

VD_GERICHTE ZI14.050724 vom 25. Oktober 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI14.050724

FR: VD_GERICHTE ZI14.050724 du 25 octobre 2016

IT: VD_GERICHTE ZI14.050724 del 25 ottobre 2016

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL PP 25/14 - 33/2016 ZI14.050724 CO UR DE S ASSURANCES
S OCIALES _____ Jugement du 25
octobre 2016 _____ Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE,
présidente Mme Thalmann et M. Métral, juges Greffier : M. Grob ***** Cause pendante
entre : B. _____, à Lausanne, demanderesse, représentée par Me Jean-Christophe
Oberson, avocat à Lausanne, et FONDATION F. _____, à Lausanne, et FONDATION
G. _____, à Neuchâtel, défenderesses. _____ Art. 23 let. a et 24 al. 1 let. a
LPP 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1961,
employée par la société de placement N. _____ SA, à Lausanne, a travaillé pour le
compte de T. _____ SA du 16 janvier 2007 au 16 octobre 2008 en qualité d'ouvrière de
montage. Il a été mis fin au contrat de travail pour des raisons économiques. L'assurée a
bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage du 17 octobre 2008 au 27 avril 2010. Par
courrier du 26 avril 2010, la caisse de chômage [...] a informé l'intéressée que le dernier
jour indemnisé serait le 27 avril 2010 (indemnité de chômage durant l'incapacité de travail,
soit 30 jours civils). Elle avait en outre déjà bénéficié d'indemnités journalières de
l'assurance-chômage soumises à la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs du
9 juin 2003 au 2 janvier 2005 et du 16 janvier 2006 au 31 janvier 2007. Par décision du 7
mai 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a
alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2011, basée sur un
degré d'invalidité de 100 %. L'OAI a constaté que l'intéressée présentait pour des raisons
de santé une incapacité de travail sans interruption depuis le 1er janvier 2010. A l'échéance
du délai d'attente d'une année, soit au mois de janvier 2011, elle a présenté une incapacité
de travail totale dans toute activité. Par courrier du 25 avril 2013, la Fondation F. _____
– assurance risque des chômeurs – (ci-après : F. _____) a retenu que l'incapacité de
travail ayant conduit à l'invalidité avait commencé le 24 avril 2008 et qu'à cette date
l'assurée ne bénéficiait pas d'une couverture de l'assurance risque des chômeurs, de sorte
que la fondation ne devait pas verser des prestations d'invalidité de la prévoyance
professionnelle. Le 27 novembre 2013, F. _____ a précisé que le psychiatre traitant de
l'intéressée, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

- 3 - avait retenu que sa patiente présentait depuis début 2008 un état dépressif qui s'était
aggravé notablement, rendant l'assurée totalement invalide pour des raisons conjointes
somatiques et psychiatriques. Selon F. _____, la structure de la personnalité de
l'intéressée a décompensé dans le courant de l'année 2008. La pathologie du trouble
dépressif récurrent était évidente depuis début 2008. Par courrier du 2 mai 2014, la
Fondation G. _____ (ci-après : G. _____), pour N. _____ SA, a relevé que
l'incapacité de travail déterminante était survenue en janvier 2010, date à laquelle

l'intéressée n'était pas assurée auprès d'elle, la période d'affiliation ayant débuté le 1er avril 2007 et s'étant terminée le 31 octobre 2008, de sorte que la fondation ne pouvait la mettre au bénéfice d'une quelconque prestation d'invalidité. B. Par deux demandes déposées le 18 décembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal,

