

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 30 septembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, aux [...] ([...]), demanderesse, représentée par Me Didier Elsig,
avocat à Lausanne

et

FONDATION DE PRÉVOYANCE B. _____, à [...], défenderesse,
FONDATION DE PRÉVOYANCE K. _____, à [...], défenderesse,
représentée par Me Daniel Pache, avocat à Lausanne.

Art. 23 LPP

E n f a i t :

A. **a)** A._____ (ci-après : l'assurée, ou la recourante), née en [...], a été engagée par B._____ SA, comme gestionnaire de prestations, à Lausanne, dès le 1^{er} octobre 2009. A ce titre, elle était assurée en prévoyance professionnelle par la Fondation de prévoyance B._____, à [...] (ci-après : Fondation de prévoyance B._____). Elle bénéficiait également d'une assurance d'indemnités journalières auprès de BB._____ SA.

b) A._____ a présenté une période d'incapacité de travail dès le mois d'août 2013, en raison de vertiges paroxystiques de position. Elle a consulté le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale à [...], qui a prescrit une incapacité de travail totale du 19 au 27 août 2013. Par la suite, la Dre D._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a prolongé l'attestation d'incapacité de travail jusqu'au 2 septembre 2013.

Ensuite d'un déménagement aux [...], A._____ a consulté le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale à [...], qui a attesté une incapacité de travail totale du 13 au 27 septembre 2013, puis dès le 18 octobre 2013, en raison d'une maladie psychique (« décompensation durable », avec pour symptômes la « triade classique », traité par médicaments anti-dépresseurs ; cf. rapport du 22 novembre 2013 à BB._____ SA ; dossier n° 2 pièce 23 produite par BB._____ SA, Département Indemnités journalières), et d'une maladie oto-rhino-laryngologique (« *troubles vestibulaires* », avec pour symptômes des « *trouble d'équilibre* » et des « *vertiges rotatoires* » ; cf. rapport du 22 novembre 2013 à BB._____ SA ; voir également pièces 9/1 à 9/5 du dossier de la Fondation de prévoyance B._____ et dossier n° 2 pièce 22 produite par BB._____ SA, Département indemnités journalières [appréciation de l'incapacité de travail par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil pour l'assurance d'indemnités journalières pour le personnel de BB._____ SA, du 8 janvier 2013 [recte : 2014]).

Dès le mois de janvier 2014, A._____ a consulté le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à [...]. Dans un rapport du 12 février 2014, celui-ci a fait état d'un trouble de l'attachement traumatique, d'un trouble de l'attention, d'hyperactivité, d'impulsivité, d'anxiété généralisée, d'hyperphagie secondaire, de migraines et d'un syndrome de la jambe sans repos. Il a attesté une incapacité de travail totale et a estimé qu'une reconversion professionnelle était incontournable, dans une activité moins routinière. On pouvait s'attendre à une reprise du travail, mais à une date pour l'heure indéterminée.

Le Dr E._____ a adressé sa patiente à la Dre H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui l'a reçue en consultation le 26 février 2014. Dans un rapport du 3 mars 2014 au médecin généraliste traitant, elle a résumé la situation en indiquant que la patiente se plaignait depuis août 2013 d'une symptomatologie vertigineuse, avec des vertiges rotatoires récidivants, de courte durée (quelques secondes), suivis, pendant des heures, d'une sensation de malaise et de nausées, puis de diarrhées. Des maux de têtes fréquents et une sensation d'oreilles bouchées étaient également rapportés. Au fil du temps, les vertiges avaient diminué, mais la sensation de malaise et de nausées persistait, quotidiennement. La patiente avait peur de conduire, se plaignait d'une sensation de vision floue plus ou moins continue. Une imagerie cérébrale par résonance magnétique n'avait rien révélé de particulier, ni les examens cliniques.

BB._____ SA a versé des indemnités journalières pour les périodes d'incapacité de travail attestées dès le 19 août 2013. Le 20 janvier 2014, se fondant sur une appréciation du 13 janvier 2014 de son médecin-conseil, le Dr F._____, elle a annoncé à l'assurée qu'elle mettrait fin à ces indemnités dès le 16 février 2014 (dossier n° 2, pièce 21 de BB._____ SA, Département indemnités journalières). Compte tenu des rapports médicaux établis par la suite par les Drs G._____ et H._____, elle a finalement poursuivi le versement des indemnités journalières et a mandaté le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, pour une expertise (lettres du 5 mars 2014 à l'assurée et au Dr I. _____ ; dossier n° 2, pièces 12 et 14 du dossier de BB. _____ SA, Département indemnités journalières).

