

VD_FINDINFO Jug / 2017 / 233 vom 16. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2017___233

FR: VD_FINDINFO Jug / 2017 / 233 du 16 juin 2017

IT: VD_FINDINFO Jug / 2017 / 233 del 16 giugno 2017

Regeste

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE, RENTE D'INVALIDITÉ | 23 LPP, 41 LPP, 73 LPP

Erwägungen

E. 16

juin 2017 _____ Composition : Mme Thalmann , présidente Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : C. _____ , à [...], demanderesse, représentée par Me Etienne J. Patrocle, avocat à Morges, et [Fondation collective] B. _____ , à [...], défenderesse, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne. _____ Art. 23, 41 et 73 LPP. E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : la demanderesse), ressortissante portugaise née en 1960, a travaillé comme employée de maison dès le 1 er avril 1982 au service de la Clinique V. _____. En 1999, son salaire se serait élevé à 3'971 fr. treize fois l'an. Le 4 février 1999, son contrat de travail a été résilié par l'employeur avec effet au 31 mai 1999, en raison d'absences pour cause de maladie ayant par trois fois succédé à des périodes de congé. L'intéressée était alors assurée auprès de L. _____, Fondation collective LPP de La X. _____, Fondation collective LPP de X. _____ (ci-après : L. _____, Fondation collective LPP de La X. _____), reprise en 2011 par [Fondation collective] B. _____ (ci-après : la défenderesse). En date du 29 février 2000, l'employeur susdit a rempli un formulaire « Annonce de départ vie collective » annonçant la dissolution des rapports de travail avec la demanderesse dès cette même date. C. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 17 mai 1999, sollicitant l'octroi d'une rente. X. _____, assureur perte de gain, a mandaté expert le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il résulte de son rapport du 22 juin 1999 notamment ce qui suit : " Depuis 1983 Madame C. _____ manquera régulièrement son travail chaque fois pour des douleurs gastro-intestinales. En 1999 elle sera en incapacité à 100% du 11.2.99 au 7.3.99 [et] du 29.3.99 au 11.4.99, à 50% du 12.4.99 au 18.4.99 et de nouveau à 100% du 14.4.99 au 26.4.99. Une nouvelle incapacité à 100% perdue depuis le 10 mai 1999. Trois diagnostics en l'occurrence bénins sont donc retenus par son médecin traitant : - une discrète gastrite antrale avec hernie hiatale. - un colon spastique. - une lombosciatalgie gauche, aujourd'hui pauci symptomatique. Ce dernier tentera donc désespérément de la remettre au travail. Chaque reprise se soldait par une spectaculaire recrudescence de symptomatologie. [...] a] Diagnostic - selon DSM IV : Trouble somatisation F.45.0 [300.81] - selon DSM IV : Trouble panique sans agoraphobie F 41.0X [300.01] - gastrite antrale avec hernie hiatale. - colon spastique - lombosciatalgies gauches. b] Si l'incapacité de travail de la patiente est justifiée, compte tenu de son âge, de sa profession ainsi que de son affection. Oui, l'incapacité de travail est justifiée : il y a une

évidence que les manifestations cliniques sont nettement disproportionnées par rapport aux affections somatiques investiguées (gastrite antrale, hernie hiatale, colon spastique, lombosciatalgies) cependant le mécanisme de somatisation implique un défaut de mentalisation des conflits et devient en ce sens le premier symptôme d'un état dépressif non reconnu comme tel. c] Si le traitement médical est adéquat. Y aurait-il des mesures que vous proposeriez au médecin traitant ? La patiente a été adressée à juste titre à un psychothérapeute. Il faudrait se poser la question d'une approche cognitivo comportementale en regard de la survenue d'attaque de panique et de la tendance évidente de la patiente à interpréter des symptômes neuro-végétatifs comme étant un danger de perte de contrôle. d] S'il y a des comorbidités ou d'autres facteurs qui interfèrent avec la maladie pour expliquer la prolongation de l'incapacité de travail ou entraîner une aggravation de l'incapacité de travail, annonce de licenciement par exemple. Oui, l'annonce de son licenciement pour le 31 mai 1999 a vu une nette recrudescence de la symptomatologie (selon son médecin traitant), oui son mari a été également menacé de perte d'emploi, oui son fils avait de la difficulté à trouver un emploi. La symptomatologie est-elle l'expression d'une angoisse de perte familiale de la capacité de travail ? Faut-il y voir la recherche d'un bénéfice secondaire sous forme de rente AI pour un retour au Portugal? La question reste ouverte. e] Quel est votre pronostic quant à la maladie et à l'évolution de l'incapacité de travail ? Son médecin traitant est actuellement désarmé, plus il la remet au travail plus elle tombe malade. Selon le DSM IV le trouble somatisation est chronique fluctuant avec de rares rémissions spontanées complètes. Il se passe rarement une année sans que des symptômes somatiques inexpliqués pousse l'individu à voir un médecin. " Dans son rapport du 21 juillet 1999, le Dr P. _____, médecin généraliste, a posé les diagnostics de somatisations multiples avec troubles paniques sans agoraphobie, gastrite antrale discrète, colon spastique et lombosciatalgies gauches. Il a mentionné que l'assurée s'était trouvée en incapacité de travail à des taux de 100 % du 11 février au 7 mars 1999 et du 29 mars au 11 avril 1999, de 50 % du 12 au 18 avril 1999, puis de 100 % du 19 au 26 avril 1999, du 10 au 11 mai 1999 et du 14 au 28 mai 1999, étant précisé que depuis le 29 mai 1999, la patiente avait été adressée à une psychiatre (la Dresse F. _____) qui la prendrait désormais en charge sur ce plan et déciderait de son incapacité de travail. Au status, le Dr P. _____ a en particulier constaté ce qui suit : " Il s'agit d'une femme de 39 ans en bon état général de nutrition et d'hydratation, bien orientée dans le temps et l'espace. Poids : 67.8 kg pour une taille de 159,5 cm. TA : 120/80. FC : 80/min. régulière. Le status général ne montre rien de particulier. Au niveau de l'appareil digestif, l'abdomen est plutôt ballonné et sensible à la palpation profonde, l'auscultation est sans particularité. Au niveau de sa colonne vertébrale, on ne note aucun trouble statique sinon une légère accentuation de sa lordose lombaire; la mobilisation du segment lombo-sacré est sensible dans tous les sens avec un Shober lombaire de 9/12,5 et un DDS de 14,5 cm. Pas de trouble des réflexes ostéo-tendineux ni de motricité. Les examens de laboratoire sont tous dans la norme. La radiographie standard de la colonne lombaire montre quelques lésions L5-S1 sous forme d'altération dégénérative de la jonction disco-vertébrale d'une part et d'autre part d'une lésion malformative des éléments postérieurs. Une gastroscopie faite le 23.04.99 par le Dr Z. _____ montre une hernie hiatale par glissement sans signes d'oesophagite et une discrète gastrite antrale. Ces lésions ont déjà été démontrées en 1984. Par contre la biopsie a démontré une gastrite chronique antrale en phase active à *Helicobacter pylori*. Suite à cette découverte, je l'ai mis sous traitement éradicateur selon schéma habituel et malgré cela, ses plaintes persistent. Quant à sa lombalgie ses plaintes persistantes et récidivantes, je l'ai adressée au Dr K. _____ ,

