

VD_GERICHTE ZI12.032385 vom 18. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI12.032385

FR: VD_GERICHTE ZI12.032385 du 18 juin 2015

IT: VD_GERICHTE ZI12.032385 del 18 giugno 2015

Erwägungen

E. 5

AVEZ-VOUS DES REMARQUES A FORMULER CONCERNANT LES INVESTIGATIONS, LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DE L'AFFECTION ACTUELLE? Parmi les plaintes présentées actuellement par la demanderesse, on trouve de nombreux symptômes qui justifient le diagnostic « d'un épisode dépressif » selon les définitions du CIM-10 qui est le système de classification des maladies psychiatriques officiel pour la plupart des pays européens, y compris la Suisse. Des critères comme une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires, une perturbation du sommeil, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une diminution de la concentration et de l'attention, et des symptômes anxieux se sont progressivement manifestés depuis fin 2007 chez la demanderesse résultant finalement en une incapacité de travail totale à partir du 18.10.2008. En appliquant les échelles psychométriques courantes et selon l'impression clinique, l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive actuelle est à considérer comme sévère. Tous les symptômes anxio-dépressifs présentés par la demanderesse se sont manifestés dans le contexte et suite à des facteurs importants de stress, comme des problèmes de santé graves avec une néphrectomie gauche et plusieurs complications mais aussi des problèmes professionnels, financiers et des soucis quant à son statut d'étrangère. Le choix d'un diagnostic du chapitre F43 du CIM-10 « Réaction à un facteur de stress important et trouble de l'adaptation » semble donc justifié. La demanderesse elle-même se montre convaincue que sans tous ses soucis elle n'aurait jamais souffert de son état anxio-dépressif actuel. Elle confirme que sa 1ère prise en charge psychiatrique en Espagne entre 2000 et 2004 était également liée à sa situation privée difficile marquée par un conflit de couple grave avec beaucoup de violence. Le CIM-10 définit comme critère de durée pour un tel trouble de l'adaptation une période de six mois et dans le cas d'une réaction dépressive «prolongée» de deux ans au maximum. Durant cette période, un patient avec une personnalité intacte devrait selon cette définition avoir pu s'adapter à une nouvelle situation, c'est-à-dire

- 5 - appliquer des mécanismes de défense et des stratégies de « coping » d'une manière efficace. Si la symptomatologie persiste au-delà de ce délai, il ne s'agit plus d'un simple trouble de l'adaptation mais le diagnostic est à réévaluer et à redéfinir. Si dans une situation psychosociale très stressante, les facteurs de stress persistent ou de nouveaux facteurs de stress s'ajoutent dans un court délai, la persistance d'un état chronifié s'observe assez souvent et sont à redéfinir selon le plan diagnostic. Examinant la situation de Mme M. _____, on peut identifier plusieurs facteurs de stress qui se sont accumulés et qui persistent jusqu'à ce jour. Au 1er plan des problèmes de santé même si sa santé somatique s'est actuellement stabilisée selon les attestations du médecin traitant. Pourtant ses soucis financiers, son licenciement reçu en janvier 2008, sa crainte d'être expulsée de la Suisse

