

## **VD\_GERICHTE ZD12.021293 vom 11. Juni 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.021293](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.021293)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.021293 du 11 juin 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD12.021293 del 11 giugno 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Si oui, quels sont les éléments qui rendent cette date du début de l'incapacité de travail au mois de novembre 2007 plus vraisemblable qu'une autre ? De façon générale, une incapacité de travail résulte de l'interaction entre les limitations de la personne en cause et les exigences de son activité professionnelle. Pour l'expert, il est vraisemblable que l'intéressée ait présenté ce qu'on appelle un minimal brain damage pendant la grossesse ou dans la période néonatale. Les causes peuvent en être multiples : foetopathie éthylique, foetopathie infectieuse, anoxie cérébrale néonatale, etc. En l'état, on n'a pas d'argument pour une maladie génétique, bien qu'elle ne puisse être définitivement exclue. Ce dommage cérébral a déterminé un retard développemental. Les conséquences en ont été le déficit des acquisitions scolaires ainsi que ce que peut désigner à l'âge adulte un trouble mixte de la personnalité. L'assurée a pu fonctionner dans son activité de paysagiste auprès de l'employeur qui l'avait prise en apprentissage. D'après les informations, les choses se passaient relativement bien au départ. L'assurée avait une position qui a fait, selon ce qu'elle rapporte, que ses collègues pensaient qu'elle était la fille de l'employeur. Il est vraisemblable qu'elle ait bénéficié d'attentions particulières et qu'elle ait été relativement protégée. Avec le changement d'atmosphère au retour du Canada et peut-être des exigences tout simplement ordinaires pour une aide-paysagiste, l'assurée est arrivée à un point de rupture. Elle l'a manifesté par des plaintes d'allure somatique et vraisemblablement par une diminution de rendement. Elle a finalement été licenciée. Pour l'expert médical, cette histoire relève d'un continuum. L'assurée n'était pas en bonne santé au moment où elle s'est affiliée à la caisse de pension, même si elle était de bonne foi lorsqu'elle a rempli le questionnaire ad hoc. Elle relevait déjà des entités diagnostiques retenues dans ce rapport médical. Elle a néanmoins pu fonctionner plus ou moins correctement pendant des années dans des conditions particulières où elle était probablement épargnée et protégée. Avec l'augmentation des sollicitations et une atmosphère de travail moins bonne au retour du Canada, l'intéressée est arrivée aux limites de ses capacités adaptatives. Elle est devenue symptomatique. Son rendement a diminué. Elle a manqué son travail. Elle a finalement été licenciée. L'incapacité de travail administrative part au mois de novembre 2007 parce que c'est à ce moment-là qu'elle s'est concrétisée sur le terrain. L'expert médical ne peut rien dire de plus.

- 16 -

#### **E. 3**

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Est

réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Dans le domaine de la prévoyance professionnelle, les prestations sont dues, conformément à l'art. 23 LPP, 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 correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b). Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est donc uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance (20 % au moins; TF 9C\_335/2011 du 14 mars 2012 consid. 2; B

- 19 - 105/03 du 14 mars 2005 consid. 1; B 48/97 du 7 octobre 1998 consid. 1), 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. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; 118 V 35 consid. 5). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c; 120 V 112 consid. 2c/aa). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore,

- 20 - raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant

- 21 - précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

#### **E. 4**

En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions médicales résultant de l'expertise établie par le Dr F.\_\_\_\_\_. a) L'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues par ce médecin résultent d'une analyse complète de la situation médicale – objective et subjective – portant sur la situation psychique de l'assurée. Contrairement à ce que soutient le recourant, elles reposent sur une anamnèse dont rien n'indique qu'elle soit incomplète, quand bien même la prise d'anamnèse a certainement été difficile eu égard aux limitations psychiques présentées par l'assurée. Compte tenu de ce contexte particulier, on ne saurait faire le reproche à l'expert de s'être entretenu avec le père adoptif de l'assurée afin de compléter les renseignements obtenus (p. 5 in fine de l'expertise). On ne saurait non plus faire grief à l'expert d'avoir pris connaissance du dossier juridique de l'assurée, dès lors qu'une bonne connaissance de l'ensemble du dossier – médical et judiciaire – est un préalable nécessaire, sinon indispensable, à la réalisation d'une expertise judiciaire. b) Au terme de son évaluation, l'expert a retenu que l'assurée

