

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 29 juillet 2019

Composition : M. PIGUET, président

Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges

Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], demanderesse, représentée par Me Yero Diagne, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE FÉDÉRALE DE PENSIONS PUBLICA, à Berne, défenderesse.

Art. 23 LPP ; art. 51 et 52 al. 1 RPEC

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1976, a travaillé du 1^{er} février 2007 au 31 mars 2012 en qualité de secrétaire trilingue pour le compte du Tribunal X. _____, site de M. _____. A ce titre, elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse fédérale de pensions Publica (ci-après : Publica ou la défenderesse).

Après avoir démissionné de son poste, elle a entrepris au mois de septembre 2012 des études de psychologie à l'Université de M. _____, études qui ont été interrompues au cours de l'année 2014.

Souffrant d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, elle a déposé le 24 février 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des Drs F. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale (rapports des 29 janvier et 22 octobre 2014), R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapports des 26 mars 2014 et 20 janvier 2015), I. _____, spécialiste en gastro-entérologie et en médecine interne générale (rapports des 3 avril et 23 octobre 2014) et K. _____, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 22 août 2014).

Fort des renseignements obtenus, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a décidé de mettre en œuvre un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Dans leur rapport du 21 mai 2015, les Drs H. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics de :

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
 - Syndrome d'hyperlaxité ligamentaire dans le cadre d'un probable syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile
 - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

- sans répercussion sur la capacité de travail
 - Périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec probable déchirure du tendon sus-épineux D
 - Syndrome rotulien bilatéral à prédominance D
 - Rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques discrets à modérés du rachis avec minime rétrolisthésis de L5/S1
 - Viscéroptose anamnestique
 - Syndrome de Lucas Cranach anamnestique
 - Gastrite anamnestique
 - Discret prolapsus du feuillet postérieur de la valve mitrale avec discrète insuffisance
 - Hyperlaxité du septum interauriculaire sans signal au Doppler couleur
 - Discrète atrophie corticale cérébrale diffuse
 - Rhinite allergique saisonnière
 - Allergies à certains fruits et à certains oléagineux ainsi qu'à la poussière
 - Migraines anamnestiques
 - Carence martiale et en vitamine D anamnestique
 - Anorexie mentale

Dans le cadre de leur appréciation du cas, les médecins du SMR ont relevé les points suivants :

Depuis l'enfance, l'assurée a déjà présenté des douleurs des deux épaules et des douleurs cervicales qui l'empêchaient de faire de la gymnastique, car elle présentait alors des sublaxations des deux épaules et des deux coudes. Elle avait déjà à l'époque des douleurs lombaires et était déjà très fatiguée. Déjà à l'époque, elle faisait beaucoup de bronchites et avait le rhume des foins. Pendant sa scolarité et au gymnase, l'assurée a été souvent absente pour des raisons de santé et elle a dû finir son gymnase en cinq ans à la place de trois ans. Par la suite, les douleurs ont continué et se sont aggravées au fil des années. L'assurée a développé des douleurs migrantes généralisées et elle a fait de nombreuses radiographies qui n'ont rien montré de particulier. Elle a également fait beaucoup de physiothérapie depuis l'enfance, mais l'assurée a l'impression que cette physiothérapie lui a été inutile. Lorsqu'elle a commencé à travailler au Tribunal X. _____ en 2007, elle a commencé à présenter des blocages, notamment cervicaux, ainsi que de l'articulation temporomandibulaire D. Elle a développé également des douleurs de la mâchoire ddc et a fait de la physiothérapie pour la mâchoire. On lui a également prescrit une gouttière pour dormir. Elle a eu des IRM. Elle a également consulté plusieurs fois le Dr Z. _____ pour des migraines sous forme d'hémicrânies à prédominance D, à caractère pulsatile, s'accompagnant de nausées, vomissements, photophobie et phonophobie. En fait, l'assurée a actuellement mal partout.

Actuellement, elle a particulièrement mal à la région cervicale D, à l'épaule D, ainsi qu'à la crête iliaque D. Elle a également mal à tout le rachis. Les douleurs cervicales augmentent actuellement à la toux, surtout en cas de blocage cervical. La position assise serait limitée à 30 minutes, surtout par les douleurs cervicales et, dans une moindre mesure, par les douleurs du reste du rachis. La position debout ne serait pas supportable. L'assurée dit devoir s'accroupir si elle veut rester sur ses jambes, ce qui la soulage. Le périmètre de marche serait limité à 30 minutes par des douleurs des pieds, des chevilles et des genoux ainsi que par les douleurs de la région lombaire. L'assurée signale plusieurs réveils nocturnes par les douleurs et un dérouillage matinal d'une heure. L'assurée présenterait souvent des fourmillements des avant-bras, des mains, des jambes et des pieds. Elle présenterait parfois des lâchages des deux genoux et des deux chevilles. Auparavant, elle a fait beaucoup d'entorses des doigts et des chevilles.