neurologue à [...], pour un examen neurologique détaillé avec un EMG des MI. Ce dernier confrère n'a pas pu objectiver de syndrome lombo-vertébral significatif et n'a pas mis en évidence d'atteinte neurogène périphérique à l'EMG. Malgré cela, un CT-scan a été fait et la conclusion a été une hernie discale luxée cranialement en L5-S1. Au vu de la difficulté d'interprétation de ce CT-scan, un CT de la colonne lombaire post radiculographie et saccoradiculographie a été proposé et fait. Ce dernier examen a montré une émergence conjointe de la racine L5-S1, sans signe de hernie discale ni de compression radiculaire. Malgré tous ces examens dans le fond plutôt bénins, et différents traitements conservateurs, à savoir médicamenteux et même physiothérapeutique, ses plaintes persistent et ont tendance à s'accroître dès que j'essaie de la remettre au travail. Ses symptômes augmentent donc depuis qu'elle a reçu son congé comme aide hospitalière à la Clinique V. _____ en mai 99. Au vu de ce qui précède, je conclus donc à une somatisation multiple chez une dépressive réactionnelle avec trouble panique sans agoraphobie. Ne pouvant plus gérer le problème, je l'ai adressée à mon confrère psychiatre, la Dr[e]sse F. _____ à [...]. Il faut signaler outre son licenciement, à la même période, l'entreprise où travaille son mari a fait faillite et ce dernier n'est pas sûr de pouvoir garder sa place. Et pour couronner le tout, son fils qui vient de finir son apprentissage, n'a toujours pas trouvé de travail. En conclusion, du point de vue strictement somatique, je n'ai pas d'argument pour lui octroyer une rente d'invalidité. Par contre, vu ses problèmes d'ordre psychiatrique, je pense qu'il convient de demander un rapport à la Dr[e]sse F. _____." Aux termes d'un rapport du 5 mars 2000, la Dresse F. _____ a posé les diagnostics de trouble somatisation, hernie hiatale avec gastrite antrale, colon spastique, lombosciatalgies gauches et troubles allergiques (asthme). Elle a indiqué notamment ce qui suit : " En résumé, cette patiente présente depuis son enfance une tendance aux troubles digestifs. Ces troubles se sont aggravés en 1980 au décès de sa mère, décès qui a été extrêmement traumatisant pour elle, d'autant plus qu'il est survenu alors qu'elle venait d'accoucher de son premier enfant. Par la suite, les somatisations touchant en général la sphère digestive, ont fluctué au gré des difficultés existentielles rencontrées, difficultés surmontées dans un premier temps, mais toujours au prix d'un épuisement considérable, et de plus insuffisamment élaborées. L'évolution de l'état de santé a été particulièrement défavorable ces dernières années, très probablement suite à plusieurs décès survenus dans la famille. L'aggravation majeure est survenue il y a une année dans le contexte de difficultés professionnelles, touchant à la fois son fils, son mari et elle-même. Son licenciement après 17 ans d'activité au même endroit a été vécu comme une injustice, comme la non reconnaissance de tous les efforts fournis pour travailler malgré l'atteinte à la santé et a conduit à de forts sentiments d'insécurité. Il a précipité les troubles vers une régression somatique et une chronification à mes yeux définitive. L'absence d'évolution favorable depuis une année, le fait que la prise en charge psychiatrique n'ait été instaurée que tardivement en fin d'évolution sont des facteurs de mauvais pronostic, ce d'autant plus que cette régression somatique survient vers 38 ans, dans un probable mouvement identificatoire à la mère, atteinte elle-même gravement dans sa santé, au même âge. L'incapacité de travail est totale, elle me paraît définitive et non améliorable par quelque mesure que ce soit." Le 20 septembre 2001, la Dresse S. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé notamment que, dans la discussion, la Dresse F. _____ décrivait une thymie déprimée, un appauvrissement psycho-moteur et des affects, ainsi qu'une régression. Elle a estimé que l'ensemble de ces troubles paraissait correspondre à des troubles somatoformes douloureux qui ne constituaient pas une atteinte à la santé selon la loi. Afin de distinguer la part psychiatrique réelle (dépressive) de son

action sur la capacité de travail, la Dresse S. _____ a préconisé une expertise psychiatrique. Mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport le 5 décembre 2001. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de dépression anxieuse persistante (F34.1), somatisations (F45.0) et de personnalité fragile à traits infantiles (F60.8). Il a précisé que cette psychopathologie s'était installée très progressivement, probablement sur des années, et était devenue invalidante en 1999. Il a considéré que la demanderesse souffrait d'une lourde psychopathologie qui entravait sa capacité d'adaptation et par là-même sa capacité lucrative de façon chronique, une importante partie de son énergie psychique étant utilisée à maintenir un équilibre instable et son état étant très régressé. Le Dr M. _____ a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans leur avis du 29 janvier 2002, les Drs S. _____, L. _____ et Q. _____ du SMR ont relevé que la demanderesse souffrait de lombalgies sans irradiation et sans hernie discale, d'une hernie hiatale par glissement, sans œsophagite, avec une gastrite traitée. Ils ont souligné que, selon le médecin traitant, il s'agissait de somatisations ne limitant pas la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, ils ont estimé que les pathologies psychiatriques (dépression anxieuse persistante et personnalité fragile à traits infantiles) ne correspondaient pas à une comorbidité psychiatrique permettant une prise en compte d'un trouble somatoforme douloureux (somatisations) au sens légal et qu'il n'y avait donc pas d'incapacité de travail du ressort de l'AI chez cette assurée. Par projet de décision du 5 février 2002, confirmé par décision du 5 mars 2002, l'OAI a refusé à la demanderesse l'octroi de toutes prestations, faute d'atteinte invalidante. Il a considéré ce qui suit : " Nous avons examiné sur votre demande votre droit aux prestations [sic]. Selon l'article 4 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée (en principe une année) résultant d'une atteinte à la santé. En outre, l'article 8 LAI précise que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation si elles sont nécessaires et de nature à rétablir, à améliorer ou à sauvegarder la capacité de gain. Afin d'évaluer au mieux votre capacité de travail, nous avons fait procéder à une expertise médicale, qui a eu lieu courant 2001. Il ressort du rapport d'expertise que vous ne présentez aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer votre capacité de travail. Au plan somatique, vos problèmes de santé ne sont pas considérés comme une atteinte à la santé invalidante pouvant justifier une incapacité de travail. Au plan psychiatrique, les troubles décrits ne sont pas non plus invalidants dans la mesure où il n'existe apparemment pas une comorbidité psychiatrique grave associée. Selon les renseignements dont nous disposons, et après analyse de votre dossier par nos services médical et juridique, nous estimons qu'une capacité de travail entière peut raisonnablement être exigée de vous, tant au plan somatique qu'au psychiatrique. Vous ne présentez ainsi aucune invalidité au sens de l'art. 4 LAI précité, et le droit à une rente ou à des mesures professionnelles ne peut dès lors que vous être refusé. " La demanderesse a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances. Dans le cadre de l'instruction du recours, l'expert M. _____ a indiqué, par lettre du 18 juillet 2003, que la demanderesse ne souffrait pas d'une psychose. Par avis SMR du 9 septembre 2003, les Drs S. _____, L. _____ et Q. _____ ont exposé ce qui suit : " L'expert psychiatre, Dr M. _____, juge la pathologie psychique grave, mais il n'y a jamais eu d'hospitalisation, ni de suivi régulier plus fréquent qu'une fois par mois. Le traitement médicamenteux n'est pas non plus très lourd. La structure de personnalité n'est pas psychotique (cf. question du tribunal), mais seulement immature. Il s'agit d'une

décompensation de type dysthymique d'un trouble de la personnalité (immature), sans « crash » thymique. Ce trouble de la personnalité ne l'a pas empêchée de travailler auparavant. Au sens de l'Assurance-Invalidité, la pathologie décrite dans l'expertise ne nous semble pas importante au point de réduire la capacité de travail à 0%. La lettre du Dr M. _____ ne nous motive pas à changer d'avis sur la capacité de travail de l'assurée, s'agissant d'une gravité relative en fonction de la décompensation d'un trouble de la personnalité. " Le 8 octobre 2003, la Dresse F. _____ a adressé au conseil de la demanderesse la lettre suivante : "[...] Depuis l'expertise psychiatrique effectuée à la demande de l'AI par le Dr. M. _____ en déc.2001, j'ai continué à suivre régulièrement cette patiente. L'évolution sur le plan psychique est défavorable. Les somatisations, toujours essentiellement digestives, sont toujours au premier plan, massives et présentes sans discontinuité. Elles sont très invalidantes car accompagnées d'un sentiment d'épuisement global, entravant parfois même l'accomplissement des tâches ménagères les plus simples. Parallèlement, la patiente a présenté très souvent des problèmes infectieux, dont le dernier en date, un érysipèle de la face a conduit début a[ô]t à une semaine d'hospitalisation au Centre hospitalier G. _____. Par ailleurs l'état dépressif sous-jacent est de plus en plus manifeste et marqué, caractérisé par un abaissement de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, une adynamie, une perte d'initiative et d'intérêt. L'appauvrissement et le rétrécissement affectif sont considérables. De plus, je suis préoccupée par la situation familiale, de plus en plus perturbée. Il y a notamment les difficultés manifestes d'émancipation de la fille cadette, [...], 17 ans. Elle n'a pas terminé sa scolarité, est actuellement sans emploi et sans place d'apprentissage, après 2 échecs d'abord comme aide en pharmacie puis comme aide en parfumerie. Comme pour tout la patiente s'est montrée démunie, face à ces problèmes, avec de forts sentiments d'impuissance, qui l'ont poussé à demander très rapidement le soutien du SPJ. Le fils a[î]né, [...], 23 ans, vit toujours chez ses parents qu'il soutient moralement et financièrement. Il me paraît peu prêt à se dégager de ce système familial très refermé sur lui-même, et très peu compétent à affronter et à entrer en conflit avec le monde extérieur. Je continue à penser qu'il n'est pas anodin que la symptomatologie de la patiente se soit aggravée à l'âge qu'avait sa mère, [l]orsqu'enceinte d'elle elle est tombée malade (probable hépatite). La mère aurait d'ailleurs reçu le conseil du médecin de famille de se faire avorter pour pouvoir se faire soigner, ce qu'elle a refusé. Cette mère est d'ailleurs malheureusement décédée d'un cancer du foie quelques semaines après que la patiente ait accouché de son premier enfant. Tout cela me para[ît] jouer un rôle important dans la problématique de la patiente, mais n'a pas pu être élaboré de façon significative. Il n'a également pas été possible de remobiliser cette patiente sur le plan psychique, raison pour laquelle les rendez-vous sont assez espacés. Je constate donc une inaptitude totale et définitive à tout travail ou réadaptation. " Dans leur avis SMR du 5 novembre 2003, les Drs S. _____, L. _____ et Q. _____ ont en particulier mentionné ce qui suit : " Nous avons étudié attentivement le rapport d'expertise du 22 juin 1999 du Dr D. _____, psychiatre à [...], qui a examiné l'assurée pour le compte de la X. _____ assurances. Ce dernier ne diagnostique pas d'état dépressif ou de dysthymie, mettant l'accent sur un trouble somatisation et un trouble panique sans agoraphobie. Il relève par ailleurs des éléments circonstanciels défavorables, tels que licenciement de l'assurée, entraînant une recrudescence de sa symptomatologie, menaces sur l'emploi de son époux et difficultés professionnelles de son fils. Il relève sous forme de question la recherche éventuelle d'un bénéfice secondaire sous forme de rente AI dans la perspective d'un retour au Portugal. Quant au rapport du 8 octobre 2003 de la Dresse F. _____,

