

## **VD\_FINDINFO PP 22/12 - 22/2015 vom 18. Juni 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-06-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_PP\\_22\\_12\\_-\\_22\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_PP_22_12_-_22_2015)

FR: VD\_FINDINFO PP 22/12 - 22/2015 du 18 juin 2015

IT: VD\_FINDINFO PP 22/12 - 22/2015 del 18 giugno 2015

### **Regeste**

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE SELON LA LPP, RENTE D'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, CONNEXITÉ MATÉRIELLE, CONNEXITÉ TEMPORELLE, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 10 al. 3 LPP, 23 let. a LPP, 24 al. 1 LPP, 26 al. 1 LPP

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

CAPACITE DE TRAVAIL DANS L'EMPLOI ACTUEL? Considérant ce qui précède, l'état psychique actuel de la demanderesse ne lui permet pas de reprendre son activité professionnelle même à temps partiel. L'incapacité de travail à 100% persiste au moins jusqu'au 31 décembre 2008 et sera à réévaluer à ce moment-là.

#### **E. 7**

DANS L'ALTERNATIVE OU L'INCAPACITE DE TRAVAIL SERAIT TOUT OU PARTIELLEMENT DUE AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, EN CAS DE RESILIATION DES RAPPORTS DE TRAVAIL, DANS QUEL LAPS DE TEMPS PEUT-ON CONSIDERER QU'UNE CAPACITE DE TRAVAIL PARTIELLE OU TOTALE PEUT A NOUVEAU ETRE RECONNUE SUR LE MARCHE DU TRAVAIL? Vu que l'incapacité de travail n'est pas liée aux conditions de travail mais liée aux autres facteurs de stress, cette question ne s'applique pas. La reprise d'une autre activité professionnelle n'est pas non plus exigible en raison de la sévérité de la pathologie psychiatrique actuelle.

#### **E. 8**

REMARQUES PERSONNELLES Vu que nous ne nous trouvons pas en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, il me semble inutile de répondre aux questions de cette rubrique. ” L'expert a relevé, après des examens de laboratoire, la bonne compliance médicamenteuse de la demanderesse. Dans un rapport du 17 mars 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis 2007 et de probable trouble de la personnalité, existant aussi depuis 2007. Dans un rapport du 30 mars 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ et la Dresse C. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de difficultés liées à l'environnement social, ces deux diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail. On peut y lire ce qui suit dans l'anamnèse : “ Madame M. \_\_\_\_\_ a reçu à plusieurs reprises des avis lui intimant de quitter la Suisse à une date définie, suscitant à chaque fois une exacerbation massive de ses symptômes anxio-dépressifs avec la réapparition d'idées suicidaires. C'est dans ce contexte qu'elle a

été hospitalisée pour la dernière fois en août 2008. Suite aux votations de février 2009, qui entreront en vigueur au 01.06.2009, Madame M. \_\_\_\_\_ pourra rester en Suisse à condition d'avoir un contrat de travail. Elle a d'ores et déjà trouvé un emploi comme cuisinière et on pourrait ainsi supposer que l'angoisse liée à son avenir incertain diminuerait. Il n'en est cependant rien, en partie du fait qu'elle n'ose pas encore y croire, estimant que tout ira mieux du jour où elle tiendra son permis de séjour entre ses mains. Un autre facteur contribue cependant au maintien de ses symptômes anxio-dépressifs : l'incertitude concernant le devenir de sa relation sentimentale. En effet, son copain, dont le divorce a été prononcé il y a quelques mois, s'était engagé à l'épouser afin qu'elle puisse rester en Suisse. Le séjour de Mme M. \_\_\_\_\_ ne dépendant plus d'un mariage, son copain renonce à l'épouser. Bien que leur relation n'ait pas changé, cette modification de ses projets plonge la patiente dans le doute et ravive son anxiété. Le procès contre son ancien employeur a débuté et semble se dérouler de façon plutôt favorable pour la patiente. Le seul moment où on a noté une amélioration de l'état de santé de Mme M. \_\_\_\_\_ a été le moment où le divorce de son copain était officiellement prononcé, et où il parlait encore de l'épouser. Mme M. \_\_\_\_\_ était alors clairement plus détendue en entretien, avait diminué son traitement anxiolytique et, bien que certains sujets d'inquiétude soient toujours présents, ils n'étaient plus envahissants et elle arrivait à les relativiser. Cette amélioration n'a été malheureusement que de courte durée et elle se plaint à nouveau de tristesse, idées de culpabilité, anxiété, retrait social, troubles du sommeil, anhédonie, aboulie. On remarque en entretien une patiente très passive, semblant dépendre entièrement des autres pour la prise de décision, bien qu'ayant manifestement quelques ressources. Elle est toujours extrêmement tendue en entretien, la thymie est basse, elle est facilement en larmes. Elle décrit d'un côté son manque d'espoir et d'un autre côté l'espoir que, d'une façon ou d'une autre, la situation va s'arranger. L'obtention de son permis de séjour permettra selon elle cette amélioration presque miraculeuse. On peut cependant douter, vu les multiples facteurs en cause que cela suffise à résoudre toute sa problématique. Selon les médecins, le pronostic paraissait favorable pour autant que la demanderesse soit bien encadrée. Ainsi, sans un étayage soutenant, l'anxiété associée aux troubles de la personnalité dépendante l'empêchait totalement de fonctionner. La demanderesse était alors incapable de travailler mais une reprise progressive semblait réaliste une fois les facteurs de stress sociaux réglés. Les facteurs pouvant influencer principalement sur la capacité de travail étaient des facteurs sociaux sur lesquels les médecins n'avaient pas prise. La capacité de travail pouvait être estimée à 50 % à partir du moment où la demanderesse aurait un permis de séjour en Suisse. Dans un relevé du Service de la population du 13 mai 2009, on voit que la demanderesse avait un délai au 29 août 2008 pour quitter la Suisse ensuite d'un refus définitif de lui accorder une autorisation de séjour mais que pour des raisons médicales, l'exécution du départ n'avait pas encore eu lieu. Un examen clinique psychiatrique a été effectué par le Dr K. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR (Service Médical Régional de l'AI), dont le rapport date du 10 mai 2010 et a notamment la teneur suivante: " DIAGNOSTICS - avec répercussion durable sur la capacité de travail : EPISODE DÉPRESSIF MOYEN SANS SYNDROME SOMATIQUE, À ÉVOLUTION CHRONIQUE (F32.1) - sans répercussion sur la capacité de travail TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ EMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE BORDERLINE (F60.31) DIFFICULTÉS LIÉES À L'EMPLOI ET AU CHÔMAGE (Z56). APPRÉCIATION DU CAS Cette assurée sans antécédents psychiatriques familiaux, n'a présenté aucune pathologie psychiatrique jusqu'en 2000, où elle se serait déprimée selon l'anamnèse, en réaction à un important conflit relationnel avec