Dans un rapport du 4 avril 2014 (pièce 9 du dossier n° 2 de BB. _____ SA, Département indemnités journalières), le Dr I. _____ a notamment exposé que l'assurée avait connu, dès le mois d'août 2013, de vraisemblables épisodes vertigineux à type de vertiges paroxystiques positionnels bénins. Il s'agissait d'une assurée sensible, potentiellement séquellaire de traumatismes psychiques passés (viols). Alors que son parcours professionnel était stable (cinq ans d'activité pour le J. _____ et quatre ans et demi pour le B. _____ SA), elle avait ressenti une perturbation émotionnelle avec un état de détresse qui avait entravé ses performances professionnelles. La prédisposition potentiellement liée au traumatisme mentionné jouait un rôle important dans l'éclosion de ce trouble. Les manifestations vertigineuses potentiellement conjuguées à des difficultés professionnelles (trois heures de trajet en voiture par jour) et la difficulté à réduire son taux d'activité à 60 % l'avaient amenée à éprouver des manifestations anxieuses dépressives assorties à un sentiment d'incapacité à faire face et à supporter sa situation professionnelle actuelle. Aucun de ces symptômes n'était toutefois suffisamment marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. Le Dr G. _____ avait diagnostiqué un trouble hyperactif de l'adulte et l'avait traité par un psychostimulant. Toutefois, il n'existait pas, ou plus, de signes résiduels d'une telle affection. Le Dr I. _____ a finalement réfuté les autres diagnostics posés par le Dr G. _____, a constaté un trouble de l'adaptation, en précisant qu'il était sans influence sur la capacité de travail. Il a néanmoins attesté une incapacité de travail de 50 % en précisant qu'il s'agissait « *essentiellement d'une limitation concrète plus que médicale : celle du fait que l'assuré [était] restée longtemps éloignée de son activité professionnelle. Un retour ne [pouvait] être envisagé que de manière progressive. [C'était] en ce sens qu'une limitation [était] évoquée. D'un point de vue psychiatrique pur, il n'exist[ait] pas de limitation.* » A la question de savoir quand une reprise de l'activité

professionnelle actuelle pouvait être envisagée et à quel taux, le Dr I. _____ a répondu : « Dans un mois à 100 % ».

Après réception de cette expertise, BB. _____ SA a accepté de poursuivre le versement d'une indemnité journalière correspondant à une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2014 (pièces 4, 6 et 8 du dossier n° 2 de BB. _____ SA, Département indemnités journalières).

Le 24 avril 2014, B. _____ SA a résilié les rapports de travail la liant à A. _____, pour le 30 juin 2014. Cette dernière a été admise par BB. _____ SA, à titre individuel, dans l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

c) Entre-temps, A. _____ avait adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton N. _____, le 4 mars 2014. Après plusieurs rappels, le Dr G. _____ a établi un rapport à l'intention de cet office, le 6 juin 2014 (pièce 40 du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité du canton N. _____ [ci-après : l'OAI]). Il y fait état, notamment, de trouble de l'attachement traumatique persistant, de trouble de l'attention-hyperactivité-impulsivité persistant et d'anxiété généralisée avec prédominance de symptômes abdominaux depuis l'enfance, de syndrome de stress posttraumatique depuis des abus sexuels subis à 12/14 ans, avec menaces de meurtre, de dysménorrhée, migraines et syndrome des jambes et mains sans repos ainsi que d'hyperphagie secondaires aux troubles psychiques. Il expose, notamment, que le choix professionnel de l'assurée, pour une activité routinière, mais stressante, était inadéquat au vu de sa pathologie et de sa structure de personnalité. La poursuite d'une telle activité n'était pas possible. Une réorientation professionnelle vers une activité plus créatrice et lui permettant de se dépenser physiquement était incontournable. A défaut, elle se découragerait, douterait d'elle-même, s'angoisserait et devrait constamment fournir un effort épuisant, sans pouvoir récupérer intérieurement. Le Dr G. _____ attribuait les troubles de l'équilibre et les nausées, qui s'étaient déclenchés en septembre 2013, à un mécanisme

réflexe assimilable à une phobie, trouvant son origine dans l'enfance. Il attestait une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle actuelle et estimait que sous traitement bien conduit, une reprise d'activité dans une profession adaptée était envisageable, à plein temps, dans un délai relativement bref après que l'assurance-maladie aurait accepté de prendre en charge le traitement nécessaire.