psychiatre de l'assurée, il confirme l'existence de difficultés familiales et sociales de l'assurée, confrontée aux problèmes d'émancipation de sa fille et soutenue par son fils socialement et financièrement. L'état dépressif de l'assurée est, à la fois, décrit comme « sous-jacent » et « de plus en plus manifeste », ce qui nous amène à estimer qu'il n'atteint pas une intensité suffisante pour correspondre aux critères d'un trouble dépressif majeur. Il n'y a pas de mention de traitements médicamenteux et la prise en charge est à l'heure actuelle toujours espacée. Les éléments anamnestiques et cliniques, décrits par le médecin traitant de l'assurée et les experts, nous apparaissent réactionnels à divers éléments existentiels et ne constituent pas, au sens de l'AI, un motif déterminant pour justifier une atteinte à la santé. " Par arrêt du 3 décembre 2003 (TASS AI 127/02 – 119/2004), le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours. Il a en substance considéré que, tant sur le plan somatique que psychique, la demanderesse était à même d'occuper son dernier emploi actuel à un taux de 100 %, car elle ne présentait aucune atteinte pouvant être invalidante. Par arrêt du 18 juillet 2005 (TFA I 484/04), le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours interjeté par la demanderesse et renvoyé la cause à la juridiction cantonale afin que celle-ci ordonne une expertise psychiatrique. Il a notamment considéré ce qui suit (consid. 4.2.2) : " En l'occurrence, ni le rapport d'expertise du docteur M. _____, ni celui du docteur D. _____ ne permettent de statuer à satisfaction sur le caractère invalidant ou non des troubles somatoformes douloureux présentés par la recourante. Ces médecins n'ont en effet pas recueilli les données qui permettraient de faire application des critères jurisprudentiels en la matière. Tout d'abord, on ne peut pas juger en pleine connaissance de cause de l'existence ou de l'absence d'une comorbidité psychiatrique. Certes, le docteur M. _____ a-t-il retenu une dépression anxieuse persistante ainsi qu'une personnalité fragile à traits infantiles. Il n'a toutefois pas fait mention des éléments pertinents au plan psychiatrique qui l'ont conduit à poser un tel diagnostic, ni décrit en quoi et dans quelle mesure ces atteintes auraient une répercussion sur les divers aspects de la vie de l'assurée. Aussi n'est-il pas possible de se faire une opinion sur leur acuité, sans parler du fait qu'elles n'ont pas trouvé d'écho auprès du docteur D. _____. On peut en tout cas s'interroger sur la portée de la conclusion du docteur M. _____ selon laquelle l'assurée présenterait une «grave psychopathologie». S'agissant, ensuite, de l'exigibilité d'une reprise du travail, on peut se demander si les deux médecins psychiatres n'ont pas attaché une importance prépondérante à la manière dont C. _____ elle-même ressent et assume ses facultés de travail – alors qu'il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible –, ainsi qu'à des circonstances étrangères à l'état de santé de la prénommée (par exemple la situation économique des autres membres de la famille). En revanche, d'autres critères qui sont déterminants pour fonder un pronostic défavorable (comme la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un éventuel conflit intra-psychique ou encore une situation de conflit externe) n'ont été que superficiellement, voire même pas du tout, abordés. Enfin, on constate que la question du profit secondaire tiré de la maladie (c'est-à-dire le désir subjectif de se voir accorder une rente) a été soulevée par le docteur D. _____ sans que celui-ci n'ait voulu l'approfondir, tandis que le docteur M. _____ n'a pas examiné la situation de l'assurée sous cet angle. Or cette question a son importance dans les cas de somatisation en ce sens que s'il existe suffisamment d'indices de cet ordre, cela doit en règle générale conduire au refus des prestations (Meyer-Blaser , op. cit., p.86). " Un mandat d'expertise a conséquemment été confié au Centre [...] (ci-après : le Centre Z. _____) de [...], où l'intéressée a été examinée par la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cette

dernière a rédigé son rapport le 6 mars 2006, dans lequel elle a posé, d'une part, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité anxieuse et immature) (F 60.8) existant depuis l'adolescence, mal compensée depuis 1998 et, d'autre part, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de somatisations (F 45.0) présentes depuis 1998 environ. De ce rapport, il résulte en outre notamment ce qui suit : " Discussion Mme C. _____, 46 ans, d'origine portugaise, mariée, mère de deux enfants adultes, est sans formation particulière. Après une scolarité effectuée au Portugal jusqu'à l'âge de 15 ans, Madame apprend quelques travaux de couture dans son village. A l'âge de 18 ans, mariée, elle rejoint son mari, lui-même déjà installé depuis trois ans dans notre pays. Pendant une dizaine de mois, Madame est engagée comme femme de chambre à plein temps à l'hôtel [...] à [...], puis elle doit regagner le Portugal pendant trois mois, le couple étant au bénéfice d'un permis A. A son retour en Suisse, enceinte, elle travaille six mois à plein temps au [...] puis cesse toute activité pour s'occuper de son enfant. En 1982, elle reprend une activité à plein temps d'aide hospitalière à la Clinique V. _____. Dès 1998, en raison de somatisations diverses, en particulier digestives, Madame est à plusieurs reprises en arrêt de travail. Finalement, elle est licenciée en février 1999 en raison de son absentéisme. Depuis, Madame n'a pas repris d'activité professionnelle. Récemment, l'expertisée a encouragé son mari d'accepter une conciergerie dans leur immeuble. Madame l'aiderait dans cette tâche, à temps partiel. Dans l'anamnèse de Mme C. _____, plusieurs éléments sont à relever : D'une part, la mère de l'expertisée souffrait d[e] longue date d'une hépatite B qui se serait aggravée durant la grossesse de son dernier enfant, à savoir l'expertisée. Une interruption de grossesse aurait été proposée à la mère mais refusée au vu du contexte de l'époque. Depuis sa petite enfance, Mme C. _____ connaît une mère malade, bien qu'elle dénie toute problématique dans son enfance ou adolescence. Cette mère décède fin novembre 1980, quelques semaines après le premier accouchement de l'expertisée. Quatre ans plus tard, son frère dont elle est proche, est opéré d'un ulcère de l'estomac se révélant cancéreux et nécessitant dans un deuxième temps une chimiothérapie. A cette époque, le pronostic semblait fort sombre quant à une rémission possible. Toutefois, ce frère a survécu malgré cette pathologie digestive. En 1998, Madame est confrontée au licenciement de son mari pour raisons économiques, au chômage de son fils après la fin de son apprentissage et à des difficultés relationnelles avec sa fille, probablement dues à son émancipation. Dès lors, Mme C. _____ développe des somatisations essentiellement digestives, requiert plusieurs investigations concluant à un problème psychosomatique. Dès mars 1999, l'expertisée consulte la Dresse F. _____, psychiatre. Un traitement antidépresseur et anxiolytique est prescrit et perdure à ce jour. Sur le plan psychopathologique, actuellement, hormis les troubles du sommeil évoqués par l'expertisée, on ne relève aucun élément floride de la lignée dépressive. Le tonus vital est conservé, sans perte de l'initiative. Madame gère son quotidien et elle a divers loisirs. Les conflits relationnels avec la fille cadette se sont résorbés depuis un peu plus d'une année et les relations mère-fille sont décrites comme bonnes. Toutefois, l'expertisée présente une personnalité anxieuse et immature, des ressources psychiques limitées et peu de capacités pour affronter les conflits intrapsychiques qui dès lors, se manifestent sous forme de somatisations. La personnalité anxieuse et immature est mal compensée ; ceci est assimilable en partie à une comorbidité psychiatrique. Le processus maladif (somatisations) s'étend sur plusieurs années sans rémission durable malgré une prise en charge adéquate. Des bénéfices primaires (cristallisation du conflit intra-psychique) et essentiellement secondaires (mobilisation et attention accrues de l'entourage) sont présents. L'intégration