B. _____, représentée par Me Jean-Christophe Oberson, a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que soit G. _____ soit F. _____ soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Les causes ont été jointes. Dans sa réponse du 3 février 2015, G. _____ a conclu au rejet de la demande, relevant ce qui suit : « En l'occurrence, la seule incapacité de travail attestée médicalement pendant la durée d'assurance auprès de la Fondation n'a duré que 14 jours (du 05.11.2007 au 18.11.2007). Cette incapacité de travail est de courte durée et ne peut être considérée comme pertinente. De plus, le rapport du psychiatre non daté est tout à fait contestable et non pertinent, car le médecin qui l'a rédigé affirme que l'état anxieux et dépressif s'est aggravé notablement depuis 2008 alors qu'il est fort douteux qu'il ait pu le constater lui-même surtout si la prise en charge psychiatrique a débuté en juillet 2010 et qu'il n'a pas vu l'assurée avant. Cette affirmation n'est qu'une simple spéculation réduisant à zéro le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante ». Au final, l'institution retenait que la seule incapacité de travail

- 4 - déterminante avait été attestée par le psychiatre le 29 mars 2010 à raison de 100%, qu'elle avait été établie en temps réel et avait de surcroît conduit l'assurance-chômage à mettre fin aux indemnités journalières dès le 27 avril 2010. Dans sa réponse du 2 mars 2015, F. _____ a conclu au rejet de la demande en faisant valoir qu'il ressortait du dossier AI et en particulier du rapport médical du 16 février 2011 du Dr C. _____ que la demanderesse était en incapacité de travail depuis début 2008, soit à un moment où elle n'était pas assurée auprès d'elle. C. Le dossier AI de la demanderesse a été produit et contenait notamment ce qui suit : - la demande de prestations déposée par l'intéressée le 21 décembre 2010, faisant état de fibromyalgie et de dépression ; - un rapport du médecin traitant de la demanderesse, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, du 24 avril 2008 à la Dresse H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, exposant que l'intéressée souffrait de douleurs rachidiennes diffuses, qu'en novembre 2007 elle avait présenté un syndrome cervical aigu avec également des contractures à prédominance gauche et que même si la patiente déniait tout état dépressif, elle ne lui paraissait pas très heureuse, étant actuellement en procédure de divorce, vivant seule et travaillant comme ouvrière sans contrat fixe et avec un salaire modeste ; - un rapport de la Dresse H. _____ du 4 juin 2008 au Dr Z. _____, retenant comme diagnostics des troubles statiques et dégénératifs des rachis cervico-dorso-lombaire, une probable fibromyalgie, une obésité, une rhinite pollinique et un asthme ; - un rapport de la Dresse H. _____ du 17 novembre 2009 au Dr Z. _____, indiquant qu'elle avait examiné la demanderesse au mois de

- 5 - juin 2008 en suspectant, outre les troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, une fibromyalgie, que le Dr Z. _____ avait certifié une incapacité de travail de 100 % depuis le 12 novembre 2009 pour une dizaine de jours et que le trouble douloureux suspecté l'année précédente paraissait désormais s'être aggravé ; - un rapport du Dr C. _____ du 29 septembre 2010, évaluant la situation de la demanderesse en ces termes : « L'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité moyenne à moyenne-sévère, premier

épisode lors du premier mariage, épisode actuel d'intensité moyenne-sévère, et syndrome douloureux chronique chez une personnalité au noyau psychotique probable, essentiellement caractérisé par le défaut de construction de l'espace symbolique, mal défendue par des traits caractériels (résistance passive) chez une femme fruste, peu éduquée, au léger retard mental. La symptomatologie douloureuse est d'origine somatique et elle est chronique. (CIM-10 : F33.2, F70, F60.8, R52.2) Le diagnostic différentiel serait celui de séquelles d'une psychose infantile, mais il manque les défenses plaquées habituelles à ce tableau. Dans un autre registre diagnostique (sic), on pourrait parler de développement mental incomplet : elle a un comportement assez immature, infantile, et paraît très dépendante (F60.7). » ; - un rapport du Dr Z. _____ du 25 janvier 2011, indiquant ce qui suit : « La patiente est suivie à sa consultation depuis 2001. C'est surtout depuis fin 2007 qu'elle a développé un syndrome douloureux diffus et un trouble dépressif d'intensité croissante. (...) Les pathologies se sont révélées rebelles à tout traitement médicamenteux, ainsi qu'à la physiothérapie. Une prise en charge psychothérapeutique a débuté en janvier 2010. L'état dépressif s'est néanmoins aggravé et une hospitalisation à [...] a été nécessaire en décembre dernier. » ; - un rapport du département de psychiatrie du Centre hospitalier J. _____ du 28 janvier 2011, exposant notamment ce qui suit :

