu’a décidé l’organe de l’assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l’assureur LPP dans la procédure de l’assurance-invalidité n’a plus d’objet (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; TF B 39/03, résumé dans la RSAS 2004 p. 451 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] B 27/05 du 26 juillet 2006 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a encore précisé que la force contraignante de la décision de l’organe de l’assurance-invalidité pour l’institution de prévoyance repose sur l’idée de décharger celle-ci de mesures d’instruction relativement importantes (ATF 130 V 501 consid. 2.3.2 publié dans SVR 2005 BVG n° 5 p. 14). Elle ne vaut dès lors qu’en ce qui concerne les constatations et appréciations des organes de l’assurance-invalidité qui étaient déterminantes dans la procédure de l’assurance- invalidité pour établir le droit à une rente d’invalidité et qui devaient effectivement faire l’objet d’une détermination; dans le cas contraire, les organes de la prévoyance professionnelle sont tenus d’examiner librement les conditions du droit aux prestations (cf TFA B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b). Le fait que l’assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n’exclut donc pas que l’incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d’invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue (dans une mesure plus restreinte) plus d’une année auparavant (TF 9C_700/2007 précité consid. 2.3 in fine). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d’être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c’est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu’un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 121 V 45 consid. 2a, 204 consid. 6b et la référence). Il découle de l’art. 73 al. 2 LPP que la maxime inquisitoire est applicable à la procédure de l’art. 73 LPP. En conséquence, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d’office par le juge. Mais ce principe n’est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l’instruction de l’affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l’obligation des parties d’apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d’elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l’absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 précité ; 117 V 261 consid. 3b et les références). 3. a) Le litige porte sur la question de savoir si la caisse est tenue de prendre en charge le cas de la demanderesse, plus particulièrement s’il existe un droit à une prestation d’invalidité fondée

sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, soit jusqu'au 30 avril 1994, compte tenu du délai de l'art. 10 al. 3 LPP. b) En l'espèce, la seule incapacité de travail d'une certaine importance survenue pendant la période d'affiliation et attestée par certificat médical est celle de 100%, ayant débuté le 8 novembre 1993. Une incapacité de travail à 100% pour maladie dès le 4 octobre 1993 paraît néanmoins vraisemblable, nonobstant l'absence de certificat médical au dossier. Elle se déduit plus particulièrement du questionnaire pour l'employeur faisant état d'une incapacité de travail à 100% depuis le 4 octobre 1993. Dans le cadre de la procédure AI, le Dr W. _____ a précisé le 30 août 1996 que sa patiente avait effectivement pu travailler malgré son obésité, sous réserve d'une diminution de rendement relevée par l'employeur à partir du 1^{er} juillet 1993. Quant à l'employeur, au vu de la lettre de congé du 28 octobre 1993 et des réponses au questionnaire envoyé par l'OAI, il a constaté que l'état de santé de l'assurée influait sur sa capacité de travail, au point d'exiger une réduction du taux d'activité à 80% dès le 1^{er} juillet 1993. Cela étant, une diminution de rendement de 20% pour des raisons de santé, présumée s'inscrire dans la durée puisque l'employeur a souhaité en inférer une modification contractuelle, constitue déjà une incapacité de travail d'une certaine importance. L'incapacité subséquente survenue dès le 4 octobre 1993 l'est d'autant plus qu'elle est entière. c) Aucun document médical établi contemporanément à cette incapacité n'en précise la cause. A posteriori, soit dans son rapport du 30 avril 1996 à l'OAI, le Dr W. _____ relève l'existence d'une obésité importante et d'une hypertension artérielle sévère depuis deux à trois ans. Le 30 août 1996, il mentionne un état dépressif traité, sans autre précision. L'expertise du 18 avril 1999 retient les diagnostics d'obésité morbide, d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de dyslipidémie de type IV et d'hypertension artérielle traitée. De l'avis des experts, tant l'atteinte physique que l'atteinte psychique sont incapacitantes. Ils mentionnent une réduction de la capacité de travail de 25% au moins depuis début 1994 et à la date de l'expertise, un taux d'incapacité global de 60%, sans jamais distinguer la part d'incapacité due à l'atteinte somatique de celle relevant de l'atteinte psychique. L'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 11 novembre 2002 n'investigue pas la situation médicale de l'assurée avant le 1^{er} mars 1996. Quant à l'expertise du 27 mai 2008, elle fait état d'une incapacité de travail, en l'occurrence de 25%, uniquement en raison de l'atteinte psychique (anxiété généralisée). Les experts estiment par ailleurs que cette atteinte semble exister de longue date. A l'aune de la règle de la vraisemblance prépondérante, il sera retenu que l'incapacité de travail de la demanderesse pendant la période d'affiliation n'avait pas pour cause une atteinte à sa santé psychique. On le déduit des déclarations mêmes de l'assurée, laquelle ne fait pas état d'atteinte à sa santé psychique à l'époque de son emploi auprès du home N. _____. On le déduit encore des observations de son médecin traitant, le Dr W. _____, lequel mentionne principalement l'obésité morbide et l'hypertension à titre d'atteinte à la santé. Il évoque certes un état dépressif. Cet état est cependant considéré comme traité et le Dr W. _____ n'indique ni qu'il aurait déjà existé à l'époque des rapports de travail, ni qu'il aurait été incapacitant. A cela s'ajoute que le certificat médical du 14 janvier 1994 établi pour cause de maladie fait référence à un prochain rendez-vous au Service d'endocrinologie de l'Hôpital Q. _____, ce qui permet d'exclure une maladie psychique. Enfin, ce n'est que le 17 octobre 1998, soit bien après le terme de la période d'affiliation auprès de la défenderesse, que l'assurée a consulté pour la première fois un médecin psychiatre. La décision de l'OAI du 25 août 2003 comme celle du 23 septembre 2005 se fondent, s'agissant de l'atteinte à la santé à l'origine de l'incapacité de travail, sur l'examen médical