Du point de vue des traitements, elle a fait donc de la physiothérapie à sec et en piscine ainsi que de l'acupuncture qui se seraient avérées inefficaces. Elle a eu également une injection intramusculaire de cortisone. Actuellement, elle a repris depuis la mi-mars 2015, suite à un blocage cervical, de la physiothérapie et de l'ostéopathie.

Dans les antécédents personnels, notons une opération pour kyste utérin en juillet 2014. L'assurée est par ailleurs connue pour des kystes ovariens et des douleurs au niveau des ovaires et des seins, qu'elle traite par Brufen. Elle présenterait également une gastrite avec hyperplasie foveolaire se manifestant par des nausées ainsi qu'une viscéroptose pour laquelle elle prendrait, selon elle, du Motilium, du Pantoprazole et des laxatifs, l'assurée étant par ailleurs constipée. L'assurée présenterait également des épigastralgies à caractère continu.

A l'anamnèse systématique, relevons encore des sinusites, des angines et des rhumes fréquents ainsi que des problèmes de peau, sous forme d'eczéma, d'acné, ainsi que d'autres problèmes de peau dus au fait « qu'elle s'arrache elle-même la peau à cause de l'énervement et car elle désirerait se suicider ». L'assurée nous signale également que le Dr P._____ a posé le diagnostic d'hyperinflation pulmonaire. L'assurée nous dit souffrir donc de dyspnée avec sensation d'étouffement et brûlures présternales. La dyspnée d'effort est quantifiable à deux à trois étages d'escaliers, mais l'assurée doit monter les escaliers lentement. L'assurée peut présenter des palpitations à n'importe quel moment, mais pas particulièrement à l'effort. Elle présente également des brûlures d'estomac. Son poids est stable et l'assurée a toujours été mince. L'assurée fait souvent des cystites avec brûlures urinaires et odynurie. L'assurée présenterait des vertiges à la marche qui, selon le Dr P._____, correspondraient à des migraines accompagnées. L'assurée est par ailleurs connue pour un rhume des foins, une allergie à la poussière, à certains fruits et à certains oléagineux. Elle est également connue pour une carence en fer et en vitamine D. Elle aurait eu également une échocardiographie pratiquée par le Dresse G._____, cardiologue, en octobre 2014, qui aurait mis en évidence un discret prolapsus du feuillet postérieur de la valve mitrale avec discrète insuffisance mitrale. Cet examen a également

mis en évidence une hyperlaxité du septum interauriculaire, sans signal au Doppler couleur.

Au status actuel, on note une assurée en état général moyen, présentant un poids à la limite inférieure de la norme avec un BMI à 18,75. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple, sensible en fosse iliaque D et à l'hypocondre D, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Du point de vue cutané, on note de petites cicatrices de prurigo aux quatre membres et sur le dos. L'assurée ne présente par contre pas de cicatrices chéloïdes, ni de veinectasies, ni de varices. Sa peau est douce, discrètement hyperélastique, mais pas fine, ni translucide.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds est possible, mais se fait avec un lâchage des orteils du côté D à chaque pas, tout en restant sur la pointe des pieds, dans le cadre probablement de l'hyperlaxité ligamentaire. La marche sur les talons est possible ddc. L'accroupissement est complet et indolore. Le relèvement se fait sans aide extérieure. D'ailleurs, l'assurée nous dit que l'accroupissement la soulage de ses douleurs en général. Le reste du status neurologique est par ailleurs parfaitement normal, si ce n'est des troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D, sous forme d'une hypoesthésie de l'hémiface D, de l'hémitronc D et du membre inférieur D, alors que, bizarrement, la sensibilité du membre supérieur D est conservée. Ces troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D sont probablement d'origine fonctionnelle, au vu du reste du status neurologique qui est parfaitement normal et de leur caractère mal systématisé.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très bonne. La mobilité cervicale également. La mobilité des articulations périphériques est également très bonne. Seules l'élévation et l'abduction de l'épaule D sont discrètement limitées. La distance pouce-C7 est également légèrement augmentée à l'épaule D par rapport à l'épaule G. Les épreuves de Hawkins sont également positives au niveau des deux épaules, surtout à D et l'épreuve de Jobe douloureuse au niveau des deux épaules, surtout à D. On ne note par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note des douleurs à la palpation de 9 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant insuffisant pour poser ce diagnostic. L'assurée présente par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral à prédominance D. Elle présente également 7 signes d'hyperlaxité ligamentaire selon Beighton sur 9. L'assurée présente 2 critères majeurs pour un syndrome d'Ehler-Danlos et 11 critères mineurs pour ce même syndrome. Chez cette assurée, il s'agit probablement d'un syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile, qui est la forme la plus bénigne des syndromes d'Ehler-Danlos. Comme le signale le Dr J._____, il n'existe actuellement pas de diagnostic moléculaire possible pour cette forme de syndrome d'Ehler-Danlos.