sociale est maintenue sur plusieurs plans. L'expertisée fonctionne de manière adéquate dans son quotidien. Elle s'occupe activement de son ménage et envisage gérer partiellement une conciergerie. Les traitements ambulatoires ont été entrepris dans les règles de l'art mais avec peu de succès vu la personnalité anxieuse et immature de l'expertisée. Toutefois, la thymie a bien répondu au traitement antidépresseur et l'épisode dépressif est en rémission depuis plusieurs mois. Par ailleurs, des discordances importantes existent entre les nombreuses plaintes alléguées par l'expertisée et ce qui est objectivé durant l'examen. En effet, durant tout le temps de l'expertise, Mme C._____ se montre souriante, enjouée et ne manifeste aucune douleur. Au vu des plaintes douloureuses s'étendant sur plusieurs années, des facteurs psychosociaux et socioculturels jouent un rôle prépondérant dans la situation de l'expertisée et doivent être pris en considération. En étudiant globalement cette situation, au vu de l'absence d'élément dépressif depuis plusieurs mois, la capacité de travail dans une activité simple est d'au moins 70% . " Dans un avis médical SMR du 3 avril 2006, la Dresse Q._____ a estimé qu'il n'y avait aucune pathologie psychiatrique invalidante au sens de l'AI chez la demanderesse qui menait une vie quotidienne normale et avait récemment encouragé son époux à prendre une conciergerie, s'engageant à l'aider. Elle a relevé que l'expertise de la Dresse R._____ confirmait la pertinence de la décision de l'AI et du jugement cantonal, la capacité de travail étant d'au moins 70 % selon l'experte, c'est-à-dire proche de la norme. A la suite du retrait de recours de la demanderesse, la juridiction cantonale a rayé la cause du rôle le 11 avril 2006. Par lettre du 15 mars 2007, la défenderesse a informé la demanderesse que, l'OAI ayant rejeté sa demande de rente par décision du 5 mars 2002 et l'intéressée n'étant plus assurée après avoir quitté le service de son employeur le 29 février 2000, un délai de quinze jours lui était imparti pour indiquer où transférer la prestation de sortie. Par lettre du même jour, la défenderesse a informé la Commission de prévoyance de la Clinique V._____ qu'elle mettait fin à la libération des primes au 31 janvier 2000, transférait la police dans un plan libéré du service des primes du 1^{er} au 29 février 2000 et procédait à l'annulation de la police au 29 février 2000. Entre-temps, le 14 mars 2007, un décompte de sortie a été établi au nom de la Fondation collective L._____, Fondation collective LPP de La X._____, mentionnant que la demanderesse était sortie de l'institution de prévoyance le 29 février 2000. Ensuite, le 15 mars 2007, le montant de la prestation de sortie a été transféré sur un compte d'attente de la Fondation puis sur le compte de libre passage ouvert le 23 mars 2007 par la demanderesse auprès de la Fondation de libre passage de la T._____. B. Par arrêt du 3 juin 2009 (CASSO AI 170/09 – 162/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté la requête de la demanderesse tendant à la révision de la décision de radiation prise le 11 avril 2006. Les 18 et 26 juin 2009, la demanderesse, par son nouveau conseil, a requis de l'OAI la reconsidération de la décision de refus de rente du 5 mars 2002, faisant valoir qu'il était mentionné dans celle-ci qu'elle pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, que la Dresse R._____ avait pourtant retenu une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée et qu'aucune comparaison des revenus n'avait été effectuée. Le 6 juillet 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de la décision du 5 mars 2002 entrée en force. L'office a toutefois souligné qu'il était loisible à la demanderesse, en cas d'aggravation de son état de santé, de produire un certificat médical décrivant et précisant ladite aggravation en vue d'une éventuelle réouverture de son dossier. Les 13 juillet, 17 août et 18 septembre 2009, la demanderesse a renouvelé sa requête de reconsidération, invitait en outre l'OAI à lui communiquer les raisons pour lesquelles il refusait d'entrer en matière. Dans son dernier courrier, l'intéressée a en outre conclu, en cas

de refus de reconsidération de la précédente décision, à ce qu'il soit dans tous les cas procédé « à la révision de la rente d'invalidité au sens des art 86ter LAI » et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit en tous les cas allouée. Elle a en outre produit un compte-rendu du 30 mars 2009 du Dr W. _____, rhumatologue, adressée à son conseil et ainsi libellée : " J'ai bien reçu votre lettre datée du 10 mars 2009 et peux répondre à vos questions comme suit : 1. Diagnostic Polyarthrite psoriasique. Lomb[os]cialgies gauches chroniques. Épisode dépressif. 2. Plaintes de Mme C. _____ Lorsque je la vois pour la première fois le 27 juin 2008 elle se plaint de douleurs du pli inguinal gauche qui dure[nt] depuis un mois. Il s'est agi très vraisemblablement d'une arthrite de la hanche, en relation avec son psoriasis cutané. L'évolution a été favorable par la prise d'AINS, raison pour laquelle il n'y a pas eu d'investigation complémentaire. En cours d'été 2008 sont apparues des lombosciatalgies gauches tant mécaniques qu'inflammatoires. Une IRM lombaire infirme le diagnostic de sacro-iliite suspectée cliniquement et parle pour une arthrose débutante. Il y a des signes pour une arthrose active des articulaires postérieures. Ce qui permet une explication aux douleurs signalées. Dès septembre 2008 apparaissent des douleurs articulaires prenant les pieds et les mains. Elle se plaint également de talalgies bilatérales. 3. Évolution de son état de santé depuis ses premières consultations dans votre cabinet. L'évolution est défavorable passant d'un stade de monoarthrite à celui de polyarthrite. Une scintigraphie osseuse du 16.10.2009 confirme ce diagnostic montrant des hyper-fixations des petites articulations des mains et des MTP. 4. Traitements actuels. Proposition de mesures thérapeutiques spécifiques. Les AINS restant insuffisant[s] elle est sous methotrexate (Metoject 15 mg/semaine) depuis début février 2009. Si l'évolution n'est pas rapidement favorable il faudra ajouter un second traitement de fond, avant un éventuel traitement biologique. 5. Capacité de travail dans son ancienne activité d'aide-hospitalière. Dans le cadre d'une activité adaptée. Depuis que je connais cette patiente, et c'était probablement le cas avant, une incapacité totale de travail dans son ancienne activité d'aide-hospitalière me para[ît] tout à fait justifiée. Actuellement elle est encore dans une incapacité totale d'avoir un rendement dans quelqu']activité que ce soit. En effet à cause de ces douleurs de pieds elle ne peut marcher ni rester debout longtemps, à cause de ses arthrites des mains elle est dans l'incapacité d'avoir une activité manuelle quelconque. J'espère que la situation s'améliorera par les traitements proposés ou avenir[sic] et que cette patiente pourra, au moins sur le plan physique, reprendre une activité même partielle. " Par lettre du 8 octobre 2009, l'OAI a écrit à la demanderesse notamment ce qui suit : " Comme indiqué dans notre courrier du 6 juillet 2009, nous n'allons pas entrer en matière sur votre demande de reconsidération de notre décision du 5 mars 2002 entrée en force. Nous n'allons pas non plus rendre de décision à ce sujet. Nous vous laissons par conséquent le soin de donner la suite que vous souhaitez à cette affaire. S'agissant de votre demande de révision, nous allons examiner les pièces médicales apportées dans votre courrier du 18 septembre 2009, et vous informerons de notre prise de position dans meilleurs délais, conformément à l'article 87 alinéa 3 du règlement sur l'assurance-invalidité qui stipule que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de manière plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. " Par lettre du 17 novembre 2009, le conseil d'alors de la demanderesse a interpellé l'OAI afin de savoir quelle suite cet office entendait donner à la cause. Il a notamment fait valoir que l'état de santé de l'intéressée s'était considérablement dégradé sur un plan rhumatologique, le Dr W. _____ ayant notamment retenu l'existence d'une « polyarthrite psoriasique » – soit un trouble qui était inexistant lors de l'expertise réalisée par la Dresse

