

## VD\_FINDINFO Jug / 2015 / 116 vom 26. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Jug\\_\\_\\_2015\\_\\_\\_116](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2015___116)

FR: VD\_FINDINFO Jug / 2015 / 116 du 26 mars 2015

IT: VD\_FINDINFO Jug / 2015 / 116 del 26 marzo 2015

### Regeste

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE SELON LA LPP, RENTE D'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, CONNEXITÉ MATÉRIELLE, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 23 let. a LPP, 73 LPP

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 26.03.2015 Jug / 2015 / 116

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE SELON LA LPP, RENTE D'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, CONNEXITÉ MATÉRIELLE, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 23 let. a LPP, 73 LPP

TRIBUNAL CANTONAL PP 28/13 - 11/2015 ZI13.037564 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Jugement du 26 mars 2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Thalmann, président M. Métral et Mme Di Ferro Demierre, juges Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : O. \_\_\_\_\_, à Lausanne, demandeur, représenté par le Service juridique de Intégration handicap, à Lausanne, et V. \_\_\_\_\_, à Schwyz, défenderesse. \_\_\_\_\_ Art. 6ss et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 23 lit. a LPP E n f a i t : A. Le demandeur O. \_\_\_\_\_ – marié et père de cinq enfants nés les 15 août 1989, 14 avril 1992, 21 janvier 1998, 30 novembre 1999 et 10 novembre 2006 – était coffreur spécialiste chez T. \_\_\_\_\_ à [...] du 22 août 2005 au 4 février 2007 selon le questionnaire pour l'employeur du 20 décembre 2007. Son salaire horaire était de 37 fr. 24 en 2006 et 2007. Son horaire hebdomadaire et celui de l'entreprise était de 45 heures. Il résulte également de ce questionnaire qu'en 2005, le 13<sup>ème</sup> salaire a été payé sur décembre. Enfin, l'employeur a indiqué que l'assuré n'était pas affilié par l'entreprise à une caisse-maladie. Le 4 décembre 2006, l'employeur a résilié le contrat de travail pour le 4 février 2007 dès lors que la mission temporaire du demandeur auprès de l'entreprise R. \_\_\_\_\_ SA se terminerait à cette date. Le demandeur était affilié auprès de la défenderesse l'institution de prévoyance V. \_\_\_\_\_. Il résulte du certificat d'assurance valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 que le salaire annuel déterminant du demandeur s'élève à 57'859 fr. et le salaire annuel assuré 1 et 2 à 34'654 fr. La rente annuelle d'invalidité en cas de maladie est de 9'968 fr. et celle en faveur des enfants de 1'994 fr., le délai d'attente étant de 24 mois. Le règlement de la défenderesse établi le 9 décembre 2005 prévoit notamment ce qui suit en ce qui concerne les prestations d'invalidité: " 3.7.1 Est considérée comme événement assuré l'invalidité due à la maladie (y compris le déclin des forces mentales et physiques) ou à un accident. Une personne assurée est invalide si : elle ne peut plus exercer, entièrement ou partiellement, de manière temporaire ou définitive, sa profession ou une autre activité lucrative convenable,

correspondant à sa position sociale, à ses connaissances ou à ses capacités, ou elle est déclarée invalide par l'Assurance-invalidité fédérale (AI) 3.7.2 Début et fin de l'invalidité L'invalidité est considérée comme «survenue» dès que le degré d'invalidité de la personne assurée atteint au minimum 1/4 et que le délai d'attente est écoulé. Elle est considérée comme «terminée» dès que la personne assurée est à nouveau en capacité de gain à plus de 3/4 (réactivation), a atteint l'âge de la retraite ou décède. 3.7.3 Contrôle du degré d'invalidité Pour contrôler le degré d'invalidité, la Fondation peut demander des renseignements auprès d'un médecin ou demander une consultation médicale. Un changement éventuel du degré d'invalidité est annoncé à l'Al. 3.7.4 Conditions d'octroi Le droit à des prestations d'invalidité présuppose dans tous les cas que la personne assurée était lors de la survenance de l'incapacité de gain, cause de l'invalidité, assurée au sens du présent règlement. [...] 3.7.5 Délai d'attente Est considéré comme délai d'attente la durée de l'incapacité de gain qui doit s'écouler entre le début de l'incapacité de gain et la naissance d'un droit à des prestations. Cette durée est fixée par le plan de prévoyance. Si le délai d'attente convenu est de douze mois et que l'Assurance-Invalidité fédérale verse une rente avant l'échéance de ce délai, les prestations sont accordées dès le début du droit à des rentes Al. Si le délai d'attente convenu est de vingt-quatre mois et si en cas d'invalidité due à la maladie les indemnités journalières maladie ne sont pas versées pour la durée de vingt-quatre mois, les rentes d'invalidité et d'enfant d'invalidité sont accordées dès le jour où le droit à des indemnités journalières maladie s'éteint, au plus tôt dès la naissance du droit à une rente Al. 3.7.6 Degré de l'invalidité Le degré d'invalidité est déterminé sur la base de la capacité de gain perdue. Pour ce faire, le revenu versé avant le début de l'invalidité est comparé avec celui que la personne assurée peut obtenir après ou qu'elle pourrait raisonnablement atteindre. La différence, exprimée en pour cent ou en fractions de l'ancien revenu, donne le degré d'invalidité. 3.7.7 Calcul des prestations en cas d'invalidité partielle S'il existe une invalidité partielle, les prestations sont versées de la manière suivante: lorsque le degré d'invalidité est de 70 pour cent ou davantage, l'assuré a droit à une pleine prestation; lorsque le degré d'invalidité est de 60 pour cent ou davantage, l'assuré a droit à 75 pour cent des prestations; lorsque le degré d'invalidité est de 1/4 ou davantage, mais de moins de 60 pour cent, les prestations sont fixées proportionnellement au degré d'invalidité. ” Le règlement prévoit encore qu'après la sortie, la couverture d'assurance reste en vigueur pour les risques invalidité et décès jusqu'au début d'un nouveau rapport de prévoyance, au maximum toutefois pendant un mois. B. Le 26 juillet 2006, le demandeur a eu un accident de voiture en Serbie. Il a été hospitalisé du 26 juillet au 7 août 2006 à l'hôpital de [...]. Selon le rapport de sortie de cet hôpital du 21 août 2006, les diagnostics suivants ont été posés : “ Myalgia intercostalis. St.post contusio toracis. Hypotensio arterialis. ” Dans un rapport du 13 novembre 2006, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à [...], a posé le diagnostic de fibromyalgie post-traumatique, une reprise de travail à 50% étant prévue le même jour. Dans un rapport du 15 décembre 2006, la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et remplaçante du médecin d'arrondissement de la Suva [...], a mentionné notamment ce qui suit: “ APPRECIATION: On se trouve à 5 mois d'un accident de la route ayant provoqué de multiples contusions, des dermabrasions dont persiste un état douloureux qui se chronifie, de localisation hémicorporelle gauche. Il existe également une labilité tensionnelle artérielle. L'examen clinique montre un patient de bonne constitution, la musculature restant athlétique, qui présente quelques signes irritatifs de la coiffe à gauche, son membre dominant et qui annonce des douleurs lors des mouvements de la nuque sous forme de lancées fulgurantes hémicorporelles gauches sans qu'il y ait de syndrome cervical