Les examens radiologiques à notre disposition ont mis en évidence un minime rétrolisthésis de L5 sur S1 et une attitude scolioïde

dextroconvexe dorsolombaire centrée sur le segment D, sans rotation des corps vertébraux visibles. Un scanner aortique et thoraco-abdominal de septembre 2013 n'a pas mis en évidence de pathologie de l'aorte thoracique ou du parenchyme pulmonaire. Un angio-CT cérébral et des vaisseaux supra-aortiques d'octobre 2014 met en évidence une atrophie fronto-temporale bilatérale. Par ailleurs, cet examen est dans les limites de la norme, sans dissection. Une IRM cérébrale du 06.11.2014 confirme une discrète atrophie corticale diffuse, inchangée depuis une IRM du 14.10.2008. Cette IRM ne met donc pas en évidence d'anomalie expliquant les migraines, ainsi que les troubles sensitifs présentés par l'assurée. Une densitométrie osseuse d'août 2014 met en évidence une discrète ostéopénie au niveau du fémur proximal G. La mesure du TBS au niveau rachidien montre un état normal de la microarchitecture osseuse au niveau de la colonne lombaire. Un examen de la colonne dorsolombaire de profil ne met pas en évidence de fracture vertébrale. Une échographie de l'épaule D met en évidence une probable déchirure de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux, difficile à préciser du fait de position difficile à tenir par la patiente, en raison de son hyperlaxité. Cet examen met en évidence également un épanchement infra-articulaire gléno-huméral modéré, pouvant être en rapport avec des subluxations à répétition. L'échocardiographie transthoracique pratiquée en octobre 2014 par la Dresse G._____, cardiologue, met en évidence, mis à part un minime prolapsus isolé du feuillet postérieur de la valve mitrale avec discrète insuffisance, une discrète hyperlaxité du septum interauriculaire sans signal au Doppler couleur.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans l'activité de secrétaire au Tribunal X._____. Ainsi, dans cette activité, l'incapacité de travail est tout au plus de 30 %. Effectivement, nous retenons tout de même une incapacité de travail de 30 % du point de vue ostéoarticulaire dans cette activité, au vu des douleurs ostéoarticulaires diffuses qui sont typiques du syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile. Nous ne retenons cependant pas une incapacité de travail supérieure à 30 %, la tolérance à la position assise en cours d'entretien ayant été bonne et en l'absence de raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure. Cependant, au vu de la pathologie psychiatrique concomitante, l'incapacité de travail est complète. Notre évaluation ne tient évidemment pas compte des aspects pneumologiques et gastroentérologiques. A notre sens cependant, les pathologies gastroentérologiques et pneumologiques ne devraient pas limiter la capacité de travail dans une activité adaptée. Cependant, nous laissons encore le soin au médecin responsable du dossier d'évaluer la nécessité d'avis gastroentérologique et pneumologique complémentaires.

D'un point de vue psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée qui mentionne avoir eu une enfance et une adolescence vécues de façon très difficile. L'assurée considère que ses difficultés sont en relation avec ses origines turco-musulmanes, qui étaient difficiles à vivre dans la société suisse de l'époque. Le père de l'assurée est décédé alors qu'elle avait une quinzaine d'années et ceci serait à

l'origine des difficultés d'ordre psychologique connues. L'assurée révèle avoir commencé à consulter très jeune un psychiatre, la Dresse N._____, alors qu'elle avait environ 20 ans. Le suivi a duré environ pendant trois ans.

Puis, l'assurée n'a plus jamais consulté de psychiatre jusqu'à ce qu'elle aille en consultation chez le Dr R._____, à partir de l'année 2008.

En 2009, le Dr R._____ adresse l'assurée à la Clinique [...]. Le diagnostic à la sortie est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). La comorbidité indiquée est celle d'un trouble de l'alimentation sans précision (F50.9). Le séjour à la Clinique [...] dure du 27.08.2009 au 01.10.2009. A la sortie, l'assurée continue le suivi chez le Dr R._____.

Dans son rapport en date du 26.03.2014, le Dr R._____ atteste que l'assurée présente, d'un point de vue psychiatrique, une dysthymie sévère, une anorexie mentale et une phobie sociale. De plus, elle présente une hypersomnie investiguée. Dans le rapport en date du 16.02.2012, élaboré par le Dr B._____, neurologue FMH, il est attesté que l'assurée ne présente pas de trouble intrinsèque du sommeil pouvant expliquer son hypersomnie. Il existe donc une composante psychologique au problème d'hypersomnie présenté par l'assurée. Dans son rapport en date du 26.03.2014, le Dr R._____ n'évalue pas l'incapacité de travail de sa patiente.