R._____. Dans son avis du 18 novembre 2009, le Dr B._____ du SMR a constaté que l'état de santé de la demanderesse s'était aggravé avec le nouveau diagnostic porté par le Dr W._____, à savoir un rhumatisme psoriasique sans sacro-iliite, avec arthrite de la hanche gauche en juin 2008, puis arthrites périphériques touchant les mains et pieds. Attendu qu'une nouvelle affection avait été documentée et traitée depuis juin 2008, le Dr B._____ a proposé de compléter l'instruction. Le 24 novembre 2009, le conseil de la demanderesse a produit le compte-rendu suivant établi le 19 novembre précédent par le Dr W._____ : " Je vous prie de bien vouloir excuser le retard de cette réponse à votre lettre du 30 septembre 2009. J'attendais[...] d'avoir fait quelques examens afin d'être plus précis dans mon appréciation. 1. Evolution de la polyarthrite psoriasique et des lombo-sciatalgies gauches Sa polyarthrite psoriasique évolue défavorablement depuis l'arrêt de son traitement de fond d'Humira et d'Arava en juillet 2009. Une scintigraphie osseuse du 16.10.2009 et une IRM du 06.11.2009 parlent pour une atteinte des mains et plus particulièrement des MCP, prédominante à droite. Le traitement de fond actuel consiste en methotrexate 15 mg/semaine, en injection sous-cutanée. Un nouveau traitement de fond de type anti-TNF alpha lui sera proposé. Les lomb[os]ciatalgies persistent. Elles sont d'ordre tant mécanique qu'inflammatoire. La clinique laisse suspecter une sacro-iliite gauche et des investigations (IRM) sont à prévoir. 2. Quel est le pronostic par rapport à ces deux diagnostics ? Le pronostic n'est pas favorable. Les divers traitements proposés restant inefficaces. 3. Quelle est la situation par rapport à la thrombose du bras gauche ? L'évolution de [...] sa thrombose du membre supérieur gauche est favorable. L'anticoagulation pourra probablement être interrompu[e] d'ici quelques semaines. 4. Quel(s) médecin(s) Mme C._____ a-t-elle consulté(s) à la Clinique V._____ ? Mme C._____ est suivie par le Dr N._____, [...], pour son problème de thrombose du MSG. " Dans un rapport du 4 décembre 2009, le Dr W._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de polyarthrite psoriasique, thrombophlébite du membre supérieur gauche, lombosciatalgies gauches et épisode dépressif. Il a signalé la persistance de douleurs articulaires aux mains, poignets, pieds et chevilles, avec tuméfaction articulaire. Il a ajouté que le pronostic était mauvais, la demanderesse répondant mal aux traitements. Quant à l'incapacité de travail, il a estimé qu'elle était totale, la demanderesse ne pouvant rien faire (pas de travail manuel, ni debout, ni de marche). Il résulte d'un rapport du 28 janvier 2010 de la Dresse F._____ ce qui suit : " Je suis cette patiente depuis 1999, actuellement de façon très espacée, puisque je ne l'ai vue que 4 fois en 2009. Son évolution a été favorable sur le point anxieux et dépressif, sa médication a pu être réduite et actuellement la patiente ne prend plus que 37.5 mg d'Efexor et ¼ à ½ Tranxilium 20 mg par jour. La patiente a par contre continué à présenter des tr. digestifs, très invalidants à ses dires ainsi que de multiples problèmes somatiques. Depuis l'été 2008, elle est suivie par le Dr. W._____ pour une affection rhumatologique. La majorité des plaintes actuelles de la patiente se rapportent à ce trouble, aux somatisations digestives ainsi qu'à des symptômes en relation avec une préménopause. Le diagnostic psychiatrique reste celui d'un trouble somatisation (F45.0) pour lequel j'évalue actuellement l'incapacité de travail à 50%. " Le 20 avril 2010, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne et en infectiologie, a rédigé un rapport en ces termes : " 1.1 Diagnostics avec effet sur la capacité de travail · Polyarthrite psoriasique dès le mois d'août 2008 (suivie par le Dr W._____, FMH rhumatologie) · Etat dépressif traité (depuis 1999) Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail · Syndrome des apnées du sommeil modéré · Status post hystérectomie en 1994 · Status post opération de la main gauche pour traumatisme en décembre 1992 · Status post appendicectomie ·

Colopathie fonctionnelle · Hernie hiatale · Hyperréactivité bronchique · Hémorroïdes de stade I en janvier 2010 · Oesophagite peptique érosive modérée en janvier 2010 · Thrombose veineuse superficielle du bras gauche en septembre 2009 · Kyste annexiel gauche de 15 mm en novembre 2009 · Obésité de stade I

1.2 Traitement ambulatoire par moi-même du 20 juin 2008 au en cours 1^{er} mars 2010

1.3 Pas de traitement hospitalier

1.4 Il s'agit donc d'une patiente dont je m'occupe comme médecin traitant depuis le mois de juin 2008. Ses problèmes principaux sont une polyarthrite psoriasique récidivante ayant nécessité différents changements de traitement par son rhumatologue traitant, le Docteur W. _____. L'autre problème est celui d'un état dépressif fluctuant nécessitant toujours un traitement de SSRS et d'anxiolytique en réserve. Le suivi psychiatrique est assuré par un spécialiste en psychiatrie mais je réalise que je n'ai pas son nom dans le dossier. Je l'ai suivie principalement pour son problème de thrombose veineuse superficielle du bras gauche pour laquelle une recherche approfondie d'un cancer occulte a été entreprise (CT-scan cervical, thoracique et abdominal, mammographie, gastroscopie et colonoscopie). Ces investigations ont permis de démontrer une petite masse annexielle gauche, qui semble peu suspecte et actuellement suivie par son gynécologue, le Docteur P. _____.

L'incapacité de travail est principalement en relation avec ses problèmes rhumatologiques et psychiatriques pour lesquels je ne peux pas me prononcer d'une manière précise, tant en ce qui concerne l'incapacité de travail que le pronostic. [...] 1.6 100 % du 20 juin 2008 au en cours " Par avis SMR du 2 juin 2010, le Dr B. _____ a relevé ce qui suit : " Les médecins traitants de l'assurée ont été interrogés : - La Dresse F. _____ , psychiatre FMH, qui suit l'assurée depuis 1999, estime que l'évolution est favorable, seules 4 consultations ayant été nécessaires en 2009, avec un traitement léger (Efexor 37.5mg/j et 5 à 10mg/j de Tranxilium) ; elle maintient le diagnostic de trouble somatisation, pour lequel elle évalue l'IT à 50%. Mais pour la CT au plan psychiatrique, on s'en tiendra aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dresse R. _____ en 2006. - Le Dr N. _____ , médecine interne FMH, qui suit l'assurée depuis juin 2008, laisse le soin au Dr W. _____ de se prononcer sur la CT. Il atteste cependant une IT totale dès juin 2008, en lien avec la pathologie rhumatologique. - Le Dr W. _____ , qui suit l'assurée depuis le 27.06.2008, signale une IT totale en toute activité en lien avec l'étendue du rhumatisme psoriasique et les échecs thérapeutiques (intolérance et/ou inefficacité). A la lecture du rapport daté du 30.03.2009, on peut admettre l'IT à partir du 27.06.2008, avec des arthralgies touchant la hanche G, puis l'articulation sacro-iliaque G, puis les pieds et les mains. Limitations fonctionnelles : toute activité demandant l'utilisation des mains prolongée ou en force ou en finesse. Port de charge. Position statique prolongée. Marche, escalier, échelle, etc. CT : nulle en toute activité depuis 27.06.2008. " Par décision du 9 décembre 2010, l'OAI a alloué une rente entière à la demanderesse dès le 1^{er} décembre 2009 en considérant notamment ce qui suit : " Résultat de nos constatations : Depuis le 27 juin 2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. · Le 5 mars 2002, nous rendons une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, confirmée par jugements du Tribunal Cantonal et Fédéral. · En date du 18 juin 2009, vous nous demandez une révision de votre dossier alléguant une aggravation de votre état de santé. · Nous avons donc repris l'instruction de votre dossier et il ressort de cette dernière que votre état de santé s'est effectivement aggravé et qu'à partir du 27 juin 2008, vous présentez une incapacité de travail et de gains totale dans toute activité lucrative. Il ressort également de l'instruction de votre dossier que des mesures professionnelles ne sont actuellement pas envisageables. " Copie de cette décision a été adressée à la défenderesse. Dans le cadre d'une procédure de