bidisciplinaire du SMR du 11 novembre 2002 et le rapport du SMR du 12 juin 2003. De ces documents, il ressort que seule l'atteinte à la santé psychique est incapacitante. L'expertise judiciaire du 27 mai 2008 le confirme. L'incapacité de travail survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance étant de nature somatique et celle à l'origine de l'invalidité étant de nature psychique, la défenderesse n'est donc pas tenue à prestations à l'égard de la demanderesse.

4. Quand bien même l'incapacité de travail de l'assurée pendant la période d'affiliation aurait été d'origine psychique, la défenderesse n'en serait pas pour autant tenue à prestations. La condition du lien de connexité temporelle ne serait en effet pas réalisée, compte tenu de la période de deux ans, soit du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1996, pendant laquelle la demanderesse est présumée avoir présenté une pleine aptitude au travail de par son droit aux indemnités de chômage. Au demeurant, les nombreuses semaines d'incapacité de travail pour cause de maladie précédant l'ouverture de la période d'indemnisation ne seront certainement pas passées inaperçues des instances de chômage lors de l'examen des conditions d'ouverture du droit au chômage et comme le prévoit l'art. 15 al. 3 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), s'il avait existé des doutes sérieux quant à la capacité de travail de l'assurée, l'autorité cantonale aurait pu ordonner qu'elle soit examinée par un médecin-conseil. La demanderesse ne l'allègue cependant pas.

5. Etant rappelé qu'aux termes de l'art. 23 LPP dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, n'avaient droit à des prestations d'invalidité que les personnes invalides à raison de 50% au moins au sens de l'AI et compte tenu du taux d'invalidité de 47% retenu par l'OAI dès le 1^{er} mars 2003, la défenderesse n'aurait en toutes circonstances plus été tenue à prestations à l'égard de la demanderesse dès cette date, ex lege pour la prévoyance obligatoire et sur la base de son règlement pour la part surobligatoire dès l'instant où il renvoie à la définition légale de l'invalidité.

6. Par surabondance de droit, sera encore examinée l'exception de la prescription soulevée par la défenderesse pour toutes les prestations périodiques éventuellement dues pour une période plus ancienne que cinq ans. L'art. 41 al. 1 LPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, avait la teneur suivante : Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables. L'art. 41 aLPP était limité au domaine de la prévoyance obligatoire. Les art. 127 et 128 CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse; RS 220) s'appliquaient dans le domaine de la prévoyance plus étendue, surobligatoire et pour les polices et comptes de libre passage (cf. Commentaire LPP et LFLP ad art. 41 LPP note 2 p. 648). Cependant, en l'espèce, l'art. 26 du Règlement de la caisse, dans sa version de 1995 dès l'instant où le droit à la rente d'invalidité naît le jour de l'ouverture du droit à la rente AI, reprend textuellement la disposition de l'art. 41 LPP, de telle sorte qu'il s'applique également à la part surobligatoire. Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'art. 41 LPP règle la prescription du droit aux prestations de la manière suivante, sans disposition transitoire :