son compagnon de l'époque qui la battait et la menaçait de mort, en Espagne. A la fin de l'année 2007, après avoir subi une néphrectomie avec complications somatiques et dû entreprendre une procédure judiciaire contre son ancien employeur, elle développe des troubles dépressifs avec idéation suicidaire nécessitant 3 hospitalisations en milieu psychiatrique. Sa capacité de travail dans sa profession de cuisinière est nulle depuis le 02 juillet 2008. L'intensité de l'état dépressif de la demanderesse a varié de la façon suivante: moyen en décembre 2007, sévère en août 2008, moyen aujourd'hui. La demanderesse reçoit 2 antidépresseurs, le Citalopram® et le Remeron®. Ce traitement a entraîné une prise pondérale de 23 kg. Son état dépressif est stable depuis le début de l'année 2009, elle n'a plus été hospitalisée en milieu psychiatrique depuis juillet 2008. Elle est régulièrement suivie par le Dr L.\_\_\_\_\_ à la consultation de [...] à [...]. Depuis mars 2009, elle a 2 séances mensuelles avec ce psychiatre. Au sujet du trouble de la personnalité, l'expert psychiatre avait conclu en octobre 2008 à une « personnalité avec des traits accentués émotionnellement instable, type impulsif ». Le trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif se caractérise, selon la CIM-10, par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions ; des accès de violence ou des comportements menaçants sont courants, particulièrement lorsque le sujet est critiqué par autrui. Nous ne retrouvons pas de mention d'accès de violence ou de menaces contre autrui dans le dossier médical ni dans l'anamnèse. Les critiques subies par la demanderesse l'ont au contraire amenée à se comporter d'une manière auto-agressive. L'examen de ce jour nous permet d'affiner le diagnostic du trouble de la personnalité de la demanderesse : on constate une tendance à agir avec impulsivité (tentatives de suicide) associée à une instabilité de l'humeur. La demanderesse a une image d'elle-même qui est perturbée. Elle décrit également un sentiment de vide intérieur lorsqu'elle est seule à la maison. Elle a eu tendance à s'engager dans des relations intenses et instables qui l'ont déstabilisée émotionnellement. Ces caractéristiques sont évocatrices du diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline. L'état dépressif de la demanderesse étant stable et chronique depuis le début de 2009, il sera nécessaire de contrôler cette évolution dans 6 mois en demandant des renseignements au psychiatre traitant.