significatif, sans qu'il y ait d'évidence d'altération neurologique qui orienterait vers une atteinte lésionnelle structurelle. Il existe également des douleurs de la jonction lombo-sacrée et en regard de la sacro-iliaque gauche d'interprétation difficile là aussi en raison d'un certain parasitage par les douleurs globales que le patient annonce lors de la mobilisation sacro-iliaque. Lors de la flexion de la hanche, on a reproduit des douleurs assez électives en région sacro-iliaque ainsi que lors de la mise sous tension du psoas. Cela est à vérifier vu un status actuel difficile avec des mouvements de contre-pulsion et certaines autolimitations. L'examen radiologique confirme un trouble statique rachidien, des lésions dégénératives préexistantes sous forme d'une discarthrose L2-L3, dans une moindre mesure de lésions lombaires basses dégénératives. Au niveau cervical, il serait utile de compléter le bilan actuel par des radiographies de face, de profil de trois quarts et des clichés fonctionnels pour vérifier s'il n'existe pas un écartement entre les épineuses de C2 et C3. Il serait utile de les coupler à des radiographies de l'épaule à la recherche d'un conflit sous-acromial. Enfin, le patient annonce en fin de status des thoracodymes [sic] avec sensations d'oppression thoracique qui peuvent durer des journées entières depuis l'accident. Une scintigraphie osseuse serait à ce délai encore utile pour vérifier qu'il n'y ait pas eu de fissure du sternum ou des côtes. Plusieurs éléments m'apparaissent de mauvais pronostic concernant la reprise professionnelle et il y a lieu d'étayer tous les critères diagnostiques pour orienter la rééducation. Pour cette raison, j'ai proposé à M. O. \_\_\_\_\_ un séjour à la CRR pour une observation, mise en route des examens complémentaires proposés et tentative de remise au travail en plein. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a été avisé. L'assuré est d'accord avec cette proposition. ” Le demandeur a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la SUVA/CNA à Sion du 16 janvier 2007 au 14 février 2007. Il résulte d'un consilium psychiatrique du 22 janvier 2007 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la CRR notamment ce qui suit: “ En date du 26.07.2006, cet homme a été victime d'une collision frontale en Serbie, le véhicule fautif s'étant déporté sur la gauche et étant venu percuter la voiture que conduisait le patient. Il y était avec toute sa famille et sa femme enceinte. Ses proches n'ont été que légèrement blessés. Seule la fille aînée aurait quelques plaintes résiduelles. Le conducteur dit fautif aurait été grièvement blessé. Le patient rapporte une perte de connaissance pour ne pas se souvenir de la période suivant directement l'accident jusque vers l'arrivée à l'hôpital. Il a eu l'impression que ses troubles ont été banalisés. Il se plaint maintenant de douleurs touchant le côté droit du corps, les lombes et la tête. Il mentionne également des vertiges. A la demande et avec quelques difficultés, ce sujet reconnaît les flashbacks et les intrusions de l'accident. Ils sont apparemment fréquents (tous les jours ?). Il ne conduit plus, dit-il, au-delà de quelques km. Il est très tendu en voiture. Il mentionne par ailleurs les troubles du sommeil et de la mémoire et des sursauts. A l'examen, on est face à un homme qui parle suffisamment français pour communiquer normalement. Il est orienté dans le temps et dans l'espace. Il est parfaitement vigile. Il n'y a rien pour des troubles neuropsychologiques de nature à gêner l'entretien. L'humeur peut être qualifiée de normale. Ce qui frappe est surtout l'anxiété chez un sujet très soucieux des séquelles de l'accident. Il n'y a pas d'éléments psychotiques florides. Diagnostic Trouble état de stress post-traumatique (F43.1) Discussion Ce ressortissant kosovar de 40 ans est hospitalisé 6 mois après un accident de circulation où il a été apparemment victime de simples contusions. Il n'a pas repris le travail sur la base de douleurs décrites au dossier. Sur le plan psychiatrique, on a les critères pour un état de stress post traumatique avec les intrusions, les conduites d'évitement et l'hyperéveil (insomnie, troubles mnésiques et sursauts). Ce trouble est de sévérité que je qualifierais de légère à

moyenne. Il ne devrait pas, à mon avis, entraîner d'incapacité de travail per se . Il peut par contre influencer négativement la perception douloureuse (mauvaise image de soi) et contribuer à retarder la reprise de travail par ce biais. ” Le 26 février 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_ a établi le certificat médical suivant: “ Le médecin soussigné certifie que le patient précité, examiné pendant son séjour à la Clinique romande de réadaptation en janvier et février 2007, souffre d'une affection psychique qui entrave son fonctionnement et entraîne une souffrance significative. Cette situation justifie pleinement une psychothérapie cognitivo-comportementale de 20 à 25 séances d'une heure sur une période de 6 mois à 12 mois. Le soussigné reste à disposition du médecin-conseil pour des informations complémentaires. ” Il résulte du rapport du 14 mars 2007 des Drs G.\_\_\_\_\_, chef de clinique et spécialiste en rhumatologie et X.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, de la CRR en particulier ce qui suit: “ DIAGNOSTIC PRIMAIRE - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) DIAGNOSTICS SECONDAIRES - Accident de la circulation le 26.07.2006 avec notion anamnesticque de plaies superficielles au visage au MSG et à la cuisse gauche et contusions thoraciques. (T 91.0) - Trouble état de stress post-traumatique. (F 43.1) - Douleurs de l'épaule gauche. (M 75.8) - Bursite sous-acromiale de l'épaule gauche. (M 75.5) - Cervico-dorso-lombalgies chroniques. (M 54.8) - Discrets troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires. (M 47.80) - Discrets troubles statiques (bascule du bassin de 1 cm à gauche s'accompagnant d'une attitude scoliotique dorso-lombaire à convexité gauche). (M 41.8) - Douleurs de la cheville gauche. (M 25.57) CO-MORBIDITE - Entorse de la cheville gauche en 2005. (T 93.3) [...] En conclusion : 6 mois après un accident de voiture ayant causé des blessures superficielles, M. O.\_\_\_\_\_ présente un syndrome de stress post-traumatique. Le suivi psychologique à la clinique lui permet maintenant de mieux gérer les intrusions et les pensées liées à l'accident mais il persiste des moments comme le soir où cela lui est plus difficile. Un suivi est prévu auprès de Mme Q.\_\_\_\_\_ psychologue à [...]. A l'épaule gauche, nous retenons comme diagnostic une bursite sous-acromiale pour laquelle une infiltration sous US a été pratiquée le 02.02.2007. Il y a une discrète diminution des douleurs à l'épaule et un léger gain des mobilités actives. Le bilan radiologique avec RX standard de la colonne cervicale dorsale, scintigraphie osseuse, IRM lombaire et CT-Scan cervical n'a pas permis de montrer de lésion osseuse imputable à l'accident du 26.07.2006. Nous retenons comme diagnostic des troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires ainsi que de discrets troubles statiques avec une bascule du bassin de 1 cm à gauche accompagnés d'une attitude scoliotique dorsolombaire à convexité gauche. M. O.\_\_\_\_\_ continuera une physiothérapie ambulatoire dans le but de poursuivre un renforcement global et l'amélioration des mobilités de l'épaule gauche et du rachis. Il a reçu un programme d'exercices à réaliser à domicile. Sur le plan professionnel, on peut s'attendre à une reprise du travail difficile chez un patient coffreur sans formation. Le diagnostic psychiatrique ne justifie pas d'incapacité de travail per se, mais participera très vraisemblablement à une reprise de travail plus lente. La capacité de travail dans la profession de coffreur reste nulle et ce pour une durée de 1 mois après la sortie, à réévaluer. Un nouvel examen par le médecin de l'agence sera à organiser dans les 2 à 3 mois après la sortie si la reprise ne peut avoir lieu. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE COFFREUR - 100% du 15.02.2007 au 15.03.2007 à réévaluer. ” Le 6 mai 2007, la psychologue Q.\_\_\_\_\_ a établi un rapport dont il résulte notamment ce qui suit: “ Après 6 entretiens effectués avec Monsieur O.\_\_\_\_\_ dont la demande était de l'aider à ne plus souffrir suite à l'accident de voiture survenu le 26 juillet 2006, une évaluation a fait apparaître les problèmes suivants : Axe I F43.1 (309.81)

