

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 4 novembre 2024

Composition : Mme LIVET, présidente

Mmes Brélaz Braillard et Gauron-Carlin, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

M._____, à [...], demanderesse, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

V._____ **FONDATION DE PRÉVOYANCE**, à [...], défenderesse,

CAISSE DE PENSIONS J._____, à [...] , défenderesse.

Art. 23 let. a LPP.

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1972, a effectué l'essentiel de sa carrière professionnelle au service de H._____ jusqu'au 31 octobre 2007, en dernier lieu à un taux de 43 %, et était, dans le cadre de cet emploi, affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de pensions J._____. L'intéressée a en outre été employée du 1^{er} septembre 2007 au 30 septembre 2008 par X._____ SA, à un taux de 50 %, et était, à ce titre, affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de [...], dont le portefeuille en matière de prévoyance a été repris en 2013 par V._____ Fondation de prévoyance.

B. a) Le 25 novembre 2007, l'intéressée a été victime d'une chute de cheval. En incapacité de travail depuis lors, elle s'est annoncée le 19 juin 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour les suites de cet événement.

Dans ce contexte, un mandat d'expertise a été confié au Dr K._____, spécialiste en médecine générale. Aux termes de son rapport y relatif du 1^{er} octobre 2009, l'expert a posé les diagnostics incapacitants de traumatisme cranio-cérébral (TCC) et fracture occipitale gauche le 25 novembre 2007, avec troubles de l'équilibre sur déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, anosmie totale et parosmies post-traumatiques et dénutrition protéino-énergétique modérée. Au chapitre des atteintes non incapacitantes, l'expert a notamment signalé des gonalgies intermittentes sur troubles dégénératifs débutants. Pour le surplus, l'expert K._____ a retenu que l'activité de factrice n'était plus exigible mais que dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans travail en hauteur ou nécessitant des changements de postures itératifs, la capacité de travail était de 50 % depuis le 24 août 2009 et demeurerait susceptible d'amélioration en fonction de l'état de nutrition.

Par décision du 22 février 2011 faisant suite à un projet de décision du 5 octobre 2010, tous deux communiqués pour information à la Caisse de pensions J._____ et à V._____ Fondation de prévoyance, l'OAI, se fondant en particulier sur l'appréciation médicale susmentionnée et sur un statut de 50 % active et 50 % ménagère, a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2008, compte tenu d'un taux d'invalidité de 71,30 % (fondé sur des empêchements de 100 % pour la part active et de 42,60 % pour la part ménagère) et supprimé le droit à cette prestation avec effet au 1^{er} décembre 2009 - soit après trois mois d'amélioration depuis le 24 août 2009 - eu égard à un taux d'invalidité de 27,48 % (fondé sur des empêchements de 12,36% pour la part active et de 42,60 % pour la part ménagère). Cette décision n'a pas été contestée.

b) Le 3 février 2016, M._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant les suites de l'accident du 25 novembre 2007.

Dans ce cadre, le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ayant repris le suivi de l'assurée depuis le 10 novembre 2015, a fait parvenir différents rapports médicaux à l'OAI. Il en résultait que, selon ce médecin, l'événement du 25 novembre 2007 avait entraîné un TCC, un syndrome post-commotionnel, une anosmie totale et parosmie avec hypoguesie, une contusion labyrinthique avec déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, une paraparésie régressive sur site avec épisode régressif de paresthésies, une distorsion du genou droit, une plaie occipitale et une fracture occipitale gauche non déplacée. A cela s'ajoutaient un syndrome fémoro-patellaire droit avec chondropathie rotulienne de grade III et suspicion de lésion méniscale externe, et des troubles statiques des pieds (pieds plats) avec tendinopathie achilléenne et des péroniers latéraux droits en décembre 2015. Pour le Dr F._____, la capacité de travail - circonscrite à une activité occupationnelle - était de « ≤ 30 % » au moins depuis le mois de novembre 2015 mais anamnestiquement depuis le polytraumatisme de 2007 (rapports des 15 décembre 2015 et 11 février 2016).

Du 26 avril au 13 mai 2016, l'assurée a séjourné auprès de la Clinique [...] (ci-après : la R. _____), à l'initiative de la [...]. Aux termes du rapport de synthèse y relatif daté du 9 juin 2016, les Drs W. _____, S. _____ et C. _____, du Service de réadaptation en neurologie de ladite clinique, ont notamment retenu les diagnostics de chute à cheval le 25 novembre 2007 avec TCC modéré (associé à une encéphalomalacie touchant le versant antérieur du gyrus rectus des deux côtés et lésion focale temporale du gyrus temporal supérieur droit, une fracture occipitale gauche non déplacée, une plaie occipitale suturée, ainsi qu'une contusion labyrinthique avec déficit vestibulaire droit, dysfonction otolithique et composante phobique fonctionnelle), distorsion du genou droit, céphalées tensionnelles, fatigue et difficultés attentionnelles. Les spécialistes de la R. _____ ont notamment souligné que l'évaluation actuelle ne mettait en évidence aucun diagnostic sous l'angle psychiatrique. Sur la base de leurs constatations, ils ont estimé la capacité de travail à 100 %, avec une diminution du rendement à 80 % [sic] tenant compte d'une diminution de la résistance à la fatigue en lien avec le TCC.

Par avis médical du 4 mai 2017, le Dr Y. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a validé cette appréciation.