D'un point de vue professionnel, l'assurée a commencé à travailler au Tribunal X._____ de M._____ à partir du 01.02.2007, et ce jusqu'au 01.01.2012 après avoir démissionné. Avant cette période régulière de travail, l'assurée a présenté de fréquentes interruptions professionnelles en relation avec des épisodes malades. L'assurée dit avoir présenté sa démission après avoir reçu plusieurs avertissements de la part de son employeur. L'assurée a préféré donner sa démission, plutôt que d'attendre l'éventuel avis de licenciement. Après avoir arrêté de travailler au Tribunal X._____, l'assurée a voulu commencer des études de psychologie, mais elle n'a pu suivre le rythme et a donc dû interrompre les études. Il existe donc des grandes périodes d'incapacité pour des raisons de maladie, selon l'assurée, qui jalonnent sa vie professionnelle.

Au status de ce jour, l'assurée se présente toute de noir vêtue. Elle est mince. L'assurée se présente assise dans une position quasiment fœtale, où elle a les jambes repliées avec les genoux en-dessous du menton. Par ailleurs, elle présente la tête en latéroflexion G. De plus, l'assurée se présente souvent en larmes, répondant de façon très émotive aux questions et ayant l'impression d'être violente. L'assurée entretient un contact sur le mode régressé. Pas de troubles cliniques manifestes de l'attention, ni de la concentration, ni de la mémoire. Pas de troubles florides de la lignée psychotique. L'assurée ne présente pas de trouble relevant d'un trouble de l'anxiété généralisée. L'assurée ne présente pas de crises de panique, ni anamnestiques, ni en cours d'examen. L'assurée se révèle anxieuse en relation avec sa situation.

Sur le plan de la thymie, l'assurée présente de l'adynamie sous forme d'une grande réduction de l'énergie, des épisodes d'hypersomnie, une perte importante de la confiance en soi, une perte d'espoir, un sentiment de désespoir face à sa situation personnelle. L'assurée présente un net retrait social. D'après le rapport établi par la clinique [...] en octobre 2009, l'assurée présentait déjà les symptômes d'un trouble dépressif récurrent, à l'époque sévère sans symptômes psychotiques. Actuellement, l'assurée présente un épisode dépressif moyen dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent.

L'assurée a besoin d'un suivi psychiatrique régulier et intensif, il est nécessaire que les médecins traitants sur la base notamment de ce rapport bi-disciplinaire puissent rassurer l'assurée à propos de ses problèmes somatiques puisque l'assurée est absolument convaincue d'un état de maladie très grave qui l'empêche de pouvoir exercer une activité professionnelle.

Limitations fonctionnelles

Syndrome d'Ehler-Danlos et rachis : nécessité d'alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres intérieurs : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec les membres supérieurs.

Les limitations fonctionnelles sont en relation avec le diagnostic psychiatrique incapacitant. Il s'agit de l'adynamie présentée par l'assurée, de sa lenteur.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis le 24.01.2014, du point de vue rhumatologique.

D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présente une incapacité de travail de 100 % depuis le 24.01.2014 sur base du certificat du médecin traitant (sachant que le psychiatre traitant ne s'est pas prononcé, que l'assurée a remis sa démission pour le 31 mars 2012, que l'assurée a eu des activités estudiantines pendant l'année 2013).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'incapacité de travail est restée de 30 % dans l'activité habituelle de secrétaire au Tribunal X. _____ depuis le 24.01.2014 d'un point de vue rhumatologique. Cette activité professionnelle est une activité bien adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire et la capacité de travail est également de

70 % dans toute autre activité adaptée du point de vue rhumatologique. Evidemment, cette évaluation de la capacité de travail ne tient compte que de l'aspect ostéoarticulaire. Elle ne tient pas compte des aspects pneumologiques et gastroentérologiques. Dans cette situation, nous laissons le soin au médecin responsable du dossier au SMR, le Dr L. _____, d'évaluer la nécessité d'avis gastroentérologique et pneumologique complémentaires. De toute manière, au vu de la pathologie psychiatrique concomitante, l'incapacité de travail est complète quelle que soit l'activité professionnelle.

D'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail de 100 % s'est maintenue depuis le 24.01.2014.

A la suite de cet examen, l'assurée s'est plainte par courrier du 21 avril 2015 de la manière dont l'examen psychiatrique s'était déroulé. En réponse aux griefs mentionnés, l'OAI a indiqué par courrier du 21 mai 2015 que ledit examen avait été accompli et exécuté conformément aux prescriptions en vigueur.

Par projet de décision du 28 octobre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2015.

L'assurée s'est opposée à ce projet, estimant qu'elle pouvait prétendre à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2014. Contrairement à ce que retenait le projet de décision, le début de l'incapacité de travail ne se situait pas au 24 janvier 2014, mais remontait bien avant, soit à l'époque où elle était employée du Tribunal X. _____.