d) A. _____ s'est annoncée à l'assurance-chômage dès le 1^{er} juillet 2014. Elle a perçu des indemnités journalières dès le 11 juillet 2014. Elle s'est inscrite à une mesure relative au marché du travail, sous la forme d'un cours sur le programme de comptabilité [...], à 50 %, qui devait débuter au mois de septembre 2014. Il ressort toutefois d'un rapport d'entretien avec un conseiller en réadaptation de l'OAI, du 10 juillet 2014, qu'elle était très angoissée à l'idée de ce cours, qu'elle souhaitait repousser de manière à pouvoir d'abord reprendre confiance dans une activité (pièce 46 du dossier de l'OAI).

Cette mesure relative au marché du travail a finalement rapidement tourné court, le Dr G. _____ ayant attesté une nouvelle incapacité de travail totale dès le 5 septembre 2014. A. _____ a demandé à B. _____ SA le versement d'indemnités journalières.

L'assurance a mandaté le Dr I. _____ pour une nouvelle expertise. Dans un rapport du 24 novembre 2014, celui-ci a constaté une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'un syndrome dépressif d'intensité sévère, avec notamment la présence claire des trois symptômes typiques que sont l'asthénie, l'anhédonie et l'infléchissement thymique. Les critères d'une hospitalisation en milieu spécialisé étaient quasiment réunis et le Dr I. _____ a fait part de son inquiétude à l'assurée, ainsi qu'à l'infirmière spécialisée qu'elle rencontrait à une fréquence bi-hebdomadaire. Un traitement anti-dépresseur puissant devait être rapidement introduit.

A la suite de cette expertise, B._____ SA a repris le versement d'indemnités journalières à l'assurée.

e) Par décision du 30 janvier 2015, l'OAI a refusé d'allouer des prestations à l'assurée (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières ou rente d'invalidité). Il a considéré qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle, dès le début du mois de mai 2014. Compte tenu d'une nouvelle période d'incapacité de travail attestée dès le 5 septembre 2014, il réexaminerait le droit aux prestations à l'échéance d'un délai d'attente d'une année, soit en septembre 2015.

f) Dès le mois d'avril 2015, A._____ a entrepris plusieurs stages professionnels, à temps partiel. Elle s'est mariée le 5 décembre 2015 avec son ami de longue date et a repris une activité lucrative en décembre 2015 également, à 50 %, dans la K._____ qu'il exploite aux [...]. Elle a été affiliée, depuis lors, à la Fondation de prévoyance K._____, à [...] (ci-après : Fondation de prévoyance K._____).

g) Compte tenu d'une incapacité de travail partielle persistante, attestée par le Dr G._____, l'OAI a mandaté le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 8 décembre 2016, celui-ci a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (depuis septembre 2014) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, en rémission récente (présents depuis juin 2015), de phobie sociale (depuis l'enfance) et d'autres troubles anxieux phobiques (présents depuis l'enfance). Il a fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle exercée précédemment, depuis le 18 octobre 2013. Dans une activité adaptée, *« une pleine capacité de travail a[vait] été récupérée au mois d'avril 2014 (rapport d'expertise*

psychiatrique du 4 avril 2014) sans qu'il soit possible de déterminer la date exacte de la récupération de la capacité de travail. » Par la suite, « une nouvelle incapacité de travail totale a[vait] existé à partir du 5 septembre 2014 (expertise psychiatrique du 24 novembre 2014) et une capacité de travail de 50 % a[vait] été récupérée à partir du 1^{er} décembre 2015. L'incapacité de travail totale actuelle exist[ait] depuis le 1^{er} août 2016. »

Prenant position sur le dossier, le Dr M._____, médecin au Service médical régional N._____, a estimé que l'assurée présentait une pathologie grave, sous la forme d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, qu'elle paraissait avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques et que sa capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 18 octobre 2013. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle avait « réintégré provisoirement une capacité de travail partielle dès avril 2014. Elle rest[ait] dès lors fluctuante (avec nouvelle période d'ITT du 05.09.2014 au 30.11.2015), mais [était] à nouveau malheureusement nulle dès le 01.08.2016. »

Par décision du 27 février 2017, l'OAI a alloué à A._____ trois-quarts de rente d'invalidité, pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 29 février 2016, une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mars au 31 juillet 2016 et une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2016.

h) Un échange de correspondance a suivi entre A._____ et la Fondation de prévoyance B._____. Cette dernière a refusé d'allouer des prestations d'invalidité au motif que l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité était survenue dès le 5 septembre 2014, soit à une période lors de laquelle elle n'assurait plus A._____.