Limitations fonctionnelles  
Intolérance au stress, ralentissement psychique, repli social, perte d'estime de soi, anxiété, fragilité psychologique, fatigabilité, impossibilité de sortir seule, impulsivité, risque suicidaire. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 2 juillet 2008. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? 100% d'incapacité depuis le 2 juillet 2008

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0 % DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :0% DEPUIS LE :2 JUILLET 2008. ” Dans un rapport du 26 mai 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_, du SMR, a écrit qu'il y avait une incapacité de travail totale depuis le 18 octobre 2007. L'atteinte principale à la santé consistait en un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique à évolution chronique. Dans un projet du 15 juin 2010, l'OAI (Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud) a informé la demanderesse de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1 er octobre 2008 (taux d'invalidité :100 %), le début du délai d'attente étant fixé au 18 octobre 2007. Ce projet a été communiqué à P. \_\_\_\_\_ (assurance perte de gain) et la Caisse AVS. Il a été suivi d'une décision du 20 septembre 2010 pour la période postérieure au 1 er octobre 2010 et d'une décision du 22 octobre 2010 pour la période du 1 er octobre 2008 au 30 septembre 2010. Cette dernière décision a été communiquée à X.\_\_\_\_\_, défenderesse. Par pli du 29 octobre 2010, celle-ci a requis de l'OAI qu'il lui adresse le dossier de la demanderesse. B. Selon un extrait de compte arrêté au 1 er janvier

2010, les dernières cotisations versées à X. \_\_\_\_\_ pour la demanderesse l'ont été pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2007. Le 18 juillet 2011, la caisse de pensions a écrit la lettre suivante à la demanderesse : « Nous avons étudié votre droit à des prestations d'invalidité de notre fondation de prévoyance professionnelle. La loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) cite dans l'art. 23 «ont droit à des prestations d'invalidité des 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. » Après le délai d'attente légal de 360 jours, vous avez droit à une rente de l'assurance-invalidité fédérale dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Dans le cadre du 2<sup>e</sup> pilier, c'est l'institution de prévoyance où la personne invalide était assurée, lorsqu'est survenue l'incapacité de travail de 20 % au moins, qui doit verser les prestations d'invalidité. Le début de votre incapacité travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, daterait de décembre 2007 en raison d'atteinte à la santé psychique. Étant donné que votre couverture d'assurance auprès de la caisse de pensions X. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2005 au 31 octobre 2007 ne couvre pas décembre 2007, nous ne pouvons pas dès lors vous allouer une rente d'invalidité. En effet, selon l'article 23 de la LPP, X. \_\_\_\_\_ n'est pas la caisse de pensions responsable pour la prestation d'invalidité de la prévoyance professionnelle. » Le 29 septembre 2011, la défenderesse a écrit ce qui suit à une assistante sociale de la Consultation de [...] : « [...] Le mois d'octobre 2007 correspond au début de l'incapacité de travail pour l'atteinte à la santé sur le plan somatique. À partir du mois de juillet 2008, il n'y a plus d'incapacité de travail pour des raisons somatiques. L'atteinte à la santé sur le plan somatique a duré moins d'une année, donc la cause de l'invalidité concerne principalement l'atteinte à la santé sur le plan psychique. L'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue en décembre 2007 lors de la première hospitalisation en institut psychiatrique. Les cotisations auprès de X. \_\_\_\_\_ durent jusqu'au 31 octobre 2007, parce que l'employeur, Café-Restaurant Q. \_\_\_\_\_ à [...], nous annonçait une sortie dès le 19 octobre 2007. Même s'il s'avérait que X. \_\_\_\_\_ serait compétente, il n'y aurait pas de rente à payer car les problèmes psychiques sont surtout causés par des facteurs psychosociaux dont le renvoi de la Suisse. Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux sont des aspects étrangers à l'invalidité et ne sont pas pertinents du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5). » Le 7 juin 2012, B. \_\_\_\_\_, juriste, a écrit à la défenderesse au nom de la demanderesse qu'il ressortait de la décision de l'OAI que médicalement, la demanderesse présentait une incapacité de travail et de gain dans toute activité depuis octobre 2007 et que dès lors qu'elle était alors affiliée auprès de la défenderesse, la demanderesse avait droit à une rente d'invalidité au sens de l'art. 23 LPP. La juriste ajoutait qu'invoquer l'ATF 130 V 352 ne résistait pas à l'examen, que la décision de l'AI était entrée en force et que la défenderesse ne pouvait pas en contester le fondement. Dès lors, la défenderesse était mise en demeure de payer tant le rétroactif du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 30 juin 2012 qu'une rente courant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012. C. Par demande du 31 juillet 2012, reçue le 9 août 2012 au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la demanderesse a conclu avec dépens au versement par la défenderesse d'une rente d'invalidité entière de 509 fr. 45 au moins par mois dès le 1<sup>er</sup> août 2012 ainsi qu'au paiement du rétroactif de cette rente du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 31 juillet 2012, soit au moins 23'434 fr. 70 Fr. (509 fr. 45 x 46). Cette demande a été notifiée le 22 août 2012. Selon une attestation du 4 septembre 2012, la demanderesse est au bénéfice d'un permis « B » valable en Suisse jusqu'au 17 juillet 2017. Par lettre du 21 septembre 2012, la demanderesse a été convoquée par la défenderesse en vue d'un examen médical devant être