Par décisions des 22 février et 14 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision. Dans les explications adressées au représentant de l'assurée, il a précisé les éléments suivants :

Selon les éléments médicaux au dossier, Mme Q. _____ présente différentes pathologies : syndrome d'hyperlaxité ligamentaire dans le cadre d'un probable syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile, ainsi que les symptômes multiples en relation avec cette pathologie, notamment une fatigabilité, des troubles de la concentration, des douleurs diffuses, des troubles non spécifiques digestifs, urogénitaux et pulmonaires, et une hyperinflation pulmonaire. Le médecin traitant psychiatre de votre mandante demandait alors un examen bi-disciplinaire en raison de ses comorbidités psychiatriques. Cet

examen clinique (rhumatologique et psychiatrique) s'est déroulé le 14 avril 2015 au Service Médical Régional AI.

Sur le plan rhumatologique, il n'est pas démontré médicalement que votre mandante ne puisse plus travailler dans son activité de secrétaire et cette activité est adaptée, à plein temps, aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Au plan psychiatrique, le diagnostic en 2009 à la sortie de la Clinique [...] est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. La comorbidité indiquée est celle d'un trouble de l'alimentation sans précision. Le médecin psychiatre traitant, dans son rapport du 26.03.2014, atteste que la bénéficiaire présente, d'un point de vue psychiatrique, une dysthymie sévère, une anorexie mentale et une phobie sociale ; sans évaluer l'incapacité de travail de sa patiente.

Force est dès lors de constater que votre mandante présente une incapacité de travail ininterrompue au plus tôt en janvier 2014 date à laquelle l'atteinte est incapacitante au sens de l'AI ; c'est donc à cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu à l'article 28 al. 1 let. b LAI. Le début du droit à la rente est dès lors fixé en janvier 2015, à l'échéance dudit délai.

Par arrêt du 9 mars 2017 (cause AI 75/16 - 79/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assurée et réformé les décisions rendues les 22 février et 14 mars 2016, en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2014. En substance, elle a considéré que l'assurée présentait une incapacité totale de travailler - dont la cause était multifactorielle (rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologique) - qui remontait à tout le moins à l'époque où elle avait mis un terme à ses rapports de travail avec le Tribunal X. _____ ; dans la mesure toutefois où les organes de l'assurance-invalidité n'avaient pas à examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande de prestations, il n'était toutefois pas nécessaire de fixer la date précise de la survenance de l'incapacité de travailler.

B. a) Par courrier du 31 mai 2017, Q. _____ a invité Publica à statuer sur son droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

b) Par courrier du 19 octobre 2017, Publica a estimé qu'elle n'était pas tenue d'allouer des prestations à l'assurée. A son avis, l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité n'était pas survenue alors que l'assurée était assurée auprès d'elle. De plus, l'assurée avait disposé d'une capacité entière de travail de près de deux ans depuis la dernière incapacité de travail survenue en décembre 2011, durée bien plus longue que la durée minimale nécessaire selon la jurisprudence et suffisante pour interrompre la connexité temporelle.

c) Invitée par l'assurée à revenir sur sa décision (courrier du 25 octobre 2017), Publica a maintenu sa position (courrier du 23 janvier 2018).

C. a) Par demande du 14 mars 2018, Q. _____ a, par l'intermédiaire de son représentant, Me Yero Diagne, ouvert action contre Publica et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente annuelle entière d'invalidité LPP d'au moins 41'184 fr. dès le 1^{er} avril 2012, avec intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 1^{er} juin 2017. A son avis, la documentation médicale recueillie au cours de la procédure en matière d'assurance-invalidité permettait d'établir que tant la condition de la connexité matérielle que celle de la connexité temporelle étaient réunies, l'incapacité de travail due aux maladies invalidantes (considérées ensemble ou individuellement) ayant débuté pendant la durée du rapport de prévoyance et n'ayant ensuite jamais été interrompue par une période de rémission.

b) Dans sa réponse du 7 mai 2018, Publica a pris les conclusions suivantes :

Plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud dire, sous suite de frais et dépens :

1. Principalement, la demande déposée le 14 mars 2018 par Madame Q. _____ est rejetée.
2. Subsidièrement, Madame Q. _____ a droit à une rente entière d'invalidité dès mars 2013, sans intérêts.
3. Plus subsidièrement, Madame Q. _____ a droit à une rente entière d'invalidité dès mars 2013, plus intérêts moratoires dès le 14 mars 2018.

Si les troubles dont souffrait l'assurée semblaient avoir existé lorsqu'elle travaillait pour le Tribunal X._____, rien n'indiquait, selon Publica, qu'ils auraient été invalidants ni dans quelle mesure ils l'auraient été en l'absence de tout rapport médical établi à cette période et de l'imprécision sur ce point des rapports établis postérieurement. Le fait qu'elle avait subi une baisse de rendement et un avertissement de son employeur (une seule lettre produite) ne signifiait pas encore qu'elle était invalide durablement à 20 % au moins dans toute activité.