B. Le 21 mars 2018, A._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'une action en paiement d'un montant de trois-quarts de rente d'invalidité, du 1^{er} septembre 2015 au 29 février

2016, d'une demi-rente d'invalidité, du 1^{er} mars au 31 juillet 2016 et d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2016, « avec intérêt au taux de 5 % l'an. » L'action est dirigée, principalement, contre la Fondation de prévoyance B._____ et, subsidiairement, contre Fondation de prévoyance K._____.

Fondation de prévoyance K._____ a conclu au rejet des conclusions prises à son encontre, le 16 mai 2018. La Fondation de prévoyance B._____ a conclu au rejet de la demande le 14 juin 2018.

Le tribunal a requis la production des dossiers concernant la demanderesse constitués par l'OAI, par B._____ SA, comme employeur, et par BB._____ SA, Département indemnités journalières, comme assurance perte de gain.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives lors des déterminations qu'elles ont déposées les 16 août 2018, 17 décembre 2018 et 22 juillet 2019 (Fondation de prévoyance K._____), 15 novembre 2018 et 12 août 2019 (Fondation de prévoyance B._____), 18 octobre 2018 et 31 janvier 2019 (demanderesse). La demanderesse a notamment produit un rapport du 16 juin 2018 du Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de P._____, psychologue. Ceux-ci posent un diagnostic de troubles bipolaires de type 2, en précisant que l'assurée alterne des phases d'apathie et de dépression, d'une part, et des moments d'hyperactivité désorganisée et incontrôlable, d'autre part. Les différentes descriptions cliniques depuis 2013 intégreraient la même entité clinique, à savoir un trouble bipolaire, avec un pronostic réservé.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de l'art. 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de

prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) relatifs à l'action de droit administratif. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente conformément à l'art. 93 al. 1 let. c LPA-VD.

b) La jurisprudence admet qu'un assuré ouvre une action simultanément contre deux institutions de prévoyance auprès desquelles il a été assuré successivement, l'une étant recherchée à titre principal, l'autre à titre subsidiaire, lorsque l'objet du procès est, notamment, de déterminer laquelle est tenue de prester. Dans ce contexte, si l'assuré choisit d'ouvrir action, à titre principal, contre l'institution de prévoyance d'un ancien employeur, devant le tribunal du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, conformément à l'art. 73 al. 3 LPP, ce tribunal est également compétent pour statuer sur les prestations subsidiaires prises à l'encontre d'une autre institution de prévoyance (ATF 133 V 491 consid. 4 ; TF 9C_41/2012 du 12 mars 2012).

c) En l'espèce, la Cour de céans est donc compétente pour statuer sur les conclusions principales et subsidiaires du demandeur. Les autres conditions de recevabilité du recours ne prêtent pas à discussion.

2. Aux termes de l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Cette disposition permet également de désigner l'institution de prévoyance compétente en cas de rapports de prévoyance auprès de plusieurs institutions successivement. Dans ce cas, les prestations en cas d'invalidité sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé était assuré lors de 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, sous réserve de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

3. a) En l'espèce, aucune des défenderesses ne conteste que la demanderesse présente un taux d'invalidité de 40 % au moins lui ouvrant droit, sur le principe, à des prestations de prévoyance professionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

b) La Fondation de prévoyance B. _____ refuse de prester car elle soutient qu'elle n'était pas liée à la demanderesse par un rapport de prévoyance au moment déterminant selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP. Il en va de même de Fondation de prévoyance K. _____. Dans ce contexte, on observera que l'art. 19 al. 1 let. a du Règlement de prévoyance de la Fondation de prévoyance B. _____ et l'art. 5.3.1.2 let. a du Règlement de prévoyance de la Caisse de pensions des bouchers, applicable aux rapports de prévoyance liant la demanderesse à Fondation de prévoyance K. _____, reprennent le texte de l'art. 23 al. 1 let. a LPP sans y déroger.

4. La demanderesse a été affiliée à Fondation de prévoyance K. _____ à partir du mois de décembre 2015. Or, il ressort de la décision de l'OAI du 27 février 2017 qu'elle présentait déjà une invalidité supérieure à 40 % depuis le mois de septembre 2014, sans interruption notable. Rien au dossier ne permet par ailleurs de constater que la cause de l'incapacité de travail et de gain aurait varié depuis lors. A l'évidence, l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue avant le début de la couverture de prévoyance par Fondation de prévoyance K. _____. Bien que la défenderesse ne prenne que des conclusions subsidiaires à son égard, on peut constater d'emblée que Fondation de prévoyance K. _____ n'est manifestement pas tenue de prester.