- 6 - « Motif d'hospitalisation : Etat dépressif dans le contexte d'une fibromyalgie. Diagnostic (CIM – 10) : * Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) * Fibromyalgie (...) Evolution et discussion : Mme B. _____ nous a été adressée en admission volontaire pour mise à l'abri chez une patiente connue pour un trouble dépressif récurrent et un syndrome douloureux chronique. Sur le plan diagnostique, nous retenons un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, au vu de la symptomatologie décrite ci-dessus. Nous maintenons également le diagnostic de fibromyalgie. A noter également un diagnostic de retard mental léger au vu des tests de QI [quotient intellectuel] effectués avant son hospitalisation, avec néanmoins une pondération liée aux difficultés de la langue et aux carences scolaires et éducationnelles qu'elle a subies durant son enfance. » ; - un rapport du Dr C. _____ du 16 février 2011, rédigé ainsi : « Rapport médical pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte à des mesures pour une réadaptation professionnelle ou à une rente J'ai reçu la patiente susnommée à mon cabinet depuis le 14 janvier 2010, venue sur conseil de connaissances, en raison d'une pathologie somatique et psychiatrique qui est allée en s'aggravant, notamment un trouble dépressif récurrent et une fibromyalgie. La prise en charge psychiatrique ambulatoire de cette patiente s'est révélée d'emblée difficile par son état de régression, par l'importance de la symptomatologie algique et par les difficultés liées à la définition d'un cadre thérapeutique adapté et d'une médication somatotrope et psychotrope compatibles avec les problèmes ophtalmologiques de la patiente. (...) D'après l'anamnèse, le premier épisode dépressif, soigné à l'Hôpital cantonal de [...], est intervenu en 1983. Par la suite cette patiente a présenté un trouble anxieux et dépressif mixte, associé à sa fibromyalgie. D'après les renseignements reçus, elle a arrêté de travailler en septembre 2008 et, tout en étant incapable de travailler, elle a bénéficié de l'assurance chômage jusqu'au début de mon intervention clinique. J'ai établi des certificats d'incapacité de travail à 100 % depuis le 29 mars 2010. Toutefois il y a lieu de retenir que, depuis le début 2008, l'état anxieux et dépressif s'est aggravé

- 7 - notamment, rendant, à notre avis, cette patiente totalement invalide pour des raisons conjointes somatiques et psychiatriques. (...) Actuellement, cette patiente bénéficie d'un traitement de physiothérapie deux fois par semaine avec une séance de physiothérapie

périnéale et une séance de physiothérapie antalgique générale. Trois fois par semaine elle fait de la gymnastique et nous sommes en train d'évaluer avec les CES l'opportunité d'introduire une prise en charge psychiatrique de type cognitivo-comportementale pour l'apprentissage de techniques de mobilisation active, afin d'améliorer les limitations fonctionnelles dues aux douleurs et à l'état régressif. (...) 1.1 Cause de l'incapacité de travail Maladie. Diagnostics avec effet sur la capacité de travail. En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSM-IV - Trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité entre moyenne et moyenne-sévère, accompagné d'une vive angoisse et d'un état régressif, où prédominent l'aboulie, l'apathie, l'apragmatisme, l'anédonie, greffé sur une personnalité immature, passive et dépendante, décompensée depuis 2008, à notre avis. (CIM-10 : F33, F60.7, F60.8) Cette pathologie est évidente depuis début 2008. - Fibromyalgie. Pour les affections somatiques, voir les annexes et avec M. le Dr Z._____. Existant depuis quand ? Un premier épisode dépressif majeur est intervenu en 1983. Puis la symptomatologie anxieuse et dépressive présentée par cette patiente peut être assimilée à un trouble anxieux et dépressif mixte. Depuis 2008, la dépression et l'anxiété par leur intensité correspondent à des épisodes dépressifs majeurs et d'angoisses diffuses ayant caractéristique de pathologie psychiatrique invalidante. Au courant de l'année 2008, la structure de la personnalité de Mme B._____ a décompensé. (...) 1.2 Traitement ambulatoire par vous-même Du 14 janvier 2010 et pour une durée indéterminée. Date du dernier contrôle ?