sont des facteurs de stress importants et persistants qui ont une répercussion sur la vie quotidienne de la demanderesse qui se sent menacée. Dans une telle constellation la demanderesse a épuisé ses mécanismes de défense, et sa symptomatologie anxio-dépressive qui est en train de se chronifier reste sévère avec une idéation suicidaire et un risque de suicide élevé selon l'impression clinique. A part ces symptômes dépressifs, elle exprime une grande colère, se montrant parfois projective et reprochant à son entourage de ne pas la comprendre et de ne pas avoir une « vraie » idée de sa souffrance. C'est un fait bien connu que le pronostic de la guérison d'un trouble de l'adaptation dépend également de la structure de la personnalité pré-morbide dans le sens où une personnalité avec des mécanismes de défense bien développés et efficaces arrive mieux et plus vite à s'adapter à une nouvelle situation, et à combler ainsi les symptômes anxio-dépressifs. Considérant la personnalité de Mme M. _____ suite à la prédominance de son état actuel aigu, ses traits de personnalité sont difficilement explorables lors d'un seul examen psychiatrique dans le cadre de cette expertise. Pourtant ce premier contact confirme déjà des traits émotionnellement très instables et immatures avec une certaine impulsivité et une tendance à appliquer des mécanismes de défense immatures, au premier plan une projection importante, des idéalisations primitives et une grande dévalorisation. La demanderesse arrive à peine à montrer une capacité d'introspection suffisante pour se remettre en question et pour modifier son comportement. Elle se voit plutôt dans le rôle de la victime et la demande d'une reconnaissance de sa souffrance devient visible lors de l'entretien. Ce fonctionnement et un comportement à la fois assez manipulateur sont à observer de manière régulière et ceci probablement déjà depuis plusieurs années. Dans la lettre de sortie de l'Hôpital de [...] du 4 juillet 2008, le diagnostic d'un « trouble de la personnalité de type état limite, avec une perturbation de ses buts et choix personnels, un engagement dans des relations instables, des efforts

- 6 - pour éviter d'être abandonnée, des menaces auto-agressives et un sentiment de vide permanent » est retenu. Ce comportement ne permet pas à Mme M. _____ de se confronter de manière adéquate et productive à sa situation de vie et à surmonter ainsi ses symptômes psychiatriques. L'application des mécanismes de défense plutôt immatures explique aussi la persistance de sa symptomatologie anxio-dépressive ainsi que l'idéation suicidaire avec des menaces suicidaires et des hospitalisations psychiatriques répétées. Si l'attitude de la demanderesse et surtout sa demande d'une reconnaissance de sa souffrance et de l'injustice qu'elle a dû souvent subir dans le passé, par exemple déjà lors de sa 1ère relation en Espagne, semble compréhensible du point de vue subjectif, l'évaluation dans le cadre de cette expertise doit se baser sur des facteurs et des éléments répondants à la question de savoir si elle est capable de travailler en mobilisant toute sa bonne volonté et sa coopération afin de surmonter ses troubles psychiques. Quant à la capacité de travail de la demanderesse, on peut conclure que son état psychique est actuellement trop mauvais et trop fragile et ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle. Pour l'instant elle n'est pas capable de maintenir un rythme quotidien. Elle montre un retrait social important et une reprise de travail ne semble pas exigible au moins dans les 3 prochains mois. Quant à la prise en charge, Mme M. _____ confirme une bonne relation thérapeutique avec sa psychiatre traitante du Centre de Consultation Ambulatoire de [...]. Elle confirme une prise régulière de médicaments. Vu le manque de structures journalières, une prise en charge plus complexe par exemple une intégration dans une structure comme un Hôpital de Jour est à recommander. Le pronostic semble peu favorable, même à moyen terme, considérant les facteurs de stress graves et persistants et dépendra essentiellement de l'évolution de son

recours contre l'expulsion en Suisse, son statut, ainsi que de sa santé physique.

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

- 7 - plus exigible en raison de la sévérité de la pathologie psychiatrique actuelle.

E. 8

Est-ce qu'elle prend les médicaments? Pas clair (ne ressort pas des actes, car il n'a pas été procédé à un contrôle des médicaments).

E. 9

Le traitement médical est-il adéquat et l'amointrissement du préjudice suffisant ou quel amointrissement du préjudice est raisonnable pour l'assurée ? Pas clair (ne ressort pas des actes, car il n'a pas été procédé à un contrôle des médicaments). 10.Si non, comment se présenterait un traitement médical optimal? Le traitement médical consiste en des entretiens soutenus, à la rigueur (en cas de dépression continue) à l'aide de psychotropes.