La question de l'obligation de prester de la Fondation de prévoyance B. _____, qui a assuré la demanderesse notamment toute l'année 2013 et de janvier à la fin du mois de juillet 2014 – soit un mois

après la fin des rapports de travail avec B._____ SA (art. 331a al. 2 CO) – mérite en revanche un examen plus approfondi.

5. Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, 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 foi matérielle et temporelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2 ; ATF 130 V 270 consid. 4.1).

6. a) Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail ; ATF 138 V 409 consid. 6.2). En cas d'invalidité due à une atteinte à la santé psychique, cela implique que celle-ci se soit déjà manifestée pendant la période de couverture de prévoyance et qu'elle ait influencé l'évolution de l'état de santé de manière reconnaissable (ATF 134 V 20 consid. 3.2 ; TF, 9C_158/2018 du 19 décembre 2018 consid. 2).

b) En l'espèce, il est établi que la recourante a présenté une incapacité de travail dès le mois d'août 2013, qui a perduré au moins jusqu'au printemps 2014. La Fondation de prévoyance B._____ conteste tout rapport de connexité matérielle entre l'atteinte à la santé à l'origine de cette incapacité de travail et celle qui est à l'origine de l'invalidité de la demanderesse. Elle rappelle que cette invalidité est due à un trouble dépressif, et soutient que l'incapacité de travail initialement survenue au mois d'août 2013 était due à des vertiges paroxystiques de position, la Dre H._____ excluant toutefois tout trouble vestibulaire en mars 2014 déjà. En ce qui concerne les atteintes à la santé psychique, elle observe que les diagnostics psychiatriques posés par le Dr G._____ ont été réfutés par le Dr I._____ dans son expertise du 4 avril 2014, et que cet expert a uniquement fait état d'un trouble de l'adaptation, sans influence sur la capacité de travail de la demanderesse.

c) Le Dr C._____ a attesté une incapacité de travail de la demanderesse, en août 2013, en raison de vertiges paroxystiques. Toutefois, le Dr E._____ a par la suite attesté, du 13 au 27 septembre 2013, puis dès le 18 octobre 2013, une incapacité de travail totale en raison non seulement de troubles vestibulaires, mais également d'une maladie psychique. Il a notamment fait état d'une « *décompensation durable* » et a mentionné, pour symptômes, la « *triade classique*. » En dépit du caractère vague de cette indication, on peut comprendre qu'elle se réfère à la « *triade classique* » d'un trouble dépressif ou, si l'on se réfère au rapport d'expertise du 24 novembre 2014 du Dr I._____, aux « *trois symptômes typiques [d'un syndrome dépressif] que sont l'asthénie, l'anhédonie et l'infléchissement thymique*. » Le Dr E._____ a d'ailleurs prescrit un médicament antidépresseur, comme cela ressort de l'analyse du Dr F._____, médecin-conseil pour l'assurance d'indemnités journalières pour le personnel de BB._____ SA, du 8 janvier 2014. Il a ensuite adressé sa patiente au Dr G._____, psychiatre, qui a vu l'assurée à raison d'une consultation par semaine dès le mois de janvier 2014. Il est vrai que ce médecin n'a pas posé explicitement le diagnostic de trouble dépressif, et qu'il a fait état d'autres diagnostics que le Dr I._____ n'a pas validé dans son expertise du 4 avril 2014. Toutefois, au-delà de la seule question du diagnostic posé, le Dr G._____ a néanmoins expliqué que la recourante devait impérativement changer d'activité professionnelle en raison de ses atteintes à la santé psychique, notamment en raison d'un trouble de l'attention de l'adulte, et se reconverter dans une profession moins routinière, permettant une activité physique ou, au moins, manuelle. Dans un rapport du 6 juin 2014 à l'OAI, il explique qu'à défaut, elle se mettrait à douter d'elle-même, à s'angoisser (avec des troubles du sommeil, de vision, d'équilibre, etc.), se découragerait, devrait fournir constamment un effort épuisant pour surmonter ses difficultés et n'arriverait intérieurement jamais à récupérer. Le Dr G._____ expliquait par ailleurs les vertiges de l'assurée par une phobie « *d'origine lointaine et multiple* » (le Dr L._____ constatera pour sa part une « *phobie sociale* »). Enfin, il fait état, dans ce même rapport, de ruminations anxieuses pendant des jours, voire des semaines, d'une

irritabilité, d'une fatigue, d'un découragement et d'idées suicidaires sans projets.