pratiqué le 18 octobre 2012 par le Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. La demanderesse a répondu le 9 octobre 2012 qu'elle refusait cette expertise au motif que l'affaire était pendante auprès du tribunal à qui il appartenait de juger si une expertise était nécessaire. Le 11 octobre 2012, la caisse a répondu à la demanderesse qu'elle pouvait examiner l'état de santé de la personne assurée selon le règlement et que le même règlement prévoit la réduction de la rente au minimum LPP si la personne ne participe pas à l'examen médical. Elle écrivait donc que la demanderesse était attendue chez le Dr H. \_\_\_\_\_ le 18 octobre 2012 et que si elle violait son devoir de participer à l'examen médical, la caisse réduirait d'éventuelles prestations au minimum LPP. Par réponse du 18 octobre 2012, la caisse a conclu au rejet de la demande. Le 20 novembre 2012, la défenderesse a adressé au tribunal une «expertise psychiatrique» fondée uniquement sur pièces, la demanderesse ne s'étant pas présentée. Cette «expertise» du 8 novembre 2012, effectuée par le Dr H. \_\_\_\_\_, a la teneur suivante (étant précisé qu'il s'agit d'une traduction fournie par la défenderesse, l'original étant en allemand) : «III. RECAPITULATION Roumaine âgée de 46 ans, depuis 2004 en Suisse (auparavant pendant des années en Espagne, engagée comme cuisinière). Premiers traitements psychiatriques dans les années 2000 à 2004, la raison en est les relations pénibles avec son concubin roumain qui la maltraitait et la menaçait aussi de meurtre. En 2006, elle souffre d'infections récidivantes des voies urinaires, est soignée par des antibiotiques, doit subir finalement une néphrectomie à cause d'un rein avec présence de calculs et les suites. Pour cause de maladie somatique, elle est en incapacité de travail, perd son emploi et remarque par la suite que son ancien employeur n'a versé ni les cotisations AVS ni les redevances au 2<sup>ème</sup> pilier. Le 1<sup>er</sup> septembre 2007, elle commence à travailler dans un petit restaurant, a toujours des douleurs corporelles, souffre de graves maux de ventre, reçoit son congé à fin décembre avec effet au 31.01.2008. Madame M. \_\_\_\_\_ se voit sans ressources, a des problèmes financiers, est victime d'angoisses, se retire des contacts sociaux, reçoit des médicaments antidépresseurs de son médecin de famille en plus de tranquillisants, se défend juridiquement avec soutien du syndicat pour légaliser sa situation personnelle et aussi pour éclaircir son statut auprès de la police des étrangers. Les tentatives ambulatoires du médecin de famille échouent, Madame M. \_\_\_\_\_ doit être gardée en hospitalisation (première hospitalisation 19.12.2007 au 21.01.2008, voir rapport de sortie du 01.02.2008 (5). Ont suivi d'autres hospitalisations psychiatriques, l'assurée suit en outre des traitements ambulatoires. Elle est déclarée en incapacité de travail à 100%. Dr. D. \_\_\_\_\_ indique le début de l'incapacité de travail à fin janvier 2008 (29.10.2008, pièce 9), le psychiatre du [...] mentionne le 02.07.2008 comme début de l'incapacité de travail à 100% (14.04.2010, pièce 11). Les divers actes médicaux font toujours mention, en plus de dépression de degré moyen à grave, de facteurs psychosociaux (difficultés financières, chômage, statut incertain en Suisse – menace d'expulsion – maladie corporelle). Du point de vue « technique d'assurance », ces facteurs n'ont pas été correctement pris en considération (si l'assurée avait l'autorisation de séjour, si son employeur l'avait engagée correctement et payé les cotisations à l'AVS et au 2<sup>ème</sup> pilier, elle aurait à nouveau un travail, la crise serait bien surmontée ; ou, autrement dit : toute autre personne devant faire face à de telles malchances aurait des problèmes de santé similaires). Assurément, l'assurée était en incapacité de travail pendant les périodes d'hospitalisation (19.12.2007 au 21.01.2008, 28.03. au 25.04.2008, 02 au 25.07.2008). Les mesures médicales ne peuvent guère contribuer à une guérison, aussi longtemps que les facteurs psychosociaux ne sont pas éclaircis et résorbés. IV. DIAGNOSTIC Trouble dépressif récidivant, actuellement à un degré indéterminé tombant fortement sous le poids