- 16 - Il est important d'éclaircir les questions ouvertes (facteurs psychosociaux). 11.A combien s'élève la diminution de la capacité de travail en ne tenant compte que des causes propres et conditionnées à l'invalidité ? Moins de 50%. 12.La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures appropriées, dans un avenir prévisible? Voir chiffre 10. 13.Le reste de la capacité de travail est-il utilisable? Oui. 14.A combien s'élève le reste de l'activité lucrative dans une activité adaptée, du point de vue psychiatrique ? Au-dessus de 50%. 15.A combien s'élève le reste de l'activité lucrative en tant que dame de buffet? Au-dessus de 50%. 16.A combien s'élève le reste de l'activité lucrative en tant qu'ouvrière de fabrique ? Au-dessus de 50%. 17.Dans quelle proportion une activité de vendeuse dans un kiosque peut être raisonnablement exigée du point de vue psychiatrique? Au-dessus de 50%. 18.Quelles autres activités pourraient raisonnablement être exigées? Pas de restrictions." D. Les pièces du dossier AI postérieures à septembre 2012 ont été produites le 1er octobre 2014 à la requête du juge instructeur de la Cour de céans. Dans une lettre de sortie du 14 juin 2013, les Drs R._____, chef de clinique, et Z._____, médecin assistant à l'Hôpital de [...], ont écrit que la demanderesse avait été hospitalisée en admission volontaire du 18 décembre 2012 au 18 février 2013 pour la mettre à l'abri d'un geste auto-agressif. Ils posaient comme diagnostic un trouble dépressif

- 17 - récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Comme diagnostic différentiel et/ou comorbide, ils posaient celui de trouble de la personnalité sans précision. Cette lettre de sortie se termine ainsi : "Mme M. _____ est hospitalisée pour mise à l'abri d'idées suicidaires par défenestration. Nous avons reconduit le diagnostic de trouble dépressif récurrent déjà retenu chez cette patiente avec un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques actuels. Cet épisode dépressif a une forte composante anxieuse. Par ailleurs, sur le plan diagnostique, nous notons un tableau psychopathologique marqué par une chronicité, sans intervalle sain. Au cours des entretiens, nous relevons des traits de personnalité dépendante et une passivité marquée de la patiente dans ses difficultés actuelles. Il existe également une faiblesse de l'introspection et de la remise en question. Ces différents éléments observés et affinés dans le cadre d'un suivi au long cours, pourraient donner lieu à l'établissement d'un diagnostic différentiel et/ou comorbide de trouble de la personnalité. L'efficiace intellectuelle de Mme M. _____ pourrait également faire l'objet d'une évaluation, en-dehors de ce contexte de crise. Au cours des entretiens de crise, la patiente a pu exprimer ses difficultés actuelles, mises en lien avec le décès de son ex-ami ayant eu lieu environ trois semaines avant son hospitalisation. Mme M. _____ verbalise également un conflit avec sa nièce dont elle est dépendante sur le plan financier. Cette nièce aurait accepté de loger deux hommes dans l'appartement de Mme M. _____ ce qui l'aurait beaucoup perturbée. Elle nous fait part de manière itérative du mal-être qu'elle ressent en présence de ses colocataires imposés. Elle décrit qu'en leur présence elle ne supporterait pas d'être dans son appartement et aurait envie de sauter par la fenêtre. Elle exprime également son angoisse en ce qui concerne son avenir car sa nièce a perdu son emploi très récemment ce qui met en péril la situation financière de Mme M. _____. La patiente se dit également déçue car sa nièce voudrait quitter son compagnon et Mme M. _____ tiendrait beaucoup à cet homme. Elle rapporterait aussi un conflit au niveau asséculologique qui dure et qui la fatiguerait énormément. Sur le plan pharmacologique, nous avons augmenté le dosage du Citalopram à 60mg/j. et avons majoré le traitement de Tranxilium de 30 à 40mg/j. Ceci a été bien toléré par la patiente sans développement d'effets secondaires. Un traitement par Imovane 7,5mg le soir a amélioré les troubles du sommeil. Mme M. _____ a repris son activité de "reliure" durant son hospitalisation. Cette activité va bientôt cesser d'exister, raison pour laquelle nous avons encouragé Mme M. _____ à songer à investir une autre activité qu'elle pourrait entreprendre au sein du CES, que nous lui avons proposé de visiter. L'état clinique de Mme M. _____ ne s'est amélioré que très lentement, la patiente présentant d'importants symptômes de la lignée dépressive et anxieuse avec persistance d'idées suicidaires,