Dans l'hypothèse où la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal arrivait néanmoins à la conclusion que Publica devait verser une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, elle soulevait l'exception de prescription, si bien que l'assurée n'aurait droit à une rente que dès le mois de mars 2013. Quant aux intérêts, les dispositions réglementaires applicables ne prévoyaient pas le versement d'intérêts en raison du non versement de la rente, si bien qu'aucun intérêt moratoire n'était dû.

c) Dans sa réplique du 2 juillet 2018, Q._____ a, sous réserve du point de départ des intérêts moratoires fixés désormais au 14 mars 2018, confirmé les conclusions prises dans son mémoire de demande du 14 mars 2018. Si les explications fournies ne suffisaient pas à entraîner l'admission de la demande, l'audition de ses médecins traitants, les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____ et F._____ était sollicitée.

d) Dans sa duplique du 9 août 2018, Publica a maintenu ses conclusions et sa motivation.

e) Par courrier du 5 décembre 2018, Q._____ a requis l'audition de [...], président du Tribunal X._____, et [...], ancien juge X._____.

f) Par courrier du 27 mars 2019, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier de l'assurance-invalidité avait été versé à la

procédure et leur a imparti un délai pour venir consulter le dossier et transmettre leurs éventuelles déterminations.

g) Dans ses déterminations du 9 mai 2019, Publica a indiqué, d'une part, que l'audition de témoins ne lui semblait pas nécessaire au vu du caractère complet du dossier et que, d'autre part, les témoins n'étaient pas médecins et, partant, n'étaient pas à même d'attester de la situation médicale de l'assurée.

h) Q. _____ a déposé d'ultimes déterminations le 20 mai 2019.

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 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239, 117 V 237 et 329 consid. 5d, 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2 ; 142 V 20 consid. 3.2.1). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En l'espèce, l'action de la demanderesse, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle celle-ci a été engagée, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet la question de savoir si la demanderesse peut prétendre à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse.

3. a) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 138 V 176 consid. 5.3 ; 115 V 103 consid. 4b).

b) Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, 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 144 V 63 consid. 4.1.1 ; 130 V 270 consid. 3.1). 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), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 129 V 73 consid. 4.2.2).

c) Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 138 V 409 consid. 3.1 ; 118 V 35 consid. 2b/aa ; 115 V 208 consid. 2c).

4. a) Selon l'art. 51 al. 1 RPEC (règlement de prévoyance pour les personnes employées et les bénéficiaires de rentes de la Caisse de prévoyance de la Confédération du 15 juin 2007 ; RS 172.220.141.1; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012, applicable en l'espèce [cf. ATF 138 V 176 consid. 7.1]), il ne peut y avoir de droit à des prestations d'invalidité que s'il existe une décision de l'assurance-invalidité et que celle-ci est définitive.

b) En vertu de l'art. 51 al. 2 let. a RPEC, a notamment droit à des prestations d'invalidité la personne assurée qui est invalide à raison de 40 % au moins au sens de la LAI, et qui était assurée à Publica lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

c) L'art. 51 al. 3 RPEC précise encore qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, 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 d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5. a) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP et du règlement de prévoyance, 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 (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 138 V 409 consid. 6.1 ; 123 V 262 consid. 1b).

b) L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi 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. 1a et b et les références citées). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 123 V 262 consid. 1c).

c) 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 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).

d) 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'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).

e) 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 TF 9C_278/2015 du 2 février 2016 consid. 2.3.1 ; 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et la référence citée]). Le fait que l'intéressé est 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).

f) 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 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 (TF 9C_353/2010 du 12 juillet 2010 consid. 2.2 ; 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 considérées 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 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.4 ; TFA 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).

6. En l'occurrence, les points litigieux doivent être examinés indépendamment de l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, dès lors que la défenderesse n'a pas été intégrée dans la procédure de recours contre les décisions de l'OAI des 22 février et 14 mars 2016 et que l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 9 mars 2017 n'a pas été notifié à la défenderesse (ATF 132 V 1 consid. 3.3.2 ; voir également TF 9C_819/2018 du 28 mai 2019 consid. 3.2).

7. La question à laquelle il convient de répondre sur la base de la documentation versée au dossier est de savoir si la demanderesse était

assurée auprès de la défenderesse au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

8. Afin de pouvoir déterminer s'il existe un lien de connexité matérielle, il convient d'examiner si l'affection à l'origine de l'invalidité actuelle est la même que celle qui s'était manifestée durant le rapport de prévoyance auprès de la défenderesse. En d'autres termes, il y a lieu de déterminer si l'on se trouve en présence d'une maladie identique ou d'une maladie d'un autre type et à caractère essentiellement différent.

a) En l'espèce, la demanderesse s'est vue allouer des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle présentait une incapacité totale de travailler dont la cause était multifactorielle (rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologique).