Etat de stress post-traumatique chronique Axe II Z03.2 (V71.09) Pas de diagnostic sur l'Axe II. Axe III Maux de dos sévères et douleurs dans la partie gauche du corps, difficultés pour bouger Axe IV Isolement social suite à l'accident, actuellement en incapacité de travailler Axe V EGF=60 Monsieur O. \_\_\_\_\_ a été exposé à un accident de voiture durant lequel les membres de sa famille, ainsi que lui-même ont été blessés. Monsieur O. \_\_\_\_\_ a ressenti une peur intense durant cet événement pendant lequel il a pensé que lui et sa famille allaient mourir. Depuis lors, l'événement traumatique est constamment revécu sous forme de souvenirs répétitifs et envahissants provoquant un sentiment d'angoisse et de détresse intense. Monsieur O. \_\_\_\_\_ revit également l'événement sous forme de cauchemars. Par ailleurs, l'exposition à des indices évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique provoque chez lui une profonde anxiété. Monsieur O. \_\_\_\_\_ tente d'éviter de penser ou d'avoir à discuter de cet événement car cela est trop douloureux. Il est incapable de conduire sa voiture plus de 10 minutes, ne peut plus sortir avec ses amis ou faire des activités en famille, essentiellement à cause du bruit lui rappelant l'événement traumatique et provoquant chez lui beaucoup de souffrance. Actuellement, Monsieur O. \_\_\_\_\_ reste la majeure partie de ses journées à la maison, car il a peur de sortir de chez lui, il éprouve des difficultés de sommeil, des difficultés de concentration, beaucoup d'irritabilité et de tristesse. Au vue de cette évaluation, une psychothérapie cognitive et comportementale est parfaitement indiquée. Une prise en charge de 40 séances serait à prévoir étant donné les difficultés que Monsieur O. \_\_\_\_\_ rencontre actuellement. ” Selon un rapport de contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud, il a été constaté le 10 mai 2007 que le demandeur travaillait au noir sur un chantier, celui-ci ayant déclaré que c'était le premier jour. L'employeur a déclaré qu'il s'agissait d'un ami connu sur différents chantiers et que depuis le début des travaux, il était venu environ sept à huit jours donner un coup de main pour une rémunération de 30 fr. l'heure. Par lettre du 19 juin 2007, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a informé le demandeur que selon les renseignements figurants dans le rapport du 11 mai 2007 de l'inspection du travail à [...], il avait repris une activité professionnelle depuis début avril 2007 sans l'avoir avertie et que par conséquent et au vu des éléments figurant dans ce rapport, elle lui reconnaissait une pleine capacité de travail dès le 10 avril 2007. Elle ajoutait que des indemnités journalières lui ayant été versées jusqu'au 30 avril 2007, elle lui demandait le remboursement la somme de 3'753 fr. 75 (indemnité journalière du 10 avril 2007 au 30 avril 2007). Par lettre du 22 juin 2007, l'entreprise L. \_\_\_\_\_ a informé la CNA que le demandeur était venu lui “prêter main forte” pendant sept à huit jours et qu'elle lui avait versé 1'800 fr. frais de déplacement compris. Dans un rapport du 5 septembre 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Suva [...], a indiqué notamment ce qui suit: “ APPRECIATION: Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut. Actuellement, le patient dit qu'il ne va pas bien. Alors qu'il était en parfaite santé avant l'accident, il a des douleurs dans tout le dos, de la tête à la colonne lombaire, ainsi que dans l'épaule gauche, jusqu'au pied. Par ailleurs, il se sent déprimé et irritable. Il a l'impression que sa tête « gonfle ». Il a des vertiges et doit se coucher. Soulagé, il voit sa symptomatologie réapparaître peu de temps après. Enfin, il évoque une labilité tensionnelle persistante. Alors que le patient ne paraît avoir aucune limitation fonctionnelle notable, lorsqu'on va le chercher dans la salle d'attente et durant l'anamnèse, l'examen clinique est à nouveau dominé par une auto-limitation et des signes de non organicité. Objectivement, il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral significatif et l'atteinte de l'épaule gauche n'est que