des facteurs psychosociaux. ICD

## **E. 10**

al. 3 LPP, les salariés qui ne sont plus soumis à la prévoyance professionnelle obligatoire demeurent assurés pendant un mois contre les risques de décès et d'invalidité. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPP, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'Al (let. a), à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins (let. b), à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c) et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (let. d). Pour la naissance du droit à la rente, ce sont les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 qui sont applicables par analogie en vertu de l'art. 26 al. 1 LPP (cf. ATF 134 V 20 consid. 3.1.2). Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né ; la qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité (ATF 136 V 65 consid. 3.1, 135 V 13 consid. 2.6, 134 V 20 consid. 3, 123 V 262 consid. 1a; 120 V 112 consid. 2b, 117 V 329 consid. 3 ; TF 9C\_564/2008 du 22 juillet 2009 consid. 2.1 ; TF B 92/2006 du 13 mars 2007 consid. 4.2 ; Jürg Brühwiler, *Obligatorische berufliche Vorsorge*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR)*, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2e éd. Bâle 2007, n. 104 p. 2041). Ainsi qu'il ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est — ou était — affilié au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais il correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; si l'institution de prévoyance a déjà effectué le transfert de la prestation de libre passage, elle n'est pas, pour autant, libérée de l'obligation éventuelle de verser ensuite une rente d'invalidité; Les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 136 V 65 consid. 3.2, 123 V 262 précité consid. 1b, 120 V 112 précité consid. 2b, 117 V 329 précité consid. 3; Jürg Brühwiler, op. cit., n. 107 p. 2042). L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur (en changeant en même temps d'institution de prévoyance) et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas ipso facto du nouveau rapport de prévoyance ; il faut bien plutôt examiner auprès de quelle institution l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 123 V 262 précité consid. 1c, 120 V 112 précité consid. 2c et les références citées; Jürg Brühwiler, op. cit., n. 104 p. 2041). Ainsi, lorsqu'il y a plusieurs atteintes à la santé, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à une institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance ; il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et la référence). b) Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut

non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité ; la connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2, 130 V 270 consid. 4.1, 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa ; TF 9C\_564/2008 précité consid. 2.1; TF B 92/2006 précité consid. 4.2; Jürg Brühwiler, op. cit., n. 107 p. 2042). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail); la connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1, 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa; TF 9C\_564/2008 précité consid. 2.1; TF 92/2906 précité consid. 4.2; Jürg Brühwiler, op. cit., n. 108 et 109 p. 2043). Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure — en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée — se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 5.3). S'agissant de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là, elle doit être de 20 % au moins (TF 9C\_865/2012 du 15 avril 2013, consid. 3 ; TF 9C\_327/2011 du 21 février 2012 consid. 5.2 ; TF 9C\_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C\_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3). Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (TF 9C\_54/2008 du 9 octobre 2008 consid. 4.4 et les références). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) comme principe directeur (« Richtschnur »). Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références, 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa). La question de savoir si une personne, en dépit du paiement de son salaire, est effectivement incapable de travailler dans une mesure notable doit être examinée avec soin : il faut pour cela qu'une diminution de la capacité de rendement se manifeste dans le cadre des rapports de travail, par exemple que l'on constate une diminution des prestations, voire donne un avertissement au travailleur ou que la fréquence des absences pour raisons de santé dépasse l'ordinaire, une incapacité de travail médicale théorique fixée rétroactivement sans que l'ancien employeur ait remarqué la diminution des capacités, ne suffit pas. Lorsqu'une personne a été rémunérée dans une mesure correspondant à la prestation de travail entière qu'elle était tenue de fournir, seule

l'existence de circonstances particulières permet d'admettre qu'elle n'était pas à même de remplir pleinement ses obligations à l'égard de son employeur. Il sied à cet égard de faire preuve d'une extrême retenue pour ne pas risquer de compromettre la couverture d'assurance. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué une diminution de la capacité de rendement (TF 9C\_865/2012 du 15 avril 2013 consid. 3 et références citées). c) On ajoutera que d'après la jurisprudence, si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 130 V 270 consid. 3.1, 126 V 308 consid. 1; TF 9C\_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5, 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération ; en revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 130 V 270 consid. 3.1, 129 V 73 consid. 4 et 4.2 ; TF 9C\_700/2007 précité consid. 2.3). Cela étant, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'a décidé l'organe de l'assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'assureur LPP dans la procédure de l'assurance-invalidité n'a plus d'objet (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; TF B 39/2003, résumé dans la RSAS 2004 p. 451 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] B 27/2005 du 26 juillet 2006 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a encore précisé que la force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes (ATF 130 V 501 consid. 2.3.2 publié in SVR 2005 BVG n° 5 p. 14). Elle ne vaut dès lors qu'en ce qui concerne les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité qui étaient déterminantes dans la procédure de l'assurance-invalidité pour établir le droit à une rente d'invalidité et qui devaient effectivement faire l'objet d'une détermination ; dans le cas contraire, les organes de la prévoyance professionnelle sont tenus d'examiner librement les conditions du droit aux prestations (cf. TFA B 50/1999 du 14 août 2000 consid. 2b). Le fait que l'assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n'exclut donc pas que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue (dans une mesure plus restreinte) plus d'une année auparavant (TF 9C\_900/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3 in fine). d) Selon l'art. 26 OPP 2 (ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984, RS 831.441.1), l'institution de prévoyance peut différer le droit aux prestations d'invalidité jusqu'à épuisement des indemnités journalières lorsque l'assuré reçoit, en lieu et place du salaire entier, des indemnités journalières de l'assurance-maladie équivalant à au moins 80 % du salaire dont il est privé (let. a) et que les indemnités journalières ont été financées au moins pour moitié par l'employeur (let. b). 3. a) Au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20), 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 LPG 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).

b) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1 et 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). De plus, selon la

Haute Cour, 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). 4. a) En l'espèce, il convient d'abord de déterminer le terme de l'affiliation de la demanderesse auprès de la défenderesse. Celle-ci fait valoir que la demanderesse était assurée auprès d'elle jusqu'au 31 octobre 2007 à raison de son activité dans différents établissements publics, en dernier lieu le café-restaurant Q.\_\_\_\_\_ à [...]. Elle soutient que l'employeur a annoncé la sortie de la demanderesse de la caisse en octobre 2007 et qu'elle n'a plus perçu aucune cotisation après le 31 octobre 2007. Elle relève que l'invalidité de la demanderesse est due à des atteintes psychiques survenues alors que la demanderesse n'était plus affiliée auprès d'elle. Elle prétend que les indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain dès le début de son incapacité de travail ne sont pas des salaires soumis à l'AVS et partant pas des salaires assurés par la prévoyance professionnelle. La demanderesse argue au contraire que son affiliation a pris fin le 31 janvier 2008, au terme de son contrat de travail. Selon l'art. 10 al. 1 LPP, l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail. L'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP). La fin du rapport de prévoyance ne dépend pas du moment où le salarié cesse effectivement son activité, mais exclusivement de la fin juridique du contrat de travail. Le moment déterminant est celui de la fin des rapports de travail telle qu'elle est définie en droit privé. Cela a pour conséquence que le rapport d'assurance est en règle générale dissous à l'échéance du délai légal ou contractuel de résiliation. Il est sans importance que le salarié ait déjà cessé son activité auparavant (Jürg Brechbühl, in : Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [éd.], Commentaire LPP et LFLP, Berne 2010, pp. 228-229, n. 16 ad art. 10 LPP). Il n'est pas contesté que le contrat de travail de la demanderesse a pris fin le 31 janvier 2008 ensuite de la résiliation donnée par son employeur. Il est également constant que la demanderesse était en incapacité de travail

depuis le 18 octobre 2007 et que depuis lors, elle a été rémunérée par des indemnités perte de gain versées par la P. \_\_\_\_\_. On ne peut toutefois conclure du versement de ces indemnités que la demanderesse n'était plus affiliée. Certes, comme le relève la défenderesse, ces indemnités journalières ne sont pas un salaire soumis à l'AVS et ne sont donc pas déterminantes au sens de la LPP (art. 7 al. 2 LPP et 6 al. 2 let. b RAVS [Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947, RS 831.101]). Il n'en demeure pas moins que la fin juridique du rapport de travail est fixée au 31 janvier 2008 et que l'on doit retenir que la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse jusqu'à cette date. La demanderesse, s'agissant du risque invalidité, est d'ailleurs restée encore un mois assurée auprès de la défenderesse en application de l'art. 10 al. 3 LPP. Admettre le contraire reviendrait à considérer que tout travailleur dont le contrat de travail n'a pas été résilié et qui toucherait des indemnités perte de gain ne serait plus affilié auprès de l'institution de prévoyance de son employeur et ne pourrait plus toucher des prestations invalidité de celle-ci. b) Il y a lieu de déterminer maintenant quand a débuté l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. Il n'y a au dossier aucun rapport médical d'un somaticien expliquant ce qui s'est passé en octobre 2007. Il résulte toutefois du rapport du 1<sup>er</sup> février 2008 que la demanderesse a été opérée en octobre 2007 d'une hernie de la ligne blanche. Figurent aussi au dossier deux certificats établis par des médecins du Service de chirurgie du [...] attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre 2007 au 16 novembre 2007. Pour le surplus, il résulte du courrier du 4 juillet 2008 du Dr T. \_\_\_\_\_ au médecin-conseil de la P. \_\_\_\_\_ qu'au plus tard le 30 juin 2008, la capacité de travail de la demanderesse sur le plan somatique était totale. Dans son rapport du 26 mai 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ indique que l'atteinte principale à la santé consiste en un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique à évolution chronique. Aucune atteinte somatique n'est mentionnée si ce n'est un status post-néphrectomie gauche qui n'entraîne pas d'invalidité. Force est donc de constater que l'OAI s'est fondé, pour octroyer une rente à la demanderesse, sur des motifs exclusivement d'ordre psychique. c) La défenderesse soutient que la décision de l'OAI ne lui est pas opposable. La décision du 22 octobre 2010 lui a été notifiée, ce qu'elle admet en procédure. En revanche, le projet du 15 juin 2010 ne lui avait pas été communiqué. Or, la force contraignante des décisions de l'assurance-invalidité est basée sur la prémisse que l'institution de prévoyance (immédiatement) touchée d'après l'art. 49 al. 4 LPGA a participé à la procédure de l'AI au plus tard lors du préavis conformément à l'art. 73bis al. 2 let. f RAI, c'est-à-dire que le préavis a été dûment notifié à l'institution de prévoyance. Cette dernière est dans ce cas autorisée à prendre part à la procédure de recours contre la décision de l'assurance-invalidité. Si la notification n'a en revanche pas été dûment effectuée, la décision de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante à l'égard de l'institution de prévoyance (Marc Hürzeler, in Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [éd.], op. cit., pp. 344, n. 12 ad art. 23 LPP). Ainsi, pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 270 consid. 3.1), soit depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le projet de décision. C'est ainsi à juste titre que la défenderesse soutient que la décision du 22 octobre 2010 de l'OAI ne la lie pas puisque le projet ne lui a pas été communiqué. A fortiori est-ce le cas de la décision du 20 septembre 2010 puisque celle-ci n'a pas été notifiée à la défenderesse. Cela étant, il est acquis que l'incapacité de travail donnant lieu à l'invalidité est due à une pathologie psychique. Il y a lieu de déterminer de quand date celle-ci. Dans son courrier du 29 septembre 2011 à la demanderesse, la défenderesse écrit que l'incapacité