b) Dans son rapport du 22 octobre 2014, la Dre F. _____ a indiqué que la capacité de travail était nulle, quelle que soit l'activité envisagée, en tout cas depuis le début du suivi à sa consultation, le 27 janvier 2014 ; selon ce médecin, il était néanmoins probable que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle remontât au moins au 1^{er} avril 2012, date à laquelle la demanderesse avait été licenciée de son emploi de secrétaire trilingue du Tribunal X. _____ « *en raison d'arrêts de travail à répétition secondaires au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile* ». Dans son rapport du 23 octobre 2014, le Dr I. _____ a indiqué que la demanderesse présentait, sur un strict plan digestif, une incapacité totale de travailler depuis sa dernière activité de secrétaire au Tribunal X. _____ en raison - notamment - d'une hypersomnie post-prandiale. Dans le certificat médical qu'il a établi le 29 mars 2016, le Dr R. _____ a confirmé ce point de vue, en précisant que le travail de la demanderesse auprès du Tribunal X. _____ n'était à l'époque pas exigible, dans la mesure où elle présentait un rendement diminué « *en raison de la grande fatigue et le besoin irrépessible de dormir qui sont des symptômes de sa maladie d'Ehlers-Danlos* » (voir également le rapport du Dr R. _____ du 20 janvier 2015 ainsi que le rapport du 29 novembre 2013 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale

et en rhumatologie). L'ensemble de ces éléments ont été confirmés ensuite par le Dr A. _____ dans son rapport du 21 avril 2016. Ce médecin, qui a assuré le suivi de la demanderesse en qualité de médecin traitant d'octobre 1998 à mars 2013, a expliqué que l'état de santé de la demanderesse s'était dégradé, tant sur le plan physique que psychique, surtout depuis 2009 ; il était ainsi quasiment certain que la demanderesse présentait déjà en 2012 - au plus tard au moment où elle a donné son congé au Tribunal X. _____ - une invalidité importante d'au moins 40 %, sans doute même plus puisqu'elle n'avait pas été capable de suivre ses cours universitaires, malgré une forte motivation. Pour sa part, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie, a souligné, dans son rapport du 7 avril 2016, que seule l'errance diagnostique regrettable dont la demanderesse avait fait l'objet expliquait l'impression faussée d'une apparition tardive du syndrome et de ses conséquences ; l'atteinte multisystémique et progressive expliquait que l'état général s'était fortement dégradé à partir de l'âge de 20 ans déjà et qu'elle avait eu un fort retentissement aussi bien dans son parcours universitaire et professionnel que dans sa vie sociale et privée.

c) L'avis unanime du corps médical, lequel retient que la demanderesse présentait - pour des motifs à la fois rhumatologique, psychiatrique et gastro-entérologique - une incapacité de travail notable au moment où elle a mis un terme à ses rapports de travail avec le Tribunal X. _____, ne saurait être remis en cause par les griefs soulevés par la défenderesse. L'absence au dossier de rapports médicaux établis « en temps réel » au cours de la période où la demanderesse travaillait pour le compte du Tribunal X. _____ n'apparaît pas décisive dans le cas d'espèce. Les observations convergentes rapportées par les différents médecins traitants reflètent à l'évidence une image fidèle de la situation. On relèvera à cet égard que la défenderesse n'a jamais évoqué le fait que les rapports de travail auraient pris fin pour des motifs autres que des motifs médicaux (cf. courrier du 13 décembre 2013 adressé par la demanderesse au Tribunal X. _____).

9. L'existence d'un lien de connexité matérielle n'est en soi pas suffisante. En effet la connexité doit être à la fois matérielle et temporelle ; il s'agit-là de conditions cumulatives pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance (cf. *supra* consid. 5c). Se pose dès lors la question de savoir si l'activité exercée par la demanderesse pour le compte de la société W._____ GmbH entre les mois de janvier et octobre 2013, le fait qu'elle ait débuté des études universitaires au cours de l'automne 2012 et l'absence au dossier de certificats d'incapacité de travail établis pour la période entre décembre 2011 et juin 2013 étaient de nature à interrompre le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue au cours de l'affiliation auprès de la défenderesse et l'invalidité survenue postérieurement.

a) S'il est vrai que la demanderesse a exercé à domicile une activité de secrétariat pour le compte de la société W._____ GmbH à raison de quelques heures par semaine entre janvier et octobre 2013, il est très vite apparu que la demanderesse n'était pas en mesure de fournir la prestation demandée. A teneur du courrier adressé le 29 août 2013 à la demanderesse par la société afin de lui signifier la fin des rapports de travail (*« Im Verlaufe der ersten Monate des Jahres hat sich gezeigt, dass es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, die erforderlichen Arbeiten zeitgerecht und im gewünschten Umfange zu erbringen. Gemäss Ihren Auskünften ist aufgrund Ihrer medizinischen Abklärungen zudem davon auszugehen, dass sich ihre Disponibilität und Einsatzfähigkeit zumindest in absehbarer Zeit nicht verbessern wird »*), il convient de considérer que l'activité exercée tenait moins de l'exercice d'une véritable activité lucrative que d'une tentative de réintégration dans le marché du travail s'étant soldée par un échec.