révision du droit à la rente diligentée par l'OAI, le Dr W. _____ a posé le 13 décembre 2011 le diagnostic de polyarthrite psoriasique résistante aux traitements, le pronostic étant défavorable. Il a signalé des effets secondaires importants aux traitements administrés. Aux termes d'un rapport du 16 mars 2012, le Dr N. _____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de polyarthrite psoriasique dès le mois d'août 2008 et d'état dépressif traité. Il a en outre indiqué notamment ce qui suit : " Je me réfère au rapport du 20 avril 2010 pour le contexte. Depuis lors, la situation a été caractérisée par une intolérance à de nombreux traitements contre l'arthrite psoriasique introduits par le Docteur W. _____ (Embrel, Méthotrexate en injections). Je l'ai moi-même vue principalement pour des problèmes abdominaux avec nausées, vomissements, alternance diarrhées-constipation, qui ont été mis sur le compte d'effets secondaires des traitements rhumatologiques. Une hypertension artérielle a aussi été mise en évidence et est actuellement traitée par du Kinzal 40 mg 1x/jour. Elle présente depuis le mois d'octobre 2011 une probable vessie irritable pour laquelle un traitement d'Emselex a été tenté sans grande amélioration. L'état dépressif s'est un peu amélioré avec une interruption de l'Efexor en mai 2011. L'état anxieux persiste avec une nécessité d'un traitement de Tranxilium 20 mg 1-2x/jour. Son état psychique reste néanmoins fragile. Du point de vue du pronostic, Madame C. _____ présente toujours d'importantes douleurs polyarticulaires avec une rigidité et une ankylose matinales nécessitant un traitement de fond de sa polyarthrite psoriasique. Elle consomme de plus des anti-inflammatoires non stéroïdiens et du paracétamol. " Par communication du 5 avril 2012, l'OAI a informé la demanderesse qu'elle continuait à avoir droit à une rente entière. Lors d'une seconde procédure de révision du droit à la rente initiée par l'OAI, le Dr W. _____ a indiqué le 7 mai 2013 que, malgré les traitements, l'évolution était défavorable avec la persistance des signes d'arthrite et de ténosynovite des mains des pieds et des genoux. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale. Le 29 mai 2013, la Dresse F. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger et de trouble somatoforme indifférencié, l'incapacité de travail étant entière sur le plan psychiatrique depuis mai 2012. Elle a également mentionné ce qui suit : " Depuis mon dernier rapport en janv. 2010, j'ai continué à suivre cette patiente, mais de façon très espacée, je l'ai vue 4 fois en 2010 et 3 fois en 2011. Alors qu'elle ne prenait plus que de petites doses de venlafaxine depuis longtemps déjà, ainsi que 5 mg de Tranxilium le soir, le traitement antidépresseur a été stoppé durant l'été 2011. La patiente m'a recontactée en mai 2012. Elle n'allait pas bien depuis le début de l'année suite à un état grippal : fatigue, douleurs diffuses et surtout troubles digestifs très importants soit nausées, vomissements, diarrhées le tout s'accompagnant d'une perte de poids. Dans le contexte de tous ces troubles somatiques restés sans explication malgré les investigations menées par le médecin généraliste, Mme C. _____ développe progressivement un état anxio dépressif avec fatigue, asthénie, perte d'intérêt et tristesse. Le traitement antidépresseur réintroduit à l'été 2012 est mal supporté (aggravation des nausées), et finalement la patiente est hospitalisée dans le service de médecine du Centre hospitalier G. _____ du 29.08.2012 au 07.09.2012. Les diagnostics retenus sont ceux de dyspepsie fonctionnelle et d'état anxio dépressif avec trouble somatoforme. La patiente est améliorée avec un traitement combiné de Trittico et Xanax. Actuellement, la patiente va mieux .Elle reste fatiguée, triste sans envie et sans énergie. Elle se plaint de douleurs des mains et des pieds et présente par phases des troubles digestifs soit nausées et perte d'appétit. " Le 24 juin 2013, le Dr N. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyarthrite psoriasique dès le mois d'août 2008, état dépressif traité et dyspepsie fonctionnelle

modérément sévère à sévère. Il a notamment exposé que depuis son dernier compte-rendu du 16 mars 2012, la situation de santé de la demanderesse s'était péjorée avec apparition d'une symptomatologie digestive, de nausées matinales et de vomissements, les médecins du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier G. _____) ayant conclu à la présence de dyspepsie fonctionnelle en relation avec l'aggravation de l'état dépressif. Il a indiqué que l'évolution était lentement favorable mais avec persistance de nausées matinales invalidantes et résistant aux traitements médicamenteux. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale. Par communication du 20 août 2013, l'OAI a informé la demanderesse qu'elle continuait à avoir droit à une rente entière. C. Le règlement de la défenderesse en vigueur en 2000 prévoit à son art. 18 ce qui suit : " Art.

E. 18

Rente d'invalidité (1) L'assuré qui subit une incapacité de gain a droit à une rente d'invalidité dès l'expiration du délai d'attente, aussi longtemps que dure son incapacité de gain, au plus tard cependant jusqu'à l'âge de la retraite. Lorsque l'assuré atteint l'âge de la retraite, la rente d'invalidité est remplacée par une rente de vieillesse d'un montant au moins égal à la rente d'invalidité minimale au sens de la LPP. (2) Le versement de la rente d'invalidité commence dès que la durée effective de l'incapacité de gain est supérieure à un délai d'attente de 24 mois. En règle générale, le délai d'attente recommence à courir pour chaque nouvelle incapacité de gain. En cas de survenance d'une nouvelle incapacité de gain ayant la même origine (rechute) dans le délai d'un an, les jours de la précédente incapacité de gain sont par contre pris en compte dans le délai d'attente. Dans de tels cas, les adaptations éventuelles de prestations intervenues entre-temps sont annulées. L'employeur est tenu, jusqu'au début du versement de la rente d'invalidité, soit de verser le salaire, soit d'assurer une indemnité journalière au moins égale à 80 % du salaire pendant 24 mois. Si l'assurance d'indemnité journalière maladie met fin à ses prestations avant l'expiration de ce délai, la fondation verse la rente d'invalidité minimale au sens de la LPP jusqu'à la fin du délai d'attente. (3) Il y a incapacité de gain lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, que l'assuré est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes, ou lorsqu'il est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale (AI). (4) Si l'assuré est atteint d'une incapacité de gain partielle, la rente d'invalidité versée est proportionnelle au degré de cette incapacité; un degré de $66 \frac{2}{3}$ % ou plus donne droit à la prestation totale; une incapacité de gain de moins de 25 % ne donne droit à aucune prestation. Le degré de l'incapacité de gain correspond au moins au degré d'invalidité fixé par l'AI, à moins que la décision de l'AI ne paraisse insoutenable. Une révision périodique du degré d'invalidité demeure réservée. (5) Toute modification du degré d'invalidité entraîne un réexamen et, le cas échéant, une adaptation du droit aux prestations. Si des prestations trop élevées ont été versées en raison de la diminution du degré d'invalidité, le montant versé en trop doit être remboursé. (6) En cas d'augmentation du degré d'invalidité due à la même cause que l'invalidité partielle initiale, les prestations d'invalidité déjà en cours sont adaptées sans délai au nouveau degré. (7) En cas d'augmentation du degré d'invalidité due à une autre cause, les prestations déjà en cours continuent d'être versées sans modification. Un droit à de nouvelles prestations, dans la mesure de l'augmentation de l'invalidité, prend naissance à l'expiration du délai d'attente. (8) La rente annuelle d'invalidité entière est calculée selon le taux de conversion minimal fixé par le Conseil fédéral applicable à l'avoir de vieillesse LPP (art. 13, al. 2). L'avoir de vieillesse déterminant comprend alors : a) l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré à la naissance du droit à la rente