Pour sa part, la Dre H._____ a exposé, au mois de mars 2014, que sa patiente était actuellement en conflit avec son employeur, qui menaçait de la licencier, mais qu'il lui était totalement impossible d'envisager un retour à son poste de travail. La patiente avait vraisemblablement présenté un épisode de vertiges paroxystiques de position en août 2013. A l'examen, les signes cliniques de cupulolithiase avaient toutefois totalement disparu. Toutefois les pathologies vestibulaires entraînaient « *volontiers* » des répercussions psychologiques, surtout lorsque les problèmes devenaient chroniques ou que le contexte général y contribuait. Tel était particulièrement le cas pour la patiente, qui était anxieuse et avait rencontré de grandes difficultés au niveau professionnel. La Dre H._____ évoquait dans ce contexte un éventuel état anxio-dépressif ou un épuisement professionnel (« *burn out* »). Elle a encouragé la patiente à une reconversion professionnelle, estimant que c'était en l'aidant sur le plan psychologique que l'on traiterait la symptomatologie vertigineuse.

Enfin, si l'on doit admettre que les rapports médicaux établis par le Dr G._____ n'ont qu'une faible valeur probante, en raison notamment de l'imprécision des diagnostics posés, de l'anamnèse et de la description des constatations cliniques, force est de constater que l'expertise établie par le Dr I._____ le 4 avril 2014 présente également des lacunes importantes et des contradictions. L'anamnèse est très sommaire, en particulier l'anamnèse médicale, de même que la description des plaintes de l'assurée. Le Dr I._____ note néanmoins un traumatisme passé (viols) et admet qu'il fragilise l'assurée sur le plan psychique, sans autre précision. On pouvait tout de même attendre de l'expert qu'il développe la question, au regard également des diagnostics posés par le Dr G._____ et qui laissaient clairement penser que le problème était plus profond. Sur ce point, le Dr I._____ s'est toutefois limité à réfuter sommairement les diagnostics de son confrère, mais sans autre approfondissement relatif à la fragilité psychique constatée. Il ajoute

que cette prédisposition et les manifestations vertigineuses potentiellement traumatisantes conjuguées à des difficultés professionnelles (3 heures de trajet en voiture quotidien) avaient amené l'assurée à éprouver « *des manifestations anxieuses dépressives* » assorties à un sentiment d'incapacité à faire face et à supporter sa situation professionnelle actuelle. Aucun de ces symptômes n'était toutefois suffisamment marqué pour justifier une incapacité de travail. Le Dr I. _____ ne précise pas si tel a pu être le cas avant son expertise et atteste malgré tout une incapacité de travail de 50 % pour encore un mois, tout en précisant qu'il n'existe pas de limitation « *d'un point de vue psychiatrique pur* » ; il s'agissait uniquement de permettre un retour progressif au travail. Il diagnostique un trouble de l'adaptation, sans autre précision.

Au final, on doit constater que l'incapacité de travail attestée dès le mois d'août 2013 par le Dr C. _____, puis par les Drs E. _____ et G. _____ était due essentiellement à des atteintes à la santé psychique, dont une partie des symptômes correspondait à ceux d'un trouble anxio-dépressif. Quelques mois plus tard, au mois de décembre 2014, le Dr I. _____ admettait une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome dépressif d'intensité sévère. Il observait notamment que l'estime et la confiance en soi étaient singulièrement altérées, que l'appétit et le sommeil étaient perturbés (avec notamment des difficultés d'endormissement quotidiennes et des réveils fréquents) ; il faisait également état d'une « *suicidalité* » et de difficultés de concentration et d'attention. On est frappé par la comparaison entre ce constat et le pronostic du Dr G. _____, dans son rapport du mois de juin 2014 à l'OAI, relatif aux difficultés auxquelles l'assurée serait exposée en l'absence de reconversion professionnelle. Enfin, le trouble de l'adaptation - diagnostiqué sans autre précision par le Dr I. _____ - comporte des symptômes variables, parmi lesquels une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), selon la Classification statistique internationale des maladies et des troubles de santé connexe (CIM-10 ; ch. 43.2). Dans ces circonstances, on doit admettre qu'il y a bien une connexité matérielle entre la cause de l'incapacité de travail

présentée par l'assurée pendant qu'elle était encore couverte par la Fondation de prévoyance B. _____ et l'atteinte à la santé à l'origine de l'invalidité. Il n'en irait pas autrement si l'on se référait au diagnostic de trouble bipolaire posé par le Dr O. _____ et la psychologue P. _____, qui se manifeste cliniquement depuis 2013 selon eux.