de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue en décembre 2007 lors de la première hospitalisation. Dans sa réponse, elle affirme à nouveau que les atteintes à la santé psychique de la demanderesse sont survenues au plus tôt en décembre 2007 ou janvier 2008. Alors qu'elle produit le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, elle se réfère à celui-ci qui situe la première incapacité de travail de la demanderesse en raison d'atteinte à sa santé psychique en décembre 2007, au moment de la première hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans ses déterminations sur le dossier AI, elle répète que ce n'est qu'au plus tôt à la fin de l'année 2007 ou à la fin du mois de janvier 2008 que cette atteinte s'est développée. Enfin, se déterminant sur le dossier P. \_\_\_\_\_, elle réaffirme qu'avant décembre 2007, il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychique. La demanderesse soutient quant à elle que l'incapacité de travail pour des motifs psychiques existe déjà avant. Elle remarque que l'OAI invoque une atteinte à sa santé psychique en fixant le début de son incapacité de travail totale au 18 octobre 2007. A cet égard, elle se trompe. Il ressort, en effet, de son dossier que si l'office AI a retenu le 18 octobre 2007 comme étant le début de l'incapacité totale de travail de la demanderesse et par conséquent, le début du délai d'attente d'une année, c'est pour des causes somatiques auxquelles ont succédé des causes psychiques. Sur le plan psychique, la première hospitalisation de la demanderesse date du 19 décembre 2007. Elle a été suivie de deux autres hospitalisations en mars-avril 2008 et en juillet 2008. Les rapports ou lettre de sortie relatifs à ces trois hospitalisations ne mentionnent pas d'incapacité de travail. Ce sont les médecins de la Consultation de [...] approchés par la défenderesse suite à sa troisième hospitalisation qui ont pour la première fois indiqué que l'incapacité de travail de celle-ci remontait au 2 juillet 2008 soit dès le début de cette troisième hospitalisation. Mais la question n'a véritablement été abordée que dans l'expertise réalisée par le Dr D. \_\_\_\_\_ à l'intention de l'assureur perte de gain. Cet expert date l'incapacité de travail totale de la demanderesse pour des raisons psychiatriques en janvier 2008 au plus tard. Cette expertise est convaincante; elle remplit les réquisits jurisprudentiels (anamnèse, plaintes, l'examen, etc. ; cf. consid. 3c supra) et elle n'est au demeurant pas contestée par les parties. Dans son rapport du 10 mai 2010, le Dr K. \_\_\_\_\_, du SMR, fixe le début de l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique au 2 juillet 2008 mais sans expliquer pourquoi. Il paraît s'être simplement conformé à l'appréciation du psychiatre traitant, soit ceux de la Consultation de [...] qui ont fixé le début de l'incapacité de travail dès qu'ils ont été consultés. La Cour de céans retient en définitive que sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail de la demanderesse date au plus tard de janvier 2008, plus probablement au 19 décembre 2007, date de la première hospitalisation. La connexité temporelle et matérielle est ainsi remplie dès lors que la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse à tout le moins jusqu'au 31 janvier 2008 (cf. consid. 4a supra). d) Reste donc à examiner si comme le soutient la défenderesse, l'incapacité de travail de la demanderesse n'est due qu'à des facteurs psychosociaux ne relevant pas de l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, en effet, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire

que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans, le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1). L'assurance-invalidité est une assurance finale, de sorte que l'origine de l'atteinte à la santé à l'origine de l'incapacité de gain n'est pas déterminante. L'état de santé doit être considéré de manière globale. L'incapacité de gain découlant d'une atteinte psychiatrique résultant d'une surcharge socioculturelle entre en considération pour l'ouverture d'un droit à la rente, pour autant qu'il s'agisse d'une pathologie identifiable. On ne peut ainsi nier le droit à la rente du seul fait que des facteurs socioculturels ou psychosociaux sont présents et interviennent dans le processus d'invalidation (TF 8C\_830/2013 du 29 avril 2014, consid. 5.2.3). A plusieurs reprises, l'influence de la précarité du séjour en Suisse de la demanderesse pour des motifs de droit des étrangers sur son état de santé psychique a été relevée. Tel est le cas des Drs G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ et dans leur rapport du 15 août 2008 et dans celui du 30 mars 2009 ; tel est le cas aussi dans la lettre de sorte du 4 juillet 2008 relative à la deuxième hospitalisation de la demanderesse en hôpital psychiatrique. Il en va de même dans le rapport du 29 août 2008 (troisième hospitalisation). La crainte de la demanderesse d'être expulsée de Suisse est également évoquée dans l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ et par le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 31 mars 2008 au Dr D.D.\_\_\_\_\_. Cela étant, la demanderesse a fait quatre séjours en hôpital psychiatrique dont le dernier (du 18 décembre 2012 au 18 février 2013) alors qu'elle bénéficiait d'un titre de séjour valable. En février 2008, le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans symptôme somatique a été posé. La deuxième hospitalisation est liée à un état dépressif avec idéations suicidaires. La troisième hospitalisation est motivée par la mise à l'abri d'idées suicidaires scénarisées, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques étant en outre posé. Ces trois premières hospitalisations ont eu lieu en quelque sept mois. Dans son expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. En mars 2009, les Drs G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ posent le même diagnostic. Le Dr K.\_\_\_\_\_ pose aussi le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ne conteste d'ailleurs pas l'existence de ce trouble dépressif. En juin 2013, c'est le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère qui est posé (alors que la demanderesse était au bénéfice d'un titre de séjour). Il est fait état d'importants symptômes de la lignée dépressive et anxieuse avec persistance d'idées suicidaires si bien que le retour à domicile a dû être reporté deux fois. En juillet 2013, les mêmes diagnostics sont posés, la situation clinique de la demanderesse ne s'améliorant pas malgré la régularisation de sa situation sociale en 2012. Il existe ainsi un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail, attesté par plusieurs médecins spécialistes. On ne peut nier une dépression durable. Peu importe l'origine de cet état dépressif. Le fait est qu'il existe et qu'il perdure. Le droit à la rente de la demanderesse ne peut donc être nié au motif que seuls des facteurs psychosociaux existent puisque tel n'est pas le cas. A cet égard, l'affirmation du Dr H.\_\_\_\_\_ selon laquelle toute personne rencontrant les difficultés de la demanderesse (problèmes somatiques, permis de séjour, problèmes avec l'employeur) aurait les mêmes problèmes de santé est hâtive et ne repose

sur aucun argument valable. e) Au vu de ce qui précède, la Cour considère donc que la demande doit être admise dans son principe, la défenderesse étant tenue de verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité qu'il appartiendra à la défenderesse de calculer. Il convient également de réserver une éventuelle surindemnisation et le versement des indemnités journalières (cf. art. 9.1 et 9.2 du règlement de la défenderesse). Concernant la naissance du droit à la rente, comme rappelé sous lettre « D. » de la partie « En fait » ci-dessus, le règlement de la défenderesse prévoit à son art. 13 qu'ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'Al. Dès lors que le règlement ne contient pas de disposition particulière relative au délai d'attente, on doit inférer de ce renvoi que les dispositions de l'assurance-invalidité sont applicables également s'agissant du point de départ de la rente. En l'occurrence, ce point de départ doit être fixé au 1<sup>er</sup> octobre 2008 à l'instar de la rente Al. Il convient de préciser pour terminer que cette rente ne peut être diminuée en application de l'art 7.2 du règlement 2012. La convocation chez l'expert est postérieure à l'ouverture d'action qui a créé la litispendance de sorte que la défenderesse ne pouvait plus instruire. 5. a) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il n'est pas perçu de frais de justice. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la demanderesse obtenant finalement gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

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