vaguement compatible avec un conflit sous-acromial chronique. Le bilan radiologique exhaustif réalisé à la Clinique romande de réadaptation, permet d'exclure toute lésion notable qu'on puisse directement imputer à l'accident du 26.7.06, lequel n'a manifestement entraîné que de simples contusions. Il n'est donc pas susceptible de déployer indéfiniment des effets et, après plus d'une année, les plaintes subjectives, difficilement vérifiables, alléguées par le patient, ne peuvent plus lui être rapportées. Par ailleurs, la présentation clinique ne paraît plus correspondre à un état de stress post-traumatique, sous réserve d'une nouvelle évaluation spécialisée. A moins que notre service administratif ne veuille examiner plus avant cet aspect des choses, il convient de clore le cas. De surcroît, le fait que le patient ait été surpris, en mai 2007, à travailler au noir sur un chantier, laisse penser qu'il avait une capacité de travail d'au moins 50% dans son activité antérieure dès cette date, ce qui rejoint d'ailleurs l'appréciation de la Clinique romande de réadaptation, qui recommandait un nouvel examen à l'agence à cette échéance. ” Par décision du 12 septembre 2007, la CNA a mis fin à ses prestations au 30 septembre 2007 au soir (indemnité journalière et frais de traitement) et renoncé à sa demande de restitution de la somme de 3'753 fr. 75. Se référant à l'appréciation du 5 septembre 2007 du Dr Z. \_\_\_\_\_, elle a considéré que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade. Quant aux troubles psychiques, elle a estimé qu'ils ne pouvaient s'expliquer comme étant des séquelles de l'accident. Elle a confirmé ce prononcé par décision sur opposition du 23 octobre 2007 en précisant s'agissant des troubles psychiques que le point de savoir s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'éventuelle affection de nature psychique et l'accident pouvait rester indéterminé dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. Le 6 décembre 2007, le demandeur a déposé une demande de rente AI. Dans un rapport du 5 février 2008, les Drs C. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, E. \_\_\_\_\_, chef de clinique et la psychologue P. \_\_\_\_\_ d' [...] ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'antécédent d'état de stress post-traumatique (F43.1), ces diagnostics étant déjà présents lors du traitement. Ces praticiens ont indiqué en outre ce qui suit: “ B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que: (indiquer la profession) 100% de 26.06.2006 à 13.11.2006 % de à 50% de 13.11.2006 à 15.11.2006 % de à 100% de 15.11.2006 à 15.01.2007 % de à 0% de 15.01.2007 à % de à note : L'incapacité de travail de Monsieur O. \_\_\_\_\_ a été certifiée par son médecin traitant. [...] 3. Anamnèse Patient bosniaque originaire du Kosovo. Arrivé en Suisse au début des années 1990 comme travailleur immigré. Aujourd'hui au bénéfice d'un permis C, il a travaillé durant plusieurs années comme maçon-coffreur. Monsieur O. \_\_\_\_\_ s'est marié à l'âge de 21 ans avec une femme de la même origine que lui, et est aujourd'hui père de 5 enfants. Le patient susmentionné fait partie d'une fratrie de 6, dont les membres sont dispersés en Europe. Les parents de Monsieur O. \_\_\_\_\_ vivent au Kosovo et sont aujourd'hui âgés de plus de 70 ans. Monsieur maintient avec eux des contacts réguliers. Jusqu'à l'été 2006, la vie du patient susmentionné semble s'être déroulée sans incidents particuliers. En été 2006, Monsieur O. \_\_\_\_\_ conduisait sur une autoroute en Serbie, avec ses 4 enfants et sa femme enceinte à bord. Toute la famille, accompagnée d'une famille parente, se rendait en Kosovo pour les vacances. Leur voiture est alors entrée en collision avec un autre véhicule arrivant en contresens. L'autre véhicule avait été déporté après avoir heurté un camion. Monsieur O. \_\_\_\_\_ et une de ses filles ont été blessés lors de l'accident. Le patient dit avoir perdu connaissance et ne pas se souvenir de la période suivant l'accident jusqu'à

l'arrivée à l'hôpital. Selon Monsieur O. \_\_\_\_\_, la prise en charge médicale a été insuffisante. Il rapporte que ses troubles ont été banalisés. Selon les rapports médicaux, suite à cet accident Monsieur O. \_\_\_\_\_ aurait subi des contusions multiples pour lesquelles le traitement a été symptomatique. Une évaluation psychiatrique a été effectuée par le Dr N. \_\_\_\_\_ à la Clinique Romande de Réadaptation à Sion. Ce dernier a constaté un Etat de Stress Post-Traumatique avec des intrusions, des conduites d'évitement, et des troubles du sommeil d'une intensité légère à moyenne. A partir de cet accident, le patient n'a plus été capable d'assumer une activité professionnelle, et son médecin généraliste a certifié son incapacité de travail. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a adressé le patient susmentionné à [...] en juin 2007, date à laquelle a débuté le suivi psychothérapeutique.

4. Plaintes subjectives - angoisses - nervosité et tension extrême - manque de patience - problèmes d'attention et de concentration - céphalées - douleurs au bras gauche et au dos - vertiges - perte de l'intérêt et du plaisir - pensées intrusives - vision pessimiste de l'avenir - tristesse - troubles du sommeil (endormissement difficile, réveils multiples durant la nuit, cauchemars) - fatigue - hypervigilance; intolérance au bruit - perte de confiance en soi - idées de culpabilité très présentes, notamment concernant le contexte de l'accident et sa situation familiale actuelle - sentiment d'inutilité - troubles de l'appétit

5. Constatations objectives Patient collaborant. S'exprime dans un français de base. Les entretiens se déroulent en présence d'un interprète. Orientation aux 4 modes. Montre parfois une agitation psychomotrice (mouvements des jambes et des mains, changements de position fréquents). Peut également se montrer plus passif ou indifférent. Nous notons une thymie triste, une anxiété flottante importante, et une irritabilité très présente. S'exprime d'une voix forte et claire. Le discours est cohérent et adapté, centré principalement sur l'accident subi ainsi que ses conséquences actuelles pour lui et sa famille. Monsieur O. \_\_\_\_\_ a l'impression de ne plus être la même personne depuis l'accident. Ces propos ont été confirmés par sa femme qui porte le même sentiment. Nous n'avons pas constaté de troubles du cours et du contenu de la pensée, ni de signes florides de la lignée psychotique. Il n'exprime pas d'idées suicidaires, mais un sentiment d'inutilité et une projection négative dans l'avenir. [...] 7. Thérapie / Pronostic Le patient a été suivi à [...] depuis le mois de juin 2007 à raison d'un entretien à quinzaine. Un suivi physiothérapeutique a également été mis en place. A partir du mois de décembre 2007, un traitement médicamenteux antidépresseur (cipralax 10mg/jour) et hypnotique (stilnox 10mg/jour) a été instauré. Nous évaluons actuellement son incapacité de travail à 50%, avec des limitations fonctionnelles détaillées aux points 4 et 5 (nervosité et tension extrême, problèmes d'attention et de concentration, troubles du sommeil...) l'empêchant de reprendre son activité professionnelle en tant que maçon- coffreur. Nous pensons cependant que des mesures d'évaluation et de réorientation professionnelles sont envisageables dès aujourd'hui, mais à 50%. La psychothérapie va se poursuivre pour un temps impossible à déterminer dans l'état actuel des choses. Nous craignons une chronification des symptômes, notamment des symptômes douloureux. Nous pensons qu'une réévaluation sera nécessaire dans un an. " Le 26 février 2008, le Dr A. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique suite à un accident de la circulation le 26 juillet 2006, de bursite sous acromiale de l'épaule gauche et de spondylarthrose lombaire. Dans l'activité habituelle, il a indiqué les incapacités de travail suivantes : 100 % du 26 juillet 2006 au 9 décembre 2007 et 70% du 10 décembre 2007 à la date de son rapport. Il a précisé que le demandeur était suivi en psychothérapie par la fondation [...] et essayait de se recycler dans un emploi sans charges lourdes par le biais de l'office régional de placement (ORP). Il résulte du rapport d'examen clinique