- 8 - Le 15 février 2011. (...) Pronostic Mauvais, voire réservé quant à la possibilité d'une reprise d'une activité quelconque dans le marché normal du travail. (...) 1.6 Incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins dans la dernière activité Cette patiente était sans aucun doute à l'incapacité totale de travail déjà avant de venir à ma consultation, le 14 janvier 2010. J'ai établi un premier certificat d'incapacité totale de travail une fois terminée mon investigation clinique, à savoir dès le 29 mars 2010. » ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire réalisée les 16 juin et 23 août 2011 par le Centre d'expertise médicale V._____ SA, établi le 2 décembre 2011, indiquant ce qui suit : « Rappel de l'histoire médicale : Madame B._____ est une assurée d'origine marocaine de 50 ans, divorcée, mère d'un garçon de 32 ans vivant au Maroc. Elle est peu scolarisée et n'a aucune formation professionnelle. Elle a travaillé comme ouvrière de montage de 2001 à 2008 où elle a été licenciée pour raison économique. Après avoir émargé deux ans du chômage, elle est au bénéfice de l'aide sociale. On relèvera que le dossier contient un certain nombre de certificats de travail qui sont tous très bons. Il n'y a donc aucun conflit de travail ou problème de compétence qui puisse être mis en relation avec l'incapacité de travail actuelle. Madame B._____ se plaint de douleurs multiples depuis plusieurs années, sans qu'elle puisse en déterminer la source et pour lesquelles aucune lésion anatomique ou fonctionnelle n'a pu objectivement être mise en évidence. Il s'agit d'une symptomatologie douloureuse touchant le rachis dans son ensemble et les ceintures scapulaire et pelvienne, et qui peut parfois irradier dans les membres supérieurs (MS). Elle est présente en permanence et est exacerbée à tout effort ou mouvement répétitif. Elle est résistante à toute forme de traitement. Parallèlement l'assurée souffre de douleurs abdominales consécutives à une colopathie fonctionnelle et un état de fatigue intense parallèlement à une insomnie nocturne difficilement réglable. Le diagnostic de fibromyalgie est évoqué dès 2008 dans un contexte d'état dépressif.