7. a) La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue pendant une période de couverture d'assurance, d'une part, et l'invalidité, d'autre part, suppose qu'après la survenance de cette incapacité de travail, 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).

b) La reprise d'une activité lucrative 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 [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 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).

c) 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).

d) Dans son expertise du 4 mars 2014, le Dr I._____ a nié toute incapacité de travail en raison d'une atteinte à la santé psychique, voire a admis une incapacité de travail de 50 % pendant encore un mois, puis une pleine capacité de travail dans un délai d'un mois. Dans son expertise du 24 novembre 2014, il a constaté une aggravation de l'état de santé, avec « *l'apparition d'un syndrome dépressif sévère* » ; il a estimé que « *la date du début de l'infléchissement thymique [pouvait être] globalement évaluée au mois de septembre 2014* ». Le rapport d'expertise du Dr I._____ du 4 mars 2014 ne revêt toutefois qu'une faible valeur probante, pour les motifs déjà exposés ci-avant (consid. 6c). On doit, certes, admettre au vu de ses constatations cliniques, que l'assurée ne présentait plus, lors de l'expertise, des symptômes dépressifs ou d'autres troubles psychiques d'une intensité telle qu'ils excluaient toute reprise du

travail, au moins dans une nouvelle activité professionnelle. Le Dr G. _____ admet par ailleurs lui aussi que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis le début de la prise en charge. Au vu du caractère sommaire de l'anamnèse médicale et personnelle, il n'est toutefois pas possible de constater, sur la base de l'expertise du Dr I. _____, que cette amélioration était durable ni, surtout, qu'elle a permis à la demanderesse de recouvrer une capacité de travail non pas seulement de 50 %, mais de 80 % au moins, sans interruption notable entre mai et août 2014. En dépit des constatations du Dr I. _____, la demanderesse n'a pas repris le travail pour son ancien employeur. BB. _____ SA a continué à lui verser une indemnité journalière correspondant à une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2014, sur la base des certificats de ses médecins traitants. L'assurée a ensuite présenté une période de chômage lors de laquelle le Dr G. _____ a attesté une pleine capacité de travail. Cette période a toutefois duré deux mois et a pris fin à la première tentative de reprise du travail de la demanderesse, sous la forme d'un cours proposé par l'assurance-chômage. Elle n'est donc pas significative.

Par la suite, le Dr L. _____ a constaté à son tour que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, *« dès le mois d'avril 2014 [...] sans qu'il soit possible de déterminer la date exacte de la récupération de la capacité de travail. »* Il se réfère toutefois essentiellement, voire exclusivement, sur ce point à l'expertise du Dr I. _____, estimant également que le diagnostic de trouble de l'adaptation posé à l'époque par ce médecin impliquait, par définition, une symptomatologie relativement réduite ne dépassant pas celle d'une dépression légère. Au vu de ce qui précède et des lacunes présentées par le rapport d'expertise du 4 avril 2014 du Dr I. _____, c'est insuffisant pour établir une interruption durable du lien de connexité temporelle entre l'invalidité et l'incapacité de travail qui est initialement survenue pendant que la demanderesse était employée par B. _____ SA, en raison d'une atteinte à la santé qui a justifié un suivi psychiatrique étroit par le Dr G. _____ dès le mois de janvier 2014 et sans interruption jusqu'à ce jour.

e) Malgré ce qui précède, l'OAI a considéré, dans une décision du 30 janvier 2015, que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle, dès le début du mois de mai 2014 et jusqu'au 5 septembre 2014, ce qui excluait le droit aux prestations avant un nouveau délai d'attente d'une année dès cette dernière date. On doit se demander si cette décision lie, sur ce point, les parties à la présente procédure dans la mesure où elle n'a pas fait l'objet d'un recours (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa). Tel n'est pas le cas. En effet, seules les constatations de l'assurance-invalidité qui étaient décisives pour déterminer le droit à une rente de cette assurance peuvent avoir un effet obligatoire en prévoyance professionnelle (Marc Hürzeler, in Schneider/Geiser/Gächter (édit.), LPP et LFLP, Berne 2012, n° 13 et 15 ad art. 23 LPP, avec les arrêts cités ; voir également Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless (édit.), Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 19 à 21 ad art. 59).