rhumatologique et psychiatrique du 18 novembre 2008 des Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne – rhumatologie et I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI notamment ce qui suit: “ DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail • Lombalgies communes (M 54.9) • Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) • Traits de personnalité sensitifs (F 60.0) • Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) - sans répercussion sur la capacité de travail • « Hémisindrome douloureux » de l'hémicorps G • Hypertension artérielle • Obésité. APPRÉCIATION DU CAS Au plan somatique , M. O. \_\_\_\_\_ affirme avoir été en bsh jusqu'en juillet 2006. Le 26.07 de cette année, il est victime d'un accident de la route (choc frontal) au cours duquel il n'a, objectivement, pas subi de traumatisme très important. Certes, il est très critique par rapport à la manière dont il a été pris en charge dans le premier établissement sanitaire où il a été transféré par la police, mais on a quand même le droit d'admettre que la situation n'était pas extrêmement inquiétante puisqu'il a néanmoins été vu par divers médecins qui l'ont laissé repartir de l'hôpital et finalement être amené par des moyens de transport non spécialisés jusqu'à la frontière du Kosovo ; il sera certes hospitalisé pendant 8 jours dans un hôpital du Kosovo mais aucun traitement très spécifique ne sera entrepris. Depuis lors toutefois, l'assuré annonce un état douloureux permanent de la région sous-occipitale et de pratiquement tout l'hémicorps G ; les traitements appliqués, tant stationnaires à la CRR que ambulatoirement sous forme de physiothérapie et de médicaments divers per os n'ont guère modifié la situation. Cliniquement, on est en présence d'un assuré de constitution massive, visiblement sur la défensive, participant néanmoins de manière adéquate à l'entretien et à l'examen clinique. L'examen général est marqué par une TAH sensiblement trop élevée, quoique l'assuré affirme être sous traitement de Beloc Zok®, et par un net excès pondéral. L'examen neurologique fait surtout apparaître une hyposensibilité de pratiquement tout l'hémicorps G, ne respectant aucun dermatome. En revanche, il n'y a pas de signes pyramidaux ni de signes évoquant un important trouble de l'équilibre. Au plan rachidien, l'examen fait apparaître des troubles modestes de la statique vertébrale, mais une mobilité correcte du rachis tant cervical que dorso-lombaire. En revanche, tous les signes dits de non organicité selon Waddel sont positifs. L'examen ostéoarticulaire des extrémités fait surtout apparaître un important défaut de mobilité active de l'épaule G. Néanmoins, objectivement, la mobilité de cette épaule est dans les normes, ce que laisse d'ailleurs suspecter l'absence totale d'amyotrophie tant cliniquement que sur les deux IRM de cette articulation dont on dispose. Les documents radiologiques à disposition ont été décrits ci-dessus. Il n'y a pas de pathologie significative au niveau de l'épaule G ni en radiologie standard ni en IRM, même en arthro-IRM. Les RX de la colonne cervicale mettent en évidence des troubles dégénératifs banals. Au niveau lombaire, la radiologie standard est éloquente. En IRM, on constate une discopathie L1-L2, une discopathie L4-L5 et dans une moindre mesure, L5-S1. En revanche, il n'y a pas de conflit radiculaire au niveau en question tout au plus peut-on relever une discrète hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc, dans la région lombaire basse. En résumé, M. O. \_\_\_\_\_ présente depuis un accident de la route, certainement dramatique mais sans conséquence organique sévère pour lui, un état douloureux chronique réfractaire à tous les traitements essayés, intéressant pratiquement tout l'hémicorps G. L'examen clinique objectif est peu éloquent. En revanche, il existe de nombreux signes de non organicité tant en ce qui concerne le rachis que l'épaule G. Certes, les investigations radiologiques ont mis en évidence des troubles dégénératifs au niveau lombaire qui existaient certainement au moment de l'accident de juillet 2006 et qui n'empêchaient pas

l'assuré de travailler en plein dans une activité professionnelle réputée particulièrement lourde. On ne peut toutefois pas nier l'existence de ces altérations qui signent une certaine fragilité biomécanique du rachis et imposent, dès lors, des limitations fonctionnelles qui méritent d'être respectées et ceci même si, dans le courant de l'année 2007, l'assuré a été épinglé par l'Inspektorat du travail alors qu'il travaillait sur un chantier. En ce qui concerne l'épaule G, vu qu'on dispose des arguments nécessaires pour admettre qu'elle n'est pas le siège d'une atteinte organique objective significative, il n'y a pas de limitations fonctionnelles particulières dévolues à cette articulation-là. Au plan psychiatrique, l'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé avant l'accident de la circulation de juillet 2006. Ensuite, anamnestiquement, le rapport médical d' [...] du 05.02.2008 retient le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui aurait évolué vers la chronicité, devenant ainsi une modification durable de la personnalité. Toutefois, d'après la CIM-10, les modifications durables de la personnalité observées après une exposition brève à une expérience de danger vital comme un accident de voiture, ne doivent pas être retenues. Toujours d'après la CIM-10, d'après des recherches récentes, une telle évolution témoigne d'une vulnérabilité psychologique préexistante, vulnérabilité qui s'exprime par des traits de personnalité sensitifs, mis en évidence lors de l'examen au SMR (idées de persécution : suivi durant les promenades). En juin 2007, l'assuré est adressé à [...], et le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique est retenu. A partir de décembre 2007, un traitement médicamenteux d'antidépresseurs est introduit, ainsi qu'un somnifère. Une incapacité de travail à 50% est constatée. Au mois de décembre de la même année, l'assuré s'inscrit au chômage à 30%. L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique ou anxieuse. Une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (d'après la définition de la CIM-10) est constatée. En conclusion, un épisode dépressif et des traits de personnalité sensitifs sont retenus. L'état de stress post-traumatique chronique n'est pas retenu, étant donné que les cauchemars ne sont pas répétitifs, il n'y a pas toujours les mêmes thèmes. Pour ces motifs, les cauchemars font partie des troubles du sommeil, symptôme inclus dans l'épisode dépressif. En ce qui concerne la présence des plaintes douloureuses, en l'absence d'un processus pathologique qui puisse les expliquer, un trouble somatoforme douloureux est retenu. En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis du trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée est constatée ainsi que des traits de personnalité décompensés. D'après la description donnée par l'assuré, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence majeurs sont constatés. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 6 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail se faisant de manière prolongée avec les MS au-dessus de l'horizontale (pour tenir compte équitablement de l'atteinte cervicale). Sur le plan psychiatrique : troubles cognitifs dus à la dépression, perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, sentiment d'inutilité, sentiment de culpabilité pathologique, sentiment de désespoir. Présence d'idées de mort avec projets. Présence d'idées de persécution. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'assuré est au bénéfice d'une incapacité de travail complète depuis son accident du 26.07.2006. Sur le plan psychiatrique, depuis juin 2007, date du début de la prise en charge chez [...].