- 9 - Elle est suivie depuis janvier 2010 par le Dr C. _____ pour un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité moyenne à sévère. Elle bénéficie d'une importante prise en charge en réseau. Dans son histoire, on relève un état dépressif évoluant depuis de nombreuses années, elle a dû être hospitalisée à trois reprises (1983, 2010, 2011). Le trouble de l'humeur prend vraisemblablement son origine très loin, dans le cadre d'une famille marocaine très traditionnelle, avec en plus un père violent, les deux parents étant très peu affectueux. Par ailleurs, Madame B. _____ a vécu un premier mariage arrangé très dysfonctionnel, les deux unions qui ont suivi n'ont pas été meilleures. Situation actuelle et conclusions : Sur le plan rhumatologique, la présente expertise ne peut que confirmer le diagnostic de fibromyalgie, comme en témoigne[nt] l'hypersensibilité des muscles, des insertions ostéo-tendineuses et la présence de tous les trigger points. Cette fibromyalgie qui est particulièrement intense est accompagnée d'une colopathie fonctionnelle, d'insomnie et d'un syndrome de fatigue intense et permanente, association classique. La symptomatologie douloureuse qui touche principalement le squelette axial n'est compliquée, ni de déficit neurologique, ni d'inflammation ostéoarticulaire. Les investigations en imagerie, même les plus récentes que Madame B. _____ a effectuées au Maroc ne montrent aucune lésion susceptible d'expliquer les plaintes. Il est important de signaler qu'on ne trouve qu'un seul signe de non organicité selon Waddell, ce qui nous amène à admettre également que non seulement il n'y a aucune simulation de sa part, mais même pas de tendance à augmenter l'importance des symptômes. Durant tout l'examen clinique Madame B. _____ n'a eu de cesse de demander des explications sur la provenance de son syndrome douloureux, n'arrivant pas à imaginer que les douleurs dont elle souffre puisse[nt] ne pas avoir de substrat. De ce qui précède, en l'absence de corrélation entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, il n'est pas possible de retenir une incapacité de travail. Sur le plan psychique, Madame B. _____ présente un trouble dépressif récurrent avec des épisodes d'intensité variable évoluant depuis de nombreuses années et sur lequel s'est greffé une fibromyalgie. Le trouble psychique est nettement antérieur à la fibromyalgie et ne peut pas être considéré comme une comorbidité d'un trouble somatoforme, à rappeler la première hospitalisation pour problème psychique en 1983. Madame B. _____ se plaint d'être désespérée face à son état physique, très triste, pleurant régulièrement. Elle a des idées noires, non suicidaires actuellement, alors que cela l'a été récemment. Elle présente des troubles cognitifs, de l'anhédonie, décrit une situation d'aboulie et d'apathie, a des troubles du sommeil (endormissement difficile, réveils fréquents, cauchemars), présente une nervosité importante.

- 10 - Les activités quotidiennes sont réduites et concernent surtout les soins médicaux, pour le reste, Madame B. _____ est relativement isolée, même si elle a quelques amies qui l'aident. L'observation est congruente avec l'anamnèse, l'humeur est clairement dépressive, avec un ralentissement psychomoteur important, des pleurs, un visage figé, un ton de voix monocorde, des troubles cognitifs, une attitude désespérée, sans toutefois d'idées suicidaires en cours de cet examen. Elle est atteinte dans son image, a peu confiance en elle et éprouve des sentiments de culpabilité. Madame B. _____ a un vécu de soumission, violence et de manque affectif dès son jeune âge, avec d'abord son père autoritaire et violent, les deux parents étant peu affectueux, les maris violents et infidèles, elle a divorcé du troisième en 2010, c'est-à-dire dans l'année où elle a massivement décompensé. Le Dr C. _____ a effectué un certain nombre de tests, l'anxiété et la dépression sont confirmées, un QI confirme notamment une intelligence limitée. Globalement, on peut dire qu'il s'agit d'une personnalité fruste, de faible capacité intellectuelle et d'élaboration mentale, avec un profil