- 18 - raison pour laquelle le retour à domicile a dû être déplacé deux fois durant l'hospitalisation. Les éléments de la réalité (présence des colocataires et absence de la nièce de Mme M. _____) rendaient pour cette dernière inconcevable son retour à domicile. Des entretiens de réseau ont eu lieu avec Mme W. _____, assistante sociale de la Consultation de [...] afin d'organiser une sortie possible et réalisable. Des congés en fin de séjour se sont bien déroulés après le retour de vacances de la nièce de la patiente et ont permis une transition progressive vers un retour à domicile. La patiente quitte l'hôpital le 18.02.2013, un rendez-vous étant déjà prévu à votre consultation." Dans un rapport du 19 juillet 2013, les Dresses J. _____, cheffe de clinique adjointe, et F. _____, médecin assistante ainsi que N. _____, infirmier à la Consultation de [...], posent les mêmes diagnostics. Ils précisent que la demanderesse est suivie dès le 30 juillet 2008. Bien que sa situation sociale se soit régularisée dans le courant 2012, ils n'ont pas noté d'amélioration

de sa situation clinique. Le pronostic semblait défavorable, la symptomatologie anxio-dépressive s'étant chronifiée et restant sévère. L'incapacité de travail comme cuisinière était totale depuis le 2 juillet 2008 pour une durée indéterminée. Dans un avis du 5 novembre 2013, le Dr S. _____ se référant au rapport d'avril 2012 du médecin traitant et à la lettre de sortie de l'Hôpital de [...] préconise la poursuite du versement des prestations. Par communication du 27 novembre 2013, l'Office AI a informé la demanderesse que celle-ci continuerait à bénéficier d'une rente entière. Les parties se sont déterminées sur ces pièces. Ainsi, le 27 octobre 2014, la défenderesse persiste dans ses conclusions. Elle expose également que la demanderesse ayant refusé de se présenter chez le Dr H. _____, les prestations qui lui seraient éventuellement dues devraient être réduites au minimum LPP conformément à l'art. 7.2 du règlement. Elle invoque aussi l'absence de connexité matérielle, soutenant que l'affiliation de la demanderesse a pris fin le 31 octobre 2007 et que les troubles psychiques de cette dernière étaient postérieurs. Elle précise que sur le plan somatique, il y a eu une incapacité de travail au début de l'année 2007 puis d'octobre 2007 jusqu'au 1er juillet 2008. Enfin, la

- 19 - défenderesse soutient que les atteintes à la santé psychique de la demanderesse sont dues à des facteurs psychosociaux. La défenderesse produit aussi, à l'appui de ses déterminations, les pièces suivantes : - un rapport du 26 février 2007 du Prof.

Q.Q. _____ et des Drs X.X. _____, chef de clinique, et G.G. _____, médecin assistant, du Service d'urologie du [...], posant les diagnostics de calcul coralliforme du rein gauche (struvit et carbapatite) et une pyonéphrose avec bactériémie à staphylocoques. Ils indiquent notamment que la demanderesse a subi une néphrectomie gauche et une splénectomie (ablation de la rate) le 26 janvier 2007. Les suites de l'intervention sont tout à fait simples et sans complications. Les médecins ont fixé une incapacité de travail du 7 janvier au 25 février 2007. - Un rapport du 2 avril 2007 du Prof. Q.Q. _____ et des Drs X.X. _____, et C.C. _____, médecin assistant, indiquant que la demanderesse s'était présentée aux urgences le 5 mars 2007 pour un abcès de la paroi abdominale au site de laparotomie médiane et qu'elle avait subi un drainage d'abcès, restant hospitalisée jusqu'au 13 mars 2007. - Un rapport du 13 avril 2007 du Prof. Q.Q. _____ et des Drs X.X. _____, et V.V. _____, médecin assistant, selon lesquels la demanderesse a été hospitalisée du 20 au 22 mars 2007 pour des douleurs abdominales sur hématome de la paroi abdominale, ce qui a provoqué un arrêt de travail du 20 mars au 1er avril 2007. - Un rapport du 18 avril 2007 du Dr X.X. _____ selon lequel un contrôle urologique pratiquement trois mois post-néphrectomie gauche était en ordre, aucun contrôle ultérieur n'étant prévu. - Une lettre du 4 juillet 2008 du Dr T. _____ au Dr D.D. _____, médecin-conseil de P. _____, selon laquelle celui-là avait remis à sa patiente un certificat de capacité à 100 % dès le 30 juin 2008 en l'absence