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Dans les faits, l'assuré n'a plus travaillé du moins officiellement, depuis lors. Au plan somatique toutefois, rien ne permet de s'écarter de la SUVA, qui estime que l'assuré était apte à reprendre son activité initiale à 50% depuis le 01.05.2007. Tout comme l'estime le médecin traitant, le Dr A. \_\_\_\_\_, il apparaît qu'une activité complètement adaptée, respectueuse des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, est possible et exigible à 100%, au moins depuis la date où l'assuré a été déclaré apte à reprendre le travail par la SUVA, soit le 01.05.2007. Sur le plan psychiatrique, une amélioration partielle est constatée à partir du mois de décembre 2007, selon le rapport médical d' [...] du 05.02.2008. Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, elle est de 50%. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée : 50% (après réussite des Mesures de réinsertion sociale). Depuis : décembre 2007. ” Dans un avis médical du 27 novembre 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ du SMR se référant à ce rapport a conclu que le demandeur présentait une atteinte à la santé somatique, suite à un accident, qui entraînait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectueuse des limitations fonctionnelles rachidiennes et que toutefois en raison d'une atteinte à la santé psychique, il présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Dans un projet de décision du 30 janvier 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière dès le 26 juillet 2007 puis une demi-rente dès le 1 er mars 2008. Une copie de ce projet a été adressée à la défenderesse. Par décision du 8 juin 2009, l'OAI a confirmé ce projet notamment pour les motifs suivants : “ Résultat de nos constatations : Depuis le 26.07.2006 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé d'août 05 à février 07, en qualité de coffreur pour l'agence T. \_\_\_\_\_ SA à [...]. Vous vous êtes également inscrit au chômage. Actuellement, vous êtes à l'aide sociale. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique en date du 10.11.08 a eu lieu au Service médical régional AI. Il ressort de l'ensemble des renseignements médicaux en notre possession que la capacité de travail est de 50 % dans toute activité lucrative à partir de décembre 07, respectant les limitations fonctionnelles, telles que : la nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids au-delà de 6 kg, pas de port régulier de charges d'un poids au-delà de 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail se faisant de manière prolongée avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale (pour tenir compte équitablement de l'atteinte cervicale). A l'échéance du délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail et de gain est totale puis la capacité de travail est de 50 %. A partir de décembre 2007, votre capacité de travail est de 50 % au plan médical. Notre décision est par conséquent la suivante: A partir du 26.07.2007, le droit à une rente entière puis, dès le 01.03.2008 (après trois mois d'amélioration), une demi-rente est reconnu. ” Dans le cadre d'une procédure de révision, le Dr A. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 10 mai 2010, a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail celui d'état de stress post-traumatique depuis le 26 juillet 2006. Dans la dernière activité exercée, il a retenu une incapacité de travail entière du 26 juillet 2006 au 9 décembre 2007 puis de 70%. Le 2 juin 2010, la Dresse???. \_\_\_\_\_, chef de clinique de la fondation [...] et la psychologue P. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F32.0), de céphalées de tension (G44.2) et d'antécédent d'état de stress post-traumatique (F43.1). Elles indiquaient que l'état de santé du demandeur s'était

amélioré. Elles précisait que l'état de santé actuel n'était pas stabilisé, le demandeur restant sensible aux facteurs de crise et l'évolution étant encore incertaine. Elles ont retenu une capacité de travail de 50%. A la suite d'une révision, l'OAI a informé le demandeur par communication du 7 mars 2011 que son taux d'invalidité était resté inchangé. Par lettre du 4 avril 2012, O.\_\_\_\_\_ a demandé à la défenderesse de vérifier son droit à une rente LPP. Le 27 novembre 2012, la défenderesse lui a répondu que le cas était considéré comme clos, la rente AI étant octroyée sur la base de problèmes psychiques dont le traitement avait débuté en juillet 2007 après la sortie du demandeur de l'assurance. Le demandeur a contesté ce fait par lettre du 5 décembre 2012, relevant que son problème de santé datait du 26 juillet 2006, date de l'accident. Dans une lettre du 3 mai 2013, la défenderesse a écrit notamment ce qui suit: "Le contrat de travail de Monsieur O.\_\_\_\_\_ a pris fin au 4 février 2007. Ainsi que vous le relevez à juste titre, Monsieur O.\_\_\_\_\_ est en incapacité de travail depuis le 26 juillet 2006 et au bénéfice d'une rente de l'assurance invalidité (AI) depuis le 26 juillet 2007. Il en découle que l'invalidité est survenue après la fin des rapports de travail et partant après la fin du rapport d'assurance de la prévoyance professionnelle. Se pose la question de savoir si la cause de l'invalidité, respectivement celle de l'incapacité de travail, sont survenus durant le rapport d'assurance. Sur la base du dossier médical, il est établi que la cause de l'incapacité de travail de Monsieur O.\_\_\_\_\_ a débuté le 26 juillet 2006. Elle repose sur un trouble somatoforme douloureux dont la cause n'est pas clairement définie. Or, les troubles somatoformes douloureux n'ont en général pas de conséquences pour la capacité de travail, à moins qu'ils ne s'accompagnent d'une maladie psychiatrique (circulaire de l'AI valable à partir du 1 janvier 2004). Il a été établi par l'office AI que le diagnostic d'épisode dépressif sévère est attesté depuis le 26 juin 2007. Il est la cause de l'invalidité. Or, ce diagnostic d'épisode dépressif sévère n'a jamais conduit à une incapacité de travail pendant la durée de couverture de l'assurance prévoyance professionnelle. De ce fait, il s'en suit qu'il n'existe aucun droit à des prestations à l'encontre de la fondation de prévoyance V.\_\_\_\_\_." Le 1 er juillet 2013, le demandeur a contesté ce courrier et conclu à l'octroi par la défenderesse de rentes d'invalidité. Le 18 juillet 2013, la défenderesse a maintenu ne devoir aucune prestation au demandeur. C. Par demande du 30 août 2013 adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, O.\_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais et dépens, que la défenderesse est sa débitrice dès le 26 juillet 2007, des prestations de prévoyance professionnelle découlant de son invalidité, plus particulièrement une rente entière du 26 juillet 2007 au 1 er mars 2008 puis une demi-rente dès le 1 er mars 2008, ainsi que les rentes pour enfants correspondantes, le montant de ces prestations étant déterminé en fonction des avoirs de prévoyance professionnelle du demandeur selon certificat d'assurance à produire par la défenderesse et un intérêt moratoire de 5 % courant dès le dépôt de l'ouverture de l'action. Il soutient en substance que la défenderesse est liée par la décision AI dont elle a reçu copie, qu'elle n'a pas contestée et qui n'est pas manifestement insoutenable. Il allègue en outre que la fibromyalgie est mentionnée dès le mois de novembre 2006 par le Dr A.\_\_\_\_\_ comme cause de l'incapacité de travail, que le psychiatre de la CRR relève à la fin du mois de janvier 2007 que l'affection psychique dont souffre le demandeur entrave son fonctionnement et que le médecin d' [...], a par deux fois indiqué que l'épisode dépressif constaté en juin 2007, était déjà présent à cette date et qu'il était en lien avec l'accident du 26 juillet 2006. Il en déduit que les troubles psychiques considérés comme invalidants justifiaient déjà une incapacité de travail alors que le demandeur était assuré auprès de la défenderesse, son contrat de travail ayant pris fin le 4 février 2007 et l'affiliation à