b) Il en va de même de la tentative avortée de reprendre des études universitaires. Plusieurs indices démontrent en effet que la demanderesse ne disposait pas des capacités physiques et psychiques nécessaires à l'accomplissement d'études universitaires. Selon les pièces produites au cours de la procédure, elle n'avait pas été en mesure de se

présenter aux examens de la session d'été 2013 (trois examens) et d'automne 2013 (quatre examens) et avait obtenu un réaménagement de son programme d'examen (courrier du 21 septembre 2013). Elle s'était ensuite retirée des examens de la session d'hiver 2014 (un examen), d'été 2014 (quatre examens) et d'automne 2014 (trois examens). Elle avait obtenu un nouvel aménagement de son plan d'étude (courrier du 23 juin 2014), avant qu'elle ne soit exmatriculée pour non-paiement des taxes et droits d'inscription (courrier du 16 octobre 2014). Chaque retrait d'une session d'examen était justifié par un certificat médical établi le plus souvent par le Dr R._____, psychiatre traitant (voir également l'attestation médicale du 13 septembre 2013 du Dr V._____, médecin praticien, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en allergologie et immunologie clinique).

c) Le fait qu'aucun certificat d'incapacité de travail n'a été établi entre les mois de décembre 2011 et juin 2013 n'a pas d'importance en l'espèce. Un certificat d'incapacité de travail atteste à l'attention de tierce personne que la personne assurée n'est pas en mesure de reprendre son activité habituelle, ou seulement de manière partielle cf. TF 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.4). Durant la période susmentionnée toutefois, la demanderesse n'avait pas de nécessité de disposer de tels certificats, dès lors qu'elle n'avait pas à justifier auprès d'une tierce personne une incapacité de travail, n'étant pas liée par des rapports de travail, ou sous une forme qui permettait à la demanderesse d'aménager librement son activité (W._____ GmbH).

10. a) Au final, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue au cours de la période d'assurance couverte par la défenderesse et qu'elle a perduré depuis lors sans interruption, si bien que la demanderesse peut prétendre à une rente d'invalidité de la part de cette institution.

b) Cela étant, il n'y a pas lieu de procéder aux auditions requises par la demanderesse, dès lors que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui

précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3).

11. Il convient ensuite d'examiner à partir de quelle date la demanderesse peut prétendre aux prestations.

a) En vertu de l'art. 52 al. 1 RPEC (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012, applicable en l'espèce), le droit aux prestations d'invalidité de PUBLICA prend naissance au plus tôt à l'expiration du droit de la personne assurée au salaire versé par l'employeur.

b) En l'occurrence, il ressort du dossier que la demanderesse a travaillé pour le compte du Tribunal X. _____ jusqu'au 31 mars 2012. Elle peut donc prétendre à une rente d'invalidité de la part de la défenderesse à compter du 1^{er} avril 2012.

c) Contrairement à ce que soutient la défenderesse, les prestations dues pour la période du 1^{er} avril 2012 au 28 février 2013 ne sont pas prescrites, dès lors qu'elle a signé les 9 février 2016 et 11 janvier 2017 des déclarations de renonciation à se prévaloir de la prescription.

12. **a)** Sur le vu de ce qui précède, la demande formée le 14 mars 2018 par la demanderesse à l'encontre de la défenderesse doit être admise. La demanderesse a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2012.

b) Cela étant constaté, il convient d'inviter la défenderesse à fixer, conformément à l'art. 57 al. 1 RPEC (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, applicable en l'espèce), le montant des prestations dues à la demanderesse.

c) Enfin, conformément à la jurisprudence, on admettra que la défenderesse est tenue de verser un intérêt moratoire à partir du 14 mars 2018, date de la demande en justice, sur les prestations qui sont dues à la

demanderesse ; le taux de l'intérêt est fixé à 5 % en l'absence de dispositions réglementaire sur ce point (cf. 119 V 131 ; voir également TF 9C_315/2016 du 25 janvier 2017 consid. 7 ; 9C_222/2014 du 6 mai 2014 consid. 2).

13. a) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice.

b) La demanderesse, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et mis à la charge de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. La demande formée par Q. _____ contre la Caisse fédérale de pensions Publica est admise.
- II. Q. _____ a droit à une rente entière d'ininvalidité complète dès le 1^{er} avril 2012.
- III. La Caisse fédérale de pensions Publica est invitée à fixer, conformément aux considérants, le montant des prestations à servir.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V. La Caisse fédérale de pensions Publica versera à Q. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Yero Diagne (pour Q. _____),
- Caisse fédérale de pensions Publica,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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).

La greffière :