- 20 - de maladie somatique mais indiquant qu'il avait appris le jour même que la demanderesse avait été hospitalisée à l'Hôpital de [...] le 2 juillet 2008. - Un rapport du 9 juin 2011 des Drs R. _____, chef de clinique adjoint, et T.T. _____, médecin assistante, à la Consultation de [...], posant les diagnostics d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques existant depuis le 2 juillet 2008 et de difficultés liées à l'environnement existant dès le 2 juin 2008. - Un rapport final du 24 octobre 2013 de la Division réadaptation de l'OAI selon lequel il résultait des rapports du 19 juillet 2013 de la Consultation psychiatrique de [...] et du 14 juin 2013 de l'Hôpital de [...] que l'exigibilité était nulle et qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisageable au

vu de l'importance des limitations psychiques de la demanderesse. - Un avis du 5 novembre 2013 du SMR (Dr S. _____) à qui il semblait justifié de poursuivre le versement des prestations. Le 24 novembre 2014, la demanderesse expose qu'elle a été hospitalisée pour des problèmes somatiques plusieurs fois en 2007 et qu'il est abusif d'affirmer, comme le fait la défenderesse, qu'elle n'a été incapable de travailler que pour de très courtes durées au début de cette année. Elle explique également que l'atteinte psychique s'aggravait rapidement jusqu'à nécessiter une première hospitalisation en décembre 2007. Elle relève que l'office AI a fixé le début de l'incapacité totale de travail au 18 octobre 2007. Étant assurée auprès de la défenderesse à ce moment-là, la demanderesse prétend que le début de son incapacité totale de gain remonte à une période de rapports de travail valables, justifiant le versement de prestations de la défenderesse. Elle explique également qu'elle a eu un contrat de travail dans la restauration jusqu'au 31 janvier 2008 et qu'en conséquence son affiliation auprès de la défenderesse s'est prolongée jusqu'à cette date. Elle expose ne pas s'être rendue chez le Dr H. _____ car cette expertise n'était pas ordonnée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Enfin, elle remarque qu'elle bénéficie d'un permis de séjour (permis « B » valable jusqu'au 17

- 21 - juillet 2017) et qu'il est abusif de se limiter à retenir un lien de causalité entre le défaut de permis de séjour en Suisse et son atteinte psychique. Il résulte également d'un mail du 22 août 2011 et produit par la demanderesse le 24 novembre 2014 que la P. _____ a versé les indemnités journalières à l'employeur du 18 octobre 2007 au 31 janvier 2008 et à la demanderesse du 1er février 2008 au 6 octobre 2009. La défenderesse s'est de nouveau déterminée persistant à soutenir que si l'OAI a fixé le début du délai datant d'une année au mois d'octobre 2007, c'est en raison de l'atteinte somatique dont souffrait alors la demanderesse. Elle conteste que l'affiliation de la demanderesse se soit prolongée jusqu'au 31 janvier 2008, soutenant qu'elle a pris fin le 31 octobre 2007. Dans de nouvelles déterminations du 19 janvier 2015, la demanderesse constate à nouveau qu'elle était en incapacité de travail depuis le 18 octobre 2007 et qu'elle était alors affiliée à X. _____. Le 9 mars 2015, la défenderesse a produit de nouvelles pièces: - un « avis de maladie et attestation de perte de gain » établi le 21 octobre 2007 par le Restaurant Q. _____, à [...], selon lequel la demanderesse avait été en incapacité de travail dès le 17 octobre 2007 en raison d'une maladie. - Un « rapport concernant la "clarification de la situation" » faisant suite à un entretien du 17 décembre 2007 d'un collaborateur de l'assurance perte de gain avec la demanderesse au domicile de celle-ci dans lequel il n'est fait mention que de problèmes somatiques. - Divers certificats d'incapacité de travail. Sur réquisition, la défenderesse a également produit ses règlements 2007 et 2008 dont l'art. 13 (identique pour les deux