d'invalidité; b) la somme des bonifications de vieillesse futures, sans intérêts, pour les années manquantes jusqu'à l'âge de la retraite. Ces bonifications de vieillesse futures sont calculées sur la base du dernier salaire coordonné ayant servi à déterminer les bonifications de vieillesse ." Par lettre du 21 février 2014 adressée à la défenderesse, la demanderesse, se fondant sur l'expertise de la Dresse R. _____ ainsi que sur la décision rendue le 9 décembre 2010 par l'OAI, a conclu au versement d'une rente à hauteur de 30 % dès la fin du délai d'attente et d'une rente entière dès le 18 décembre 2009. Par courrier du 8 avril 2014, la défenderesse a contesté devoir des prestations d'invalidité. Elle a relevé que l'institution de prévoyance était en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'AI, sauf si cette estimation apparaissait insoutenable, cette force contraignante valant aussi pour 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'était détériorée de manière sensible. Elle a rappelé que, par décision du 5 mars 2002 entrée en force, l'OAI avait estimé la capacité de travail de l'assurée entière sur les plans somatique et psychiatrique. Les rapports de travail avec la Clinique V. _____ ayant pris fin le 29 février 2000 et l'OAI ayant ouvert le début du délai de carence d'une année le 27 juin 2008, soit huit ans après les rapports d'assurance, la défenderesse en déduisait qu'aucune prestations d'invalidité n'était due de sa part. Par lettre du 19 mai 2014, la demanderesse a notamment fait valoir que le règlement de la défenderesse allait au-delà des exigences légales sur les aspects du taux (allocation de rente dès 25 % d'incapacité de gain) et la définition même de l'incapacité de gain, de sorte qu'il lui appartenait d'examiner librement les conditions du droit à la rente. Aux termes d'une correspondance du 29 août 2014, la défenderesse a répondu qu'il n'existait aucun fondement juridique permettant d'entrer en matière sur une demande de rente de la prévoyance professionnelle en faveur de la demanderesse. En date du 16 avril 2015, le Dr H. _____, médecin conseil pour la défenderesse, a adressé au Dr W. _____ une lettre ainsi libellée : " L'avocat de Madame C. _____ pense que la sensation d'extrême fatigue et de malaise général, ainsi que la perte d'appétit dont elle se plaint depuis 1999, sont attribuables à sa maladie actuelle, que vous avez diagnostiquée en 2008. Quel est votre avis ? Pouvez-vous s'il vous plaît répondre aux questions suivantes : 1) Date du diagnostic de polyarthrite psoriasique ; 2) Début des symptômes articulaires ; 3) Début des lésions cutanées ; 4) Y-a-t-il eu atteinte du rachis ? 5) Date de l'examen radiologique de l'époque et ses résultats. " Par correspondance du 27 avril 2015, le Dr W. _____ a répondu ce qui suit : " Pour ce qui est de la fatigue il n'est pas excl[u] que sa maladie rhumatismale inflammatoire soit en partie responsable ou l'aggrave. Actuellement la situation rhumatologique n'est pas catastrophique en revanche elle se plaint toujours de nausées et de vomissements. Elle est suivie pour cela par son médecin traitant et un gastro-entérologue. Enfin son état anxio-dépressif nécessitant des consultations psychiatriques régulières et la médication nécessaire peuvent aussi être cause de fatigue. 1) Date du diagnostic de polyarthrite psoriasique J'ai vu cette patiente la première fois en juin 2008 pour des douleurs de hanche gauche. Étant donné l'évolution vers une atteinte polyarticulaire et la présence d'un psoriasis cutané il s'agissait très vraisemblablement d'un premier épisode articulaire. 2) Début des symptômes articulaire Juin 2008 3) Début des lésions cutanées Je n'ai pas de date précise mais lorsque je la voi[s] en juin 2008 elle était déjà suivie par une collègue dermatologue. 4) Y a-t-il eu atteinte du rachis ? Actuellement elle ne se plaint pas de rachialgies. En automne 2008 elle s'est plainte de sciatalgies gauche avec cliniquement des douleurs de la sacro-iliaque. Une IRM du 17 septembre 2008 n'a pas montré d'inflammation en revanche des signes dégénératifs. 5) Date de l'examen

radiologique de l'époque et des résultats. IRM des sacro iliaques, 17.09.08 Pas de sacro-iliite. Discrète arthropathie générative des sacro- iliaques. IRM des mains, 06.11.2009. Épanchement de plusieurs MCP, avec légère prise de contraste de la capsule articulaire. Pas de lésions des carpes. " D. Par demande du 23 janvier 2015, C. _____ a conclu, sous suite de dépens, au versement par [Fondation collective] B. _____ d'une rente d'invalidité de 50 % au moins dès le 11 février 2001, avec intérêts à 5 % dès le 1 er janvier 2008 (échéance moyenne), puis d'une rente entière au moins dès le 1 er juin 2008, avec intérêts à 5 % dès le 1 er janvier 2011 (échéance moyenne). Elle a requis une expertise. La demanderesse soutient en substance, en se fondant sur l'art. 16 du règlement de L. _____, Fondation collective LPP de La X. _____ 1/92, que la défenderesse n'est pas liée par l'estimation de l'invalidité faite par l'AI, dès lors que la définition de l'incapacité de gain résultant dudit règlement diverge de celle de l'AI dans la mesure où ce règlement prévoit l'allocation d'une rente dès 25 % d'invalidité, laquelle peut en outre résulter de l'incapacité pour l'assuré d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Selon la demanderesse, il appartenait à la défenderesse d'examiner le droit à une rente d'invalidité selon son règlement. L'intéressée soutient par ailleurs qu'elle a présenté dès février 1999 une incapacité de travail égale ou supérieure à 50 % dans toute profession et que cette incapacité n'a en tous les cas plus jamais été durablement inférieure à 20%. Elle allègue en outre que le retard de diagnostic pour l'arthrite psoriasique dont elle est atteinte est généralement de plusieurs années et qu'elle a notamment souffert dès 1998 d'une sensation d'extrême fatigue, d'un malaise général, ainsi que d'une perte d'appétit – symptômes très souvent rapportés par les patients souffrant d'arthrite psoriasique. Selon elle, ses diverses plaintes diagnostiquées de 1999 à 2008 comme des somatisations et des lombosciatalgies étaient déjà en partie imputables, selon toute vraisemblance, à sa maladie auto-immune. Elle en déduit que la défenderesse aurait dû lui allouer une rente d'invalidité de 50 % au moins dès la fin du délai d'attente, à savoir dès le le 11 février 2001, puis une rente entière dès le mois de juin 2008. Par réponse du 13 mai 2015, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Elle soutient en particulier qu'il n'y a pas de connexité matérielle, dès lors qu'il n'existe aucun rapport entre l'affection qui avait donné lieu à la première demande de rente rejetée par l'OAI et le Tribunal cantonal des assurances, d'une part, et l'affection à l'origine de la décision d'octroi de rente d'invalidité du 9 décembre 2010, d'autre part. Elle ajoute qu'il n'y a pas non plus de connexité temporelle, vu l'absence d'incapacité de travail reconnue durant de longues années avant que soit admis le droit à une rente AI. Elle invoque enfin la prescription, le droit à la rente de la demanderesse ayant été reconnu par décision du 9 décembre 2010, soit plus de dix ans après qu'elle a quitté la défenderesse sans que des renonciations à se prévaloir de la prescription n'aient été requises. Par réplique du 2 octobre 2015, la demanderesse a maintenu ses conclusions. Elle allègue que ses troubles psychiatriques sont attestés depuis 1999 au moins et qu'ils ont induit une incapacité de travail partielle, voire de totale, dans sa profession d'aide hospitalière comme dans toute autre profession adaptée depuis février 1999. Elle prétend en outre que la polyarthrite psoriasique diagnostiquée en 2008 date vraisemblablement de 1998 au moins, ce qui l'a rendue partiellement, voire totalement, incapable de travailler tant dans sa profession habituelle que dans une activité adaptée depuis février 1999 au moins. La demanderesse fait enfin valoir qu'ayant été affiliée auprès de la défenderesse jusqu'au 29 février 2000, il existe manifestement une connexité tant matérielle que temporelle entre les affections à l'origine de l'invalidité et celles existant à l'époque de son affiliation. Par duplique du 26 novembre

2015, la défenderesse a maintenu ses conclusions et requis un expertise. Elle soutient que le début des symptômes articulaires date de juin 2008. Par déterminations du 17 décembre 2015, la demanderesse a maintenu ses conclusions. E. Le dossier AI a été produit. Les pièces essentielles figurent sous considérants A et B ci-dessus. 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 (cf. 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 (cf. 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (cf. ATF 118 V 158 consid. 1, 117 V 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 à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle elle a été engagée, est recevable en la forme. e) Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à une rente d'invalidité. 2. La défenderesse soulève l'exception de prescription. a) Selon l'art. 41 al. 1 LPP, le droit aux prestations est imprescriptible pour autant que l'assuré n'ait pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance. L'alinéa 2 de cette disposition reprend l'art. 41 al. 1 aLPP. Il prévoit que les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans si elles touchent des cotisations et des prestations périodiques et par dix ans dans les autres cas. Il renvoie aussi aux art. 129 à 142 CO (code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220). Les dispositions relatives au régime de prescription d'une nouvelle réglementation ne contenant aucune disposition transitoire à ce propos s'appliquent aux prétentions relevant de l'ancien droit qui ne sont pas prescrites ni périmées lors de l'entrée en vigueur de cette nouvelle réglementation (cf. TF 9C_219/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2 et 4.3). b) En l'occurrence, le délai de dix ans prévu à l'art. 41 al. 1 aLPP n'était manifestement pas encore échu lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP le 1^{er} janvier 2005 (RO 2004 1677 p. 1700), de sorte que l'art. 41 LPP est applicable dans sa nouvelle teneur. Le "cas d'assurance" mentionné par cette disposition correspond à l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité dans le cadre du droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle (cf. ATF 140 V 213 consid. 4.4.2 ; cf. TF 9C_219/2014 précité consid. 5.3.4.). Ainsi, dans l'hypothèse où serait établie en l'espèce une incapacité de travail dont la cause serait à l'origine de l'invalidité en 1998, le droit de la demanderesse à des prestations fondées sur la LPP serait imprescriptible. Demeurent réservées les règles proprement dites sur la prescription des annuités de rentes, soit cinq ans selon l'al. 2 de l'art. 41 LPP. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 (cf. 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} 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 (cf. 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid.3.1).