l'institution de prévoyance s'étant dès lors terminée le 4 mars de la même année. Il ajoute que la défenderesse ne saurait se fonder sur la décision de la CNA, cette décision n'ayant aucun impact sur la date à laquelle remontent les troubles psychiques ayant abouti à l'invalidité. Par réponse du 21 octobre 2013, la défenderesse a conclu avec suite de frais et dépens au rejet de la demande. Elle estime que la condition de la connexité matérielle n'est pas réalisée. En substance, elle soutient que les atteintes somatiques du demandeur ne justifient pas une incapacité de travail de longue durée et donc une invalidité en se fondant sur les constatations de la CNA reprises également par l'OAI. Au niveau psychique, elle allègue qu'une atteinte à la santé de nature invalidante (dépression sévère) n'est établie au plus tôt que dès le 26 juin 2007 alors que le demandeur n'était plus affilié à la défenderesse, les troubles psychiques s'étant manifestés pendant la durée d'assurance auprès de la défenderesse ne fondant pas une invalidité. Dans sa réplique du 8 novembre 2013, le demandeur a maintenu ses conclusions et précisé s'agissant du calcul des rentes que le dossier devait être renvoyé à la défenderesse pour qu'elle y procède compte tenu du plan de prévoyance et du renchérissement. Il soutient que si la défenderesse entendait remettre en cause la connexité, elle aurait dû le faire au moment où elle a eu connaissance du projet de décision de l'OAI puis de sa décision. Il ajoute que de toute manière le lien de connexité matérielle est établi en se référant à l'ATF 9C\_484/2012. Dans sa duplique du 2 décembre 2013, la défenderesse a maintenu ses conclusions. Elle a notamment relevé que l'arrêt sur lequel se fonde le demandeur diffère du présent cas, dès lors que des incapacités de travail pour des motifs psychiques ont été attestées pendant la durée d'assurance. 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 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982, 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 let. c LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 consid. 2 et 239 ; 117 V 237 consid. 2b et 329 consid. 5d ; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, 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 du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, est recevable en la forme. 2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement

être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351, consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5 et 9C\_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1.).

4. a) Selon la jurisprudence, (ATF 138 V 409 consid. 3.1), dans le système de la prévoyance professionnelle, 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 – la définition de

l'invalidité de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 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 126 V 308 consid. 1). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b et 115 V 208 consid. 2c). Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir TFA B 39/2003 du 9 février 2004, consid. 3.1). En l'espèce, le règlement de la défenderesse prévoit qu'une personne assurée est invalide notamment si elle est déclarée invalide par l'assurance-invalidité. Elle a participé, à la procédure en matière d'assurance-invalidité et ne prétend pas que la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité est d'emblée insoutenable. Toutefois pour que la défenderesse soit liée par la décision rendue en matière d'assurance-invalidité, il faut encore que le demandeur soit assuré. b) L'art. 23 lit. a LPP prévoit qu'ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'assurance-invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de cette disposition 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. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références citées). Cependant, pour que l'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 130 V 270 consid. 4.1). 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 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa). L'appréciation du rapport étroit de connexité matérielle est délicat à faire lorsque différents tableaux cliniques se chevauchent, et ne peuvent être séparés de manière suffisamment claire. Ainsi une connexité existe en particulier lorsque les causes à la base de l'incapacité de travail intervenue pendant la couverture d'assurance sont somatiques, et que l'invalidité fondant le droit à une rente de l'assurance-invalidité, et déclenchant éventuellement aussi les prestations du droit de la prévoyance professionnelle, est causée par des raisons psychiques. En l'occurrence, le fait que les problèmes psychiques se sont déjà manifestés pendant le rapport de prévoyance, et que ceux-ci aient visiblement

contribué au déroulement de la maladie, constitue une condition nécessaire mais pas suffisante. Toutefois, lorsque les souffrances somatiques et psychiques peuvent être clairement distinguées, car pendant le rapport de prévoyance, l'atteinte à la capacité de travail n'était pas due aux éléments psychiques qui ont finalement conduit à l'invalidité mais à des éléments somatiques (finalement pas invalidants), le rapport de connexité matériel n'est pas rempli. De même, une connexité matérielle fait défaut lorsqu'une superposition psychogène de douleurs corporelles avec une tendance à l'aggravation n'a pas encore pu être qualifiée de maladie au moment de la cessation du travail et que, en tant que trouble psychique, elle n'était pas à même de restreindre de manière déterminante la capacité de travail, mais qu'un trouble psychique ayant atteint la qualité de maladie a toutefois par la suite été à la base de l'invalidité. Si l'invalidité donnant droit à une rente repose sur plusieurs causes liées à la santé, mais dont une seule a eu des effets sur la capacité de travail de la personne assurée pendant la couverture de prévoyance, l'institution de prévoyance doit uniquement prendre en charge l'invalidité qui résulte de celle-ci. Pour la part de l'invalidité totale qui est due à des troubles qui ne se sont manifestés de sorte à donner lieu à des prestations qu'après que la personne assurée a quitté l'institution de prévoyance, la connexité matérielle nécessaire fait défaut (Marc Hürzeler in : Schneider/Geiser/Gächter, Commentaire Stämpfli LPP et LFLP, Berne 2010, n. 24 ad art. 23 LPP et la jurisprudence citée). aa) En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr A. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fibromyalgie post-traumatique mais ce diagnostic n'est pas documenté. D'ailleurs il n'est pas posé par les autres médecins spécialistes qui ont examiné le demandeur. Il ne saurait dès lors être retenu. Les médecins de la CRR ont posé les diagnostics secondaires d'accident de la circulation le 26 juillet 2006 avec notion anamnétique de plaies superficielles au visage, au membre supérieur gauche et à la cuisse gauche et de contusions thoraciques, de douleurs de l'épaule gauche, de bursite sous-acromiale de l'épaule gauche, de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de discrets troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires, de discrets troubles statiques et douleurs de la cheville gauche. Ils ont retenu une capacité de travail nulle dans la profession de coffreur pour une durée d'un mois après la sortie, à réévaluer. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu le 5 septembre 2007 que le cas devait être clos par l'assureur-accidents. Il a relevé que la capacité de travail du demandeur dans son activité de coffreur était d'au moins 50% dès mai 2007 alors qu'il avait été surpris à travailler au noir sur un chantier. S'agissant des suites de l'accident, il a indiqué que le bilan radiologique exhaustif, réalisé à la CRR, permettait d'exclure toute lésion notable qui pouvait être directement imputée à l'accident du 26 juillet 2006, lequel n'avait manifestement entraîné que de simples contusions. Enfin, les médecins du SMR ont posé le 18 novembre 2008 le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de lombalgies communes. Ils ont relevé que l'accident était sans conséquence organique sévère pour le demandeur et que si les investigations radiologiques avaient mis en évidence des troubles dégénératifs au niveau lombaire qui existaient certainement au moment de l'accident de juillet 2006, ils n'avaient pas empêché le demandeur de travailler en plein dans une activité professionnelle réputée particulièrement lourde. Ils ont toutefois estimé que l'existence de ces altérations signaient une certaine fragilité biomécanique du rachis et imposaient, dès lors, des limitations fonctionnelles qui devaient être respectées (nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et la position debout, éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 6 kg, le port régulier de charges d'un poids supérieur à 15 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ainsi que le travail se faisant de manière prolongée avec les membres supérieurs