- 22 - règlements) prévoit qu'il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide à raison d'au moins 40 % au sens de l'assurance-invalidité, l'assuré ayant droit à une rente d'invalidité s'il est invalide au sens de l'AI à raison d'au moins 70 % à une rente entière, 60 % à un trois quarts de rente, 50 % à une demi-rente et 40 % à un quart de rente. L'assurance perte de gain P. _____ a produit son dossier à la requête du juge instructeur. Il en résulte que l'employeur de la demanderesse a annoncé l'incapacité de travail de celle-ci dès le 17 octobre 2007 par « avis de maladie et attestation de perte de gain » du 21 octobre 2007 et que la demanderesse a été licenciée de son emploi pour le 30 janvier 2008. La demanderesse a passé en assurance perte de gain individuelle dès le 1er février 2008. Il résulte également du dossier de la P. _____ que le 6 octobre 2009, la demanderesse avait

touché 720 jours de prestations. Se trouvent également dans le dossier de la P. _____ différents certificats médicaux (dont certains ont été produits par la défenderesse le 9 mars 2015), soit notamment: - un certificat du 22 octobre 2007 établi par la Dresse K.K. _____, du Service de chirurgie du CHUV, attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre au 29 octobre 2007. - Un certificat du 30 octobre 2007 de la Dresse???. _____, du Service de chirurgie du CHUV, attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre 2007 au 16 novembre 2007. - Un certificat du 16 novembre 2007 du Dr T. _____ attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre 2007 devant durer encore « 1-2 semaines ». - Un certificat du 17 décembre 2007 du Dr T. _____ attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre 2007 « en tout cas jusqu'au 31 décembre ».

- 23 - - Un certificat du 18 janvier 2008 de l'Hôpital de [...] attestant d'une hospitalisation de la demanderesse du 19 décembre 2007 au 21 janvier 2008 et d'une incapacité de travail du 19 décembre 2007 au 31 janvier 2008. - Un certificat du 26 mars 2008 du Dr T. _____ attestant d'une incapacité de travail du 18 octobre 2007 pour une durée indéterminée. - Un courrier du 31 mars 2008 du Dr T. _____ au Dr D.D. _____, dont la teneur est la suivante: "Mme M. _____ est au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% de longue durée pour un état dépressif (F 32.10) et idéation suicidaire qui a nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique (Hôpital de [...]) du 19.12.2001 (recte : 2007) au 21.01.2008. Malgré le traitement antidépresseur et anxiolytique Mme M. _____, dans un contexte psychosocial très complexe, conserve un abattement de douleurs abdominales quotidiennes et de l'insomnie. De ce fait la patiente a été réhospitalisée hier à l'hôpital de [...]. Un retour vers une capacité de travail même à temps partiel ne pourra être envisagé avant plusieurs semaines. Cette dépression profonde se manifeste dans un contexte psycho- social complexe. La patiente en effet est en procès avec son ancien employeur qui n'a pas honoré ses engagements. Par ailleurs la patiente d'origine roumaine doit prochainement quitter le territoire suisse. Elle aurait toutefois la possibilité d'obtenir la nationalité espagnole et de ce fait être autorisée à revenir en Suisse." E n d r o i t : 1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982, RS 831.40]). b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales

- 24 - du Tribunal cantonal (art. 93 let. c LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 consid. 2 et 239 ; 117 V 237 consid. 2b et 329 consid. 5d ; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. d) En l'espèce, l'action 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. 2. Le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à une rente d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 23 let. a LPP, 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. En vertu de l'art. 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

- 25 - 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

- 26 - 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

- 27 - 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).

- 28 - 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

- 29 - 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).

- 30 - 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 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er 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

- 31 - 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 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1er 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 confidentiels privilégiés que

- 32 - 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

- 33 - 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

- 34 - 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 1er 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

- 35 - 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 1er 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

- 36 - 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

- 37 - 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

- 38 - 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

- 39 - 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

- 40 - 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 1er 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.