souffrait d'un trouble mixte des acquisitions scolaires ainsi que d'un

- 22 - trouble mixte de la personnalité. Il n'est pas contesté ni contestable que le trouble mixte des acquisitions scolaires a affecté l'assurée dès son plus jeune âge, comme le prouve les difficultés scolaires qu'elle a rencontrées et le fait qu'elle ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée. Malgré les particularités de sa personnalité, l'assurée est néanmoins parvenue – avec la bienveillance manifeste de son employeur – à s'intégrer durant plusieurs années dans le monde du travail. Or, le fait qu'une personne assurée ait, depuis le début de son activité lucrative, subi des atteintes à la santé limitant sa capacité de faire face aux exigences professionnelles n'est pas déterminant lorsque ces déficits ont pu être compensés pendant des années, de tels déficits étant alors compatibles avec une activité professionnelle. Est alors déterminante la date à laquelle les limitations latentes se sont transformées en une incapacité de travail manifeste (TF 8C\_195/2009 du 2 septembre 2009 consid. 5). Il est vrai qu'aucune incapacité de travail liée aux troubles psychiques de l'assurée ne s'est manifestée au cours des rapports de travail et que les documents médicaux versés au dossier ne font pas mention d'un processus de décompensation psychique ou d'une autre forme d'effondrement psychologique. Cela n'est toutefois pas incompatible avec la nature très particulière des troubles psychiques de l'assurée. Se fondant sur son expérience clinique, le Dr F. \_\_\_\_\_ a rapporté l'existence de cas de personnes qui ont été capables de s'adapter des mois ou des années dans des situations très spécifiques pour s'effondrer et devenir partiellement ou totalement incapables de travailler à la faveur de changements minimes à la place de travail. La situation vécue par l'assurée entre manifestation dans le cas de figure évoqué par l'expert. La rupture des rapports de travail a clairement mis à nu la fragilité psychologique de l'assurée et son incapacité à exercer une activité lucrative compatible avec les exigences du marché du travail. En d'autres mots, la rupture des rapports de travail a entraîné l'incapacité totale de travailler. On relèvera d'ailleurs que cette conséquence avait été évoquée par les Dresses S. \_\_\_\_\_ (rapport du 16 juillet 2007, voir également le rapport du 12 septembre 2008), qui estimait que seule une activité exercée dans un milieu protégé restait exigible, et X. \_\_\_\_\_ (rapport non daté), qui affirmait que la reprise d'une formation exigeant un apprentissage théorique semblait compromise à moins qu'un

- 23 - soutien individualisé ne soit mis en place (ce qui n'est guère envisageable sur le marché du travail; voir également le rapport du 3 décembre 2009 du Dr O. \_\_\_\_\_). c) Sur le vu des constatations qui précèdent, les éléments évoqués par le recourant, tels que l'absence de périodes d'incapacité de travail attestées postérieurement au licenciement, le fait que l'assurée aurait été licenciée pour des motifs économiques plutôt que médicaux ou encore le fait que l'assurée se soit inscrite au chômage, ne sont pas déterminants pour trancher la question du moment de la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. d) Au final, il y a lieu de retenir que l'assurée a présenté une incapacité totale de travailler immédiatement après la fin de ses rapports de travail. Contrairement à ce qu'a retenu le Dr F. \_\_\_\_\_, il convient de fixer cette date au 1er décembre 2007, puisque l'assurée a été licenciée pour le 30 novembre 2007 et que le dernier jour de travail effectif a eu lieu le 30 novembre 2007 (cf. questionnaire pour l'employeur). A l'échéance du délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI, soit le 1er décembre 2008, l'assurée pouvait donc prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité. L'assurée n'ayant déposé sa demande de prestations qu'au mois de juillet 2008, le début éventuel du versement de la rente ne pouvait toutefois débiter, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, que

six mois plus tard, soit au mois de janvier 2009 (ATF 138 V 475 consid. 3).

#### **E. 5**

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours formé par le Fonds de prévoyance R. \_\_\_\_\_ doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que W. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er janvier 2009. b) En dérogation de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais

- 24 - de justice, fixés à 750 francs pour l'ensemble de la procédure, doivent par conséquent être mis à la charge du Fonds de prévoyance R. \_\_\_\_\_ débouté, l'admission très partiel du recours ne justifiant par ailleurs pas de répartir les frais et les dépens entre les parties. c) Obtenant pour l'essentiel gain de cause vis-à-vis du Fonds de prévoyance R. \_\_\_\_\_ avec l'assistance d'un mandataire professionnel, l'assurée appelée en cause a droit à des dépens de la part du Fonds de prévoyance R. \_\_\_\_\_, qu'il convient de fixer à 2'500 francs.

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