de personnalité faite de soumission et dépendance. La capacité d'insight étant réduite, toute approche psychodynamique est pratiquement impossible, il ne reste que des thérapeutiques médicamenteuses et de type ergothérapie et sociothérapie, comme procédé actuellement. A noter qu'un monitoring médicamenteux effectué en 2010 par le Dr C. _____ avait montré une bonne compliance. En fonction de ce qui précède, nous retenons les diagnostics de Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et de Trouble de la personnalité de type dépendant (F60.7). L'anxiété décrite entre dans le tableau dépressif et ne nécessite pas un code diagnostic séparé. La prise en charge pluridisciplinaire actuelle est adéquate, le pronostic est cependant difficile à prévoir chez cette femme de 50 ans, avec peu de capacité d'élaboration psychique, déjà relativement figée dans ses processus mentaux. Le trouble de la personnalité est probablement également un facteur d'aggravation, même s'il n'a pas été antérieurement à l'origine d'incapacité de travail. La capacité de travail actuelle est nulle, nous proposons une nouvelle évaluation psychiatrique dans un délai de 18 à 24 mois. (...) 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- 11 - - Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ? - Fibromyalgie - Céphalées de tension - Colopathie fonctionnelle - Maladie asthmatique - Hypothyroïdie substituée - Obésité de type II - Trouble de la personnalité de type dépendant (F60.7). 5. Appréciation du cas et pronostic Cf. ci-dessus. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique Aucune. Sur le plan psychique et mental La dépression, l'anxiété et les troubles associés (cognitifs, ralentissement psychomoteur, etc.) interfèrent par leur intensité dans toute activité. Sur le plan social Retrait social important secondaire à une grande anxiété. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? L'intensité de l'épisode dépressif, qui demande par ailleurs un traitement ambulatoire important, rend impossible toute activité professionnelle. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Nulle. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Non, 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? Capacité nulle.

- 12 - 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Depuis début janvier 2010. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? S'est aggravé, nécessitant deux hospitalisations en milieu psychiatrique. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Pas actuellement. » ; - un rapport du Service médical régional de l'assurance- invalidité (SMR) du 4 janvier 2012, retenant une incapacité de travail durable depuis le 1er janvier 2010 et indiquant comme conclusion que la demanderesse souffrait depuis de nombreuses années d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sur lequel s'était greffé depuis quelques années une fibromyalgie. 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 du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]). b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette

compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. c LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

- 13 - c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1, 117 V 329 consid. 5d, 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. d) En l'espèce, la demanderesse a introduit deux actions, l'une contre G._____ et l'autre contre F._____, concluant à ce que l'une des institutions à défaut de l'autre soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Les deux causes ont dès lors été jointes. Sous l'empire de l'ancien droit de procédure, le cumul d'actions selon l'art. 7 LFors (loi fédérale du 24 mars 2000 sur les fors ; abrogée le 1er janvier 2011 lors de l'entrée en vigueur du CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]) était admis dans le cadre de la réglementation du for de l'art. 73 al. 3 LPP. Grâce à celui-ci, le tribunal compétent pour une partie défenderesse était compétent pour toutes les parties défenderesses (ATF 133 V 488). L'actuel art. 15 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD, ayant repris la teneur de l'art. 7 al. 1 LFors, cette jurisprudence demeure applicable. En l'occurrence, le siège de F._____ se trouve à Lausanne, partant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud est compétente. 2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle et en particulier sur la question de savoir laquelle des institutions, de F._____ ou de G._____, est tenue d'allouer des prestations de prévoyance professionnelle. 3. a) Selon 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'assurance-invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'assurance-invalidité, à trois-quarts de rente s'il est invalide à

- 14 - raison de 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (art. 24 al. 1 LPP). b) Comme cela 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 (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20 ; jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 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. 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 123 V 262 consid. 1b et les références citées). c) 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 alors 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 136 V 65 consid. 3.1, 123 V 262 consid. 1a et les références citées). d) 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. Celle-ci 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 - 15 - 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. En effet, l'institution de prévoyance ne saurait répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c). e) La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou à ne pas reprendre une activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, il est possible de 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. 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).