1. Le droit aux prestations ne se prescrit pas pour autant que les assurés n'aient pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance.
2. Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables. L'art. 41 LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005 s'impose à la prévoyance surobligatoire (art. 49 al. 2 ch. 6 LPP). La prescription est interrompue, avec pour effet qu'un nouveau délai commence à courir dès l'interruption (art. 137 al. 1 CO), notamment lorsque le créancier

fait valoir ses droits par une action devant un tribunal (art. 135 ch. 2 CO). Elle est ensuite interrompue et recommence à courir, durant l'instance, à compter de chaque acte judiciaire des parties et de chaque ordonnance ou décision du juge (art. 138 al. 1 CO dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010), lorsque la juridiction saisie clôt la procédure (art. 138 al. 1 CO dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2011). Lorsque la loi ne contient pas de disposition transitoire en ce qui concerne le régime de prescription applicable, il appartient à l'autorité de jugement d'examiner quel droit transitoire doit être appliqué, en se basant sur les principes généraux du droit intertemporel (ATF 131 V 425 consid. 5.1 p. 429 ; 104 Ib 87 consid. 2b p. 89; Meyer/Arnold, *Intertemporales Recht, Eine Bestandesaufnahme anhand der Rechtsprechung der beiden öffentlich-rechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts* in: RDS 2005 p. 115 ss, en part. p. 127 ss). La jurisprudence (ATF 132 V 159 consid. 2 p. 161 ; 131 V 425 consid. 5.2 p. 429 s. ; 111 II 193 ; 107 Ib 198 consid. 7b/aa p. 203 ; 102 V 206 consid. 2 p. 207 s., TF 9C_698/2009 du 7 juillet 2010 consid. 3.2) et la doctrine (Attilio Gadola, *Verjährung und Verwirkung im öffentlichen Recht*, in : PJA 1995 p. 58; André Grisel, *Traité de droit administratif*, p. 150) considèrent qu'une nouvelle réglementation introduisant des délais de prescription ou de péremption est applicable aux prétentions relevant de l'ancien droit, si celles-ci, bien que nées et exigibles avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, ne sont pas encore prescrites ou périmées à ce moment-là. Lorsque le nouveau droit introduit un délai de prescription identique à celui prévu par l'ancien droit, c'est en principe le nouveau droit qui s'applique. Toutefois, même sous l'empire du nouveau droit, ce délai part du fait déclenchant qui s'est produit sous l'ancien droit, ce qui a pour effet d'imputer sur le nouveau délai le temps écoulé avant l'entrée en vigueur de la loi nouvelle (cf. Paul Mutzner, in *Commentaire bernois, CC, Titre final*, 2^e éd. 1926, n° 9 ad art. 49 Tit. fin. CC). La prescription est quinquennale dans l'ancien comme dans le nouveau droit, pour la part obligatoire et surobligatoire. Ainsi, même dans l'hypothèse d'une connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail survenue pendant la période d'affiliation et l'invalidité, les créances antérieures à septembre 1998 seraient prescrites pour ce qui concerne la prévoyance obligatoire et la prévoyance surobligatoire compte tenu de la date d'ouverture d'action (25 août 2003). 7. Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). En l'espèce, les pièces au dossier, notamment d'ordre médical, sont suffisamment probantes. En conséquence, l'expertise requise par la demanderesse ne se justifie pas, d'autant qu'il s'agirait d'une appréciation strictement médico-théorique survenant plusieurs années après la période litigieuse, ce que n'admet pas la jurisprudence (cf consid. 2g ci-dessus). 8. a) La défenderesse n'étant pas tenue à prestations à l'égard de la demanderesse, les conclusions de celle-ci devront être rejetées. b) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. c) Quoique la défenderesse obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de la demanderesse. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant la juridiction de première instance n'a pas

droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. La demande formée par C. _____ à l'encontre de la Caisse de pension Z. _____, à Lausanne, est rejetée. II. La présente décision est rendue sans frais, ni dépens. III. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées. La présidente : Le greffier : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Emmanuel Rossel, avocat (pour C. _____), ■ Me Nicolas Gillard, avocat (pour la Caisse de pension Z. _____), - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent jugement 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 :

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