au-dessus de l'horizontale). En ce qui concerne l'épaule gauche, il n'y a pas de limitations fonctionnelles particulières dévolues à cette articulation-là. Ils ont confirmé l'appréciation de la CNA lorsqu'elle estimait que le demandeur était apte à reprendre son activité initiale à 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007 et retenu qu'une activité complètement adaptée, respectueuse des limitations fonctionnelles était possible et exigible à 100%, au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007. Il n'y a aucun motif de s'écarter des conclusions des médecins du SMR dont le rapport sur le plan somatique résulte d'un examen approfondi du cas du demandeur, souscrit aux réquisits de la jurisprudence et a ainsi valeur probante. bb) Sur le plan psychique, le Dr A. \_\_\_\_\_ n'a pas posé un diagnostic sur ce plan le 13 novembre 2006 puisqu'il a mentionné une fibromyalgie. Toutefois même si l'on devait considérer que tel était le cas, il ne saurait être suivi dès lors que ce diagnostic n'est pas motivé comme on l'a vu ci-dessus. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé le 22 janvier 2007 le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il a qualifié ce trouble de sévérité légère à moyenne et n'a pas retenu d'incapacité de travail per se mais uniquement qu'il pouvait influencer négativement la perception douloureuse (mauvaise image de soi) et contribuer à retarder la reprise de travail par ce biais. Il ne mentionne pas non plus d'incapacité de travail dans son certificat du 26 février 2007 destiné à expliquer la nécessité d'une psychothérapie. Le 6 mai 2007, la psychologue Q. \_\_\_\_\_ pose le même diagnostic et ne retient pas d'incapacité de travail. Ce n'est que dans leur rapport du 5 février 2008 que les Drs C. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ et la psychologue P. \_\_\_\_\_ d' [...] ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'antécédent d'état de stress post-traumatique, le demandeur ayant été suivi à [...] depuis le mois de juin 2007. Même s'ils ont indiqué que ces diagnostics existaient déjà lors de leur première consultation, ils n'indiquent pas depuis quand. En outre aucune incapacité de travail n'a été mentionnée par des spécialistes en psychiatrie auparavant. Le 18 novembre 2008 les Drs H. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ du SMR, qui ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de traits de personnalité sensitifs et de syndrome douloureux somatoforme persistant, ont d'ailleurs retenu que l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique existait depuis juin 2007, date du début de la prise en charge chez [...]. Cette appréciation est conforme aux pièces du dossier. Rien ne permet de s'en écarter. Il n'y a ainsi aucune incapacité de travail sur le plan psychique lorsque le demandeur était assuré auprès de la défenderesse. c) Il reste à examiner si comme le prétend la défenderesse, la rente A1 a été octroyée pour des motifs psychiatriques uniquement. Cela revient à déterminer si les troubles somatiques du demandeur entraînent ou non une invalidité. Sur le plan somatique, la capacité de travail du demandeur n'est que de 50% dans son activité habituelle mais elle est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1). L'année déterminante est celle de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit 2007 en l'espèce. aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009

du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1). En l'espèce, il résulte du questionnaire rempli par l'employeur que le salaire horaire du demandeur s'élevait en 2006 et 2007 à 37 fr. 24. Selon la Convention nationale (CN) pour le secteur principal de la construction en Suisse en vigueur en 2007, à laquelle la profession de coffreur est soumise (cf. art. 2 de la convention), le nombre d'heures maximal était de 2'112 heures selon l'art. 24 de la convention, le nombre d'heures par semaine ne devant pas excéder 45 heures selon l'art. 25. Un treizième salaire est prévu. Les revenus du demandeur se seraient ainsi élevés en 2007 à 85'203 fr. en chiffres ronds et 13<sup>ème</sup> salaire compris ( $[37 \text{ fr. } 24 \times 2'112 \text{ heures}] + \{37 \text{ fr. } 24 \times 2'112 \text{ heures}\} \times 8.33\%$ ). bb) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 1 niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 4-2014, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève 4'933 fr. 11 ( $4'732 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 32, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.6%; La Vie économique, 10-2011, p. 99, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 60'144 fr. 48. Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb : 78 et les références citées; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). En l'espèce, seules les limitations fonctionnelles évoquées ci-dessus peuvent motiver un abattement. Compte tenu du fait qu'elles sont relativement modérées, un taux

d'abattement de 10% apparaît justifié. Le salaire avec invalidité s'élèverait ainsi à 54'130 fr. 03 (60'144 fr. 48 – [60'144 fr. 48 x 10%]). Comparé au revenu sans invalidité de 85'203 fr., la perte de gain s'élève à 36.47% ( $(\{85'203 \text{ fr.} - 54'130 \text{ fr.} 03\} / 85'203 \text{ fr.}) \times 100$ ). d) Il apparaît ainsi que la rente allouée par l'OAI est due à des problèmes psychiatriques uniquement. Aucune incapacité de travail n'ayant été retenue par les médecins spécialistes en psychiatrie lorsque le demandeur était assuré auprès de la défenderesse, on ne se trouve pas dans le cas de l'arrêt 9C\_484/2012 cité par le demandeur où une incapacité de travail due à l'affection ayant causé l'invalidité existait pendant la période d'assurance auprès de l'institution de prévoyance. C'est dès lors à juste titre que la défenderesse a refusé d'allouer des prestations au demandeur. 5. a) La procédure étant gratuite (cf. art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. b) Bien qu'obtenant gain de cause, la défenderesse n'a pas droit à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une 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 réalisé en l'espèce. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. La demande formée le 30 août 2013 par O.\_\_\_\_\_ est rejetée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Service juridique de Intégration handicap (pour O.\_\_\_\_\_), ■ V.\_\_\_\_\_, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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.