- 16 - f) Est déterminante pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP dont la cause est à l'origine de l'invalidité la perte 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. La relation de connexité temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité survenue ultérieurement se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement d'après la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références citées ; voir également la définition légale de l'incapacité de travail contenue à l'art. 6 LPGA, disposition qui ne s'applique toutefois pas en matière de prévoyance professionnelle). Cette activité doit cependant permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3). g) L'exercice d'une activité permettant de réaliser un revenu excluant le droit à une rente ne suffit pas encore à interrompre la relation de connexité temporelle. Pour admettre l'existence d'une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail

significative de 80 % au moins (en référence au taux de 20 % de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ; voir arrêt TF 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et la référence citée, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51). Le fait que l'assuré soit en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) d'une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la relation de connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (TF 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1 et les références citées, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 1). h) Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la

- 17 - personne assurée a présenté une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TFA B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.2, in SVR 2005 BVG n° 5 p. 14). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme conformes à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire, ainsi que la teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TF B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références citées). Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

- 18 - i) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, 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 l'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 les références citées). 4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse présente un tableau clinique (trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique) qui ne lui permet plus d'exercer une activité lucrative sur le marché du travail. La rente entière de l'assurance- invalidité a été allouée à compter du 1er juillet 2011 en raison de ce trouble dépressif récurrent qui a causé une incapacité de travail durable à compter du 1er janvier 2010. Reste à déterminer si une telle atteinte a pu engendrer chez la demanderesse une incapacité de travail de 20 % au moins, alors qu'elle était affiliée à l'une ou l'autre des défenderesses, et si cette incapacité de travail a perduré depuis lors. La réponse à cette question dépend de l'appréciation de la documentation médicale versée au dossier. b) Lorsqu'elle travaillait pour la société T. _____ SA, la demanderesse a présenté une seule incapacité de travail attestée médicalement du 5 novembre 2007 au 18 novembre 2007 pour un syndrome cervical aigu avec des contractures à prédominance gauche (cf. rapport du Dr Z. _____ du 24 avril 2008 qui mentionne également au mois d'avril 2008 un probable état dépressif). Par la suite, elle a travaillé sans présenter d'incapacité de travail jusqu'à son licenciement pour des raisons économiques le 16 octobre 2008. Le certificat de travail de la demanderesse était également bon (cf. rapport de V. _____ SA du 3 juin 2011). Son aptitude au placement a été reconnue par l'assurance- chômage et elle a touché des indemnités de chômage sans interruption du

- 19 - 17 octobre 2008 jusqu'au 27 avril 2010. Avant son incapacité de travail de longue durée attestée le 29 mars 2010, la demanderesse a présenté une seule incapacité de travail durant cette période, soit à partir du 12 novembre 2009 pour une dizaine de jours en raison d'un trouble douloureux qui n'avait été que suspecté en juin 2008 et qui s'est probablement aggravé en novembre 2009 (cf. rapport de la Dresse H. _____ du 17 novembre 2009). En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, il est devenu moyen à sévère et a justifié une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le mois de janvier 2010 (cf. rapports des Drs Z. _____ du 25 janvier 2011, du Dr C. _____ du 29 septembre 2010, du Centre hospitalier J. _____ du 28 janvier 2011 et de V. _____ SA du 3 juin 2011). Dans son rapport du 16 février 2011, le Dr C. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité entre moyenne et moyenne-sévère, personnalité immature, passive et dépendante décompensée depuis 2008 à son avis, et de fibromyalgie. Il relève que d'après ses renseignements, sa patiente a arrêté de travailler en septembre 2008 et a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage tout en étant incapable de travailler. Il retient que l'état anxieux et dépressif s'est aggravé notablement depuis début 2008 comme la décompensation de la structure de la personnalité rendant l'intéressée totalement invalide pour des raisons somatiques et psychiatriques. Il ressort toutefois que le Dr C. _____ se base essentiellement sur les déclarations de la demanderesse pour retenir la date de 2008, alors que lui-même ne la suit que depuis 2010 et que la majorité des médecins consultés retiennent un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne, voire moyenne à sévère, depuis 2010 uniquement. Quant aux experts de V. _____ SA, après avoir notamment pris en compte les conclusions des médecins consultés par la demanderesse et établi une anamnèse circonstanciée, ils retiennent comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail (de 20 % au moins) un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme

- 20 - psychotique depuis le 1er janvier 2010. Ils rappellent que l'intéressée présente un état dépressif évoluant depuis de nombreuses années avec des épisodes d'intensité variable et

qu'elle a notamment dû être hospitalisée à trois reprises (en 1983, 2010 et 2011). Les conclusions des experts qui attestent une incapacité de travail totale à compter du 1er janvier 2010 sont également clairement motivées. Dans ces conditions, il convient de retenir, à l'instar de l'OAI, une pleine valeur probante à l'expertise de V. _____ SA. L'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est dès lors survenue au début du mois de janvier 2010, soit pendant que la demanderesse bénéficiait des indemnités de chômage. Certes, elle a présenté alors qu'elle travaillait pour T. _____ SA une brève incapacité de travail de 14 jours au mois de novembre 2007 en raison d'un syndrome cervical aigu et de douleurs rachidiennes diffuses, mais elle a pu reprendre son activité lucrative durant une longue période sans autre incapacité de travail jusqu'à son licenciement le 16 octobre 2008 pour des raisons économiques. Elle a ensuite bénéficié d'indemnités de chômage sans interruption et n'a présenté qu'une brève incapacité de travail de 10 jours en novembre 2009 pour un trouble douloureux avéré cette fois-ci (cf. rapport de la Dresse H. _____ du 17 novembre 2009). Au regard de ces circonstances, G. _____ était fondée à dénier l'existence d'un rapport de connexité matérielle selon toute vraisemblance (une connexité matérielle aurait éventuellement pu être retenue au motif que le Dr Z. _____ suspectait un état dépressif dans son rapport du 24 avril 2008 ; toutefois, celui-ci était nié par la demanderesse et n'a pas causé une incapacité de travail) et, dans tous les cas, temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant les rapports de travail auprès de T. _____ SA et l'invalidité de l'intéressée. Partant, elle n'est pas tenue d'allouer des prestations à la demanderesse. En revanche, il ressort de la documentation médicale que F. _____ était tenue de prester, conformément aux art. 23 let. a LPP et 22 let. a du règlement de prévoyance de F. _____ – la définition de l'invalidité dans la loi et dans le règlement de F. _____ étant la même –, dès lors que la demanderesse

- 21 - était assurée auprès de cette institution au 1er janvier 2010, soit au moment de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. c) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre la demande formée le 18 décembre 2014 par la demanderesse à l'encontre de F. _____ et de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle depuis le 1er juillet 2011, sous réserve d'éventuelles surindemnisations (art. 34a LPP, 24 ss OPP2 [ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1] et 23 du règlement de prévoyance précité), F. _____ étant dès lors invitée à fixer le montant des prestations à servir. La demande dirigée contre G. _____ est quant à elle rejetée. 5. Obtenant gain de cause vis-à-vis de F. _____ avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la demanderesse a droit à des dépens de la part de celle-ci (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'000 francs. G. _____ voit ses conclusions tendant au rejet des conclusions prises à son encontre intégralement admises. Elle ne peut toutefois pas prétendre à des dépens, en sa qualité d'institution chargée de tâches de droit public dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 143 consid. 4a ; TF 9C_381/2010 du 20 décembre 2010 consid. 8). La demanderesse voit ses conclusions à l'encontre de cette institution de prévoyance rejetées, de sorte qu'elle ne peut prétendre à des dépens (art. 55 LPA-VD). La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. La demande déposée par B. _____ contre la Fondation G. _____ est rejetée.

- 22 - II. La demande déposée par B. _____ contre la Fondation F. _____ est admise. III. B. _____ a droit à une rente entière d'ininvalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la Fondation F. _____ à compter du 1er juillet 2011, sous réserve de surindemnisation. IV. La Fondation F. _____ est invitée à fixer le montant des prestations à servir. V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. VI. La Fondation F. _____ versera à B. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. VII. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Christophe Oberson (pour B. _____) - Fondation F. _____ - Fondation G. _____ - Office fédéral des assurances sociales

- 23 - par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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