4. a) 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 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 (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1 et 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 (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1, 118 V 35 consid. 2b/aa 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 (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1 ; cf. TFA B 39/03 du 9 février 2004 consid. 3.1). En l'espèce, le règlement de la défenderesse prévoit à son art. 18 ch. 4 qu'il y a incapacité de gain lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, que l'assuré est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes, ou lorsqu'il est invalide au sens de l'AI. Il y a donc une divergence quant aux conditions de reconnaissance d'une incapacité de gain, dès lors que la notion d'activité lucrative conforme à la position sociale, les connaissances et les aptitudes de l'assuré n'est pas prévue dans la LAI. Toutefois, dès lors que la demanderesse exerçait la profession d'employée de maison dans une clinique, soit une activité simple, cette différence apparaît négligeable en l'occurrence. Selon l'art. 18 ch. 5 du règlement, une incapacité de gain de 25 % donne droit à une rente contrairement à la LAI qui prévoit comme premier palier un taux de 40 %. Ce chiffre mentionne toutefois que le degré de l'incapacité de gain correspond au moins au degré d'invalidité fixé par l'AI, à moins que la décision de l'AI ne paraisse insoutenable. Il apparaît dès lors douteux que la défenderesse fût liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de l'AI. Cette question peut toutefois demeurer indécise dans la mesure où, comme on le verra ci-dessous, le fait que la défenderesse soit liée ou non n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. Tout au plus ajoutera-t-on encore que, même si la défenderesse n'est pas liée par la décision AI, c'est quoi qu'il en soit à juste titre qu'elle s'est fondée sur les éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité. b) Il faut donc examiner si la demanderesse était assurée lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Cela revient, autrement dit, à analyser si ladite incapacité est survenue entre le 1^{er} avril 1982 et le 29 février 2000, date à partir de laquelle la demanderesse n'était plus affiliée à l'institution défenderesse. aa) L'art. 23 let. 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'AI, 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 (cf. ATF 123 V 262 consid. 1a et b avec les références citées). bb) 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 (cf. ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références), la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là devant être de 20 % au moins (cf. TF 9C_865/2012 du 15 avril 2013 consid. 3, 9C_748/2010 du

E. 20

mai 2011 consid. 2.5, 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3). Il y a lieu d'examiner avec le plus grand soin si, bien que touchant son salaire, une personne se trouve effectivement frappée dans une mesure importante dans sa capacité de travail, si donc dans le cadre des rapports de travail – compte tenu de son domaine normal d'activité – elle fournit sa prestation habituelle ou n'en fournit plus qu'une réduite du fait de l'atteinte à la santé. Une baisse de rendement doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur. Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (cf. TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.1 avec jurisprudence et doctrine citées). Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail, dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b et les références ; cf. TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.2). cc) Enfin, dans toute hypothèse, 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 (cf. 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 (cf. ATF 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa). L'appréciation du rapport étroit de connexité matérielle est délicate 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 AI, 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 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 (cf. Marc Hürzeler in : Jacques-André Schneider / Thomas Geiser / Thomas Gächter [éditeurs], Commentaire LPP et LFLP, Berne 2010, n° 24 ad art. 23 LPP p. 350 s. et jurisprudence citée).

5. a) En l'espèce, sur le plan psychique, le Tribunal fédéral a nié toute valeur probante aux expertises des Drs D. _____ et M. _____, comme également d'ailleurs aux rapports des médecins traitants puisqu'il a renvoyé la cause au Tribunal cantonal des assurances pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise, la Dresse R. _____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité anxieuse et immature) existant depuis l'adolescence, mal compensée depuis 1998, et a retenu des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail sous forme de somatisations présentes depuis 1998 environ. L'expertise comporte une anamnèse et fait état des plaintes de la demanderesse. Elle procède d'une étude détaillée du cas de celle-ci fondée sur un examen clinique et l'ensemble du dossier. Les diagnostics posés sont bien documentés et ne sont mis en doute par aucun autre rapport médical. Ils doivent dès lors être retenus. L'experte a évalué à au moins 70 % la capacité de travail dans une activité simple. Elle a précisé que cette appréciation tenait compte de facteurs psychosociaux et socioculturels jouant un rôle prépondérant dans la situation de la demanderesse. Toutefois, de tels facteurs ne relèvent pas du domaine médical et ne sauraient dès lors être pris en compte. L'activité usuelle de la demanderesse étant une activité simple, un taux d'incapacité de travail de 20 % ne saurait être retenu sur la base de cette expertise. En outre, la Dresse F. _____ a indiqué dans son rapport du 28 janvier 2010 suivre la demanderesse actuellement de façon très espacée, ne l'ayant vue que quatre fois en 2009, son évolution ayant été favorable sur les plans anxieux et dépressif et sa médication ayant pu être réduite. Elle a confirmé cette amélioration dans son rapport du 29 mai 2013 tout en précisant que tel était également le cas en 2011 et en retenant une aggravation depuis 2012. Il résulte de ce qui précède que, sur le plan psychique, aucune incapacité de travail de 20 % au moins n'est établie de 1999 à 2012 en tout cas.

b) Sur le plan somatique, dans son rapport du 21 juillet 1999, le Dr P. _____ a posé les diagnostics de somatisations multiples, troubles paniques sans agoraphobie, gastrite antrale discrète, colon spastique et lombosciatalgies gauches. Du point de vue

strictement somatique, il a exposé ne pas avoir d'argument pour octroyer une rente d'invalidité. Dans leur avis du 29 janvier 2002, les Drs S._____, L._____ et Q._____ du SMR ont relevé que la demanderesse souffrait de lombalgies sans irradiation et sans hernie discale et d'une hernie hiatale par glissement, sans œsophagite, mais que la gastrite était traitée et que, selon le médecin traitant, il s'agissait de somatisations ne limitant pas la capacité de travail. A l'examen du dossier, force est de constater qu'il n'y a aucun rapport médical posant le diagnostic de polyarthrite psoriasique avant ceux du Dr W._____. De surcroît, aucune incapacité de travail sur le plan somatique n'est attestée avant les rapports de ce praticien. Le Dr W._____ a expliqué dans son rapport du 30 mars 2009 qu'il avait vu la demanderesse pour la première fois le 27 juin 2008 et qu'à l'époque elle était atteinte très vraisemblablement d'une arthrite de la hanche, en relation avec son psoriasis cutané. L'évolution ayant été favorable avec la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, il n'y avait pas eu d'investigation complémentaire. Il a exposé qu'au cours de l'été 2008 étaient apparues des lombosciatalgies gauches tant mécaniques qu'inflammatoires, une IRM lombaire parlant alors pour une arthrose débutante. Ce n'était que dès septembre 2008 qu'étaient apparues des douleurs articulaires prenant les pieds et les mains. Selon la description du Dr W._____, l'évolution était alors défavorable passant d'un stade de monoarthrite à celui de polyarthrite, une scintigraphie osseuse du 16.10.2009 confirmant ce diagnostic et montrant des hyper-fixations des petites articulations des mains. Le 27 avril 2015, ce praticien a encore confirmé « Juin 2008 » comme date du diagnostic de polyarthrite psoriasique ; il a expliqué avoir vu la demanderesse la première fois en juin 2008 pour des douleurs de hanche gauche et qu'étant donné l'évolution vers une atteinte polyarticulaire et la présence d'un psoriasis cutané, il s'agissait très vraisemblablement d'un premier épisode articulaire. Les Drs N._____ et B._____ ont retenu la même date. C'est en se fondant sur le rapport du 27 juin 2010 de ce dernier médecin – qui admet une incapacité de travail totale à partir du 27 juin 2008, avec des arthralgies touchant la hanche gauche, puis l'articulation sacro-iliaque gauche, puis les pieds et les mains – que l'OAI a octroyé une rente entière à la demanderesse. Celle-ci a d'ailleurs expressément admis, dans sa lettre du 17 novembre 2009, que la polyarthrite psoriasique n'existait pas au moment de l'expertise réalisée par la Dresse R._____ le 6 mars 2006. Ainsi, aucune incapacité de travail sur le plan somatique n'est établie avant 2008. c) Au vu de ce qui précède, il faut retenir que l'invalidité totale est due à des troubles donnant lieu à des prestations qui ne se sont manifestés que plusieurs années après que la demanderesse a quitté l'institution de prévoyance. La connexité tant temporelle que matérielle nécessaire fait dès lors défaut. d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction apparaît inutile (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 6. a) En conséquence, la demande doit être rejetée. b) La procédure est gratuite (cf. art. 73 al. 2 LPP), de sorte qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Bien que la défenderesse obtienne gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part de la demanderesse. 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 (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé in casu.

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