En l'espèce, le refus de prestations de l'OAI, notifié par décision du 30 janvier 2015, lie les parties sur le fait que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 60 % au moins, pendant un mois au moins sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et art. 29ter RAI), pendant la période comprise entre avril et août 2014. En effet, la décision du 30 janvier 2015 impliquait nécessairement, au minimum, un tel constat. En revanche, elle n'impliquait pas forcément le constat d'une capacité de travail de 80 % au moins, ni le recouvrement d'une capacité de travail notable pendant trois mois au moins. A supposer que la demanderesse ait estimé ses chances de succès insuffisantes pour obtenir le droit à une rente de l'assurance-invalidité dès l'automne 2014 déjà, on voit mal qu'elle aurait été contrainte d'attaquer la seule motivation de la décision du 30 janvier 2015, pour demander le simple constat, par l'autorité de recours, du fait qu'elle n'avait pas recouvré une capacité de 80 % au moins pendant une durée suffisante pour interrompre un lien de connexité temporel déterminant en prévoyance professionnelle. Un tel procédé, avant même que l'assurée ne soit informée du point de vue de la caisse de pension de son ancien employeur sur ce point, serait contraire au principe d'économie de procédure. Obliger la personne assurée à y

recourir – alors qu'elle n'était à l'époque pas assistée d'un avocat – sous peine d'être ensuite forclosée face à son institution de prévoyance serait en outre contraire au principe de simplicité applicable aussi bien à la procédure en matière d'assurance-invalidité (art. 61 let. a LPGA) qu'à la procédure en matière de prévoyance professionnelle (art. 73 al. 2 LPP).

8. a) Vu ce qui précède, il convient de constater l'existence d'un rapport de connexité matérielle et temporelle entre l'invalidité dont souffre la demanderesse et l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, au sens de l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ainsi qu'au sens de l'art. 19 al. 1 let. a du Règlement de prévoyance de la Fondation de prévoyance B._____. Cette dernière est donc tenue, sur le principe, d'allouer ses prestations.

La demanderesse conclut à la condamnation, par la Fondation de prévoyance B._____, de trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 29 février 2016, d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mars au 31 juillet 2016, et d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2016. Sur le principe, ces prestations sont dues (art. 19 al. 3 du Règlement de prévoyance de la Fondation de prévoyance B._____. Il n'est pas nécessaire, à ce stade, d'en fixer plus précisément le montant (ATF 129 V 450).

b) La demanderesse demande que la Fondation de prévoyance B._____ soit condamnée au paiement d'un intérêt de 5 % par an sur les prestations dues. Elle ne motive pas cette conclusion ni ne précise la date à partir de laquelle les intérêts devraient courir.

La jurisprudence admet, en se fondant sur les art. 104 al. 1 et 105 al. 1 CO, qu'une institution de prévoyance est tenue de verser un intérêt de 5 % l'an – à défaut de disposition conventionnelle ou réglementaire contraire –, dès le jour de la poursuite ou de la demande en justice (ATF 145 V 18 consid. 4.2 ; ATF 119 V 131 consid. 4). Il convient par conséquent de condamner l'intimée à allouer les arriérés de rente avec un intérêt à 5 % par an dès le 21 mars 2018, date du dépôt de la demande devant la Cour des assurances sociales.

9. La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP). La demanderesse obtient gain de cause et peut prétendre une indemnité de dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (débours et TVA compris), à la charge de la Fondation de prévoyance B._____ (art. 55 al. 1 et 109 al. 1 LPA-VD). Fondation de prévoyance K._____ ne peut pas prétendre de dépens, en sa qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4).

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

- I.** La conclusion principale de A. _____ est admise.

- II.** Fondation de prévoyance B. _____ allouera à A. _____ trois-quarts de rente pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 29 février 2016, une demi-rente pour la période du 1^{er} mars au 31 juillet 2016 et une rente entière dès le 1^{er} août 2016, avec un intérêt de 5 % par an dès le 21 mars 2018.

- III.** La conclusion subsidiaire prise par A. _____ est sans objet.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- V.** Fondation de prévoyance B. _____ versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. à A. _____.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Elsig (pour A. _____),
- Fondation de prévoyance B. _____ (défenderesse),
- Me Pache (pour Fondation de prévoyance K. _____),
- 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).

Le greffier :