A teneur d'un rapport du 12 décembre 2017 à l'OAI, le Dr F. _____ a en particulier indiqué que le syndrome post-commotionnel et les troubles cognitifs demeuraient globalement stables. Il a également relevé que l'intéressée avait perdu dix kilos durant les mois de juillet et août 2017 en raison de problèmes conjugaux.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 décembre 2017, un statut de 100 % active a été reconnu à l'assurée.

Dans un rapport du 14 mars 2018 faisant suite à un bilan neuropsychologique réalisé sur mandat de l'OAI, B. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a fait état d'un trouble

neuropsychologique actuellement minimal et sans impact significatif sur la capacité de travail.

Par avis médical SMR du 9 mai 2018, le Dr Y._____ a retenu que l'assurée présentait depuis 2015 une capacité de travail entière avec un rendement d'au moins 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la R._____ et que les difficultés psychiques rapportées dans divers documents s'inscrivaient dans le contexte d'une crise conjugale n'ayant pas valeur de maladie.

Dans un rapport du 16 juillet 2019 à l'OAI, la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, psychologue spécialiste en psychothérapie, ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) dès l'entrée dans l'âge adulte, ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) dès 2015, étant pour le surplus renvoyé aux diagnostics retenus par le Dr F._____. La Dre P._____ et la psychologue D._____ ont attesté une incapacité de travail totale depuis le début du suivi en août 2017. Elles ont en particulier mentionné des idées suicidaires scénarisées et un épisode de passage à l'acte suicidaire par ingestion médicamenteuse dans le cadre d'un épisode dépressif en août 2017. Elles ont exposé que l'assurée n'exerçait pas d'activité à ce jour, ayant débuté en novembre 2018 une activité d'aide à l'intégration à 50 % mais ayant dû l'interrompre après deux semaines dans le contexte d'un épuisement progressif. Il était précisé qu'une activité à un taux d'environ 50 % pour des raisons psychiques serait envisageable à terme si la patiente sortait de son état dépressif actuel.

Par rapport du 30 mars 2020, la Dre P._____ et la psychologue D._____ ont précisé que l'assurée s'était montrée agitée avec des aspects hypomanes en fin d'année 2019, dans le contexte d'une relation amoureuse compliquée, mais qu'elle avait progressivement pu s'apaiser, l'humeur demeurant toutefois très labile avec une forte irritabilité et une anxiété importante. Quant à la capacité de travail, elle

était considérée comme nulle dans l'activité de factrice exercée auparavant, en raison des séquelles somatiques de l'accident de 2007 ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était décrite comme nulle depuis le 11 août 2017 et fixée à 50 % à compter du 15 août 2019.

Par avis médical du 28 avril 2020, le Dr Z. _____, du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé sur le plan somatique, relevant, d'une part, que les troubles de l'équilibre, l'anosmie, la parosmie et les troubles cognitifs limités étaient quasiment stables et estimant, d'autre part, que la capacité de travail évaluée par la R. _____ à 80 % dans une activité adaptée était réaliste. A cela s'ajoutait que les diagnostics sur le plan articulaire étaient peu étayés et n'étaient associés à aucune limitation fonctionnelle objectivée par des données cliniques. L'état psychique avait en revanche nettement évolué avec une assurée hypomane à plusieurs reprises, présentant une évolution en dents de scie. Cela étant, le Dr Z. _____ a préconisé de suivre l'évaluation de la psychiatre traitante et de retenir une capacité de travail nulle depuis le 11 août 2017, puis de 50 % depuis le 15 août 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Lors d'une permanence SMR du 26 juin 2020, le Dr Z. _____ a confirmé cette appréciation.

Par deux décisions datées du 7 octobre 2020 faisant suite à un projet de décision du 13 juillet 2020, tous communiqués pour information à la Caisse de pensions J. _____ et à V. _____ Fondation de prévoyance, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2017 au 31 décembre 2018, puis à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 novembre 2019 et à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2019. Rappelant que le droit à une rente entière d'invalidité reconnu dès le 1^{er} novembre 2008 avait pris fin au 30 novembre 2009 compte tenu d'un taux d'invalidité de 27,48 %, l'office a retenu que l'état de santé de l'intéressée n'avait ensuite pas connu d'aggravation significative avant le 11 août 2017, des suites d'une nouvelle atteinte à la santé empêchant toute

activité professionnelle, et qu'une activité professionnelle adaptée était exigible à un taux de 50 % à compter du 15 août 2019. Sur cette base, l'OAI a considéré que le droit à un quart de rente était ouvert depuis le 1^{er} octobre 2017 compte tenu d'une invalidité moyenne calculée sur douze mois, suivi d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2019, puis d'une demi-rente à partir 1^{er} décembre 2019 (soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé, eu égard à un taux d'invalidité de 55 %).

Le 6 novembre 2020, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions précitées, la cause étant enregistrée sous la référence AI 355/20.

c) M._____, sous la plume de son conseil Me Jean-Michel Duc, ayant réclamé des prestations d'invalidité auprès de V._____ Fondation de prévoyance en date du 6 novembre 2020, ladite institution de prévoyance, par courrier du 20 novembre 2020, a répondu que l'assurée avait été affiliée du 1^{er} septembre 2007 au 30 novembre 2009 et que l'incapacité de travail survenue postérieurement, le 11 août 2017, en lien avec une nouvelle atteinte à la santé ne serait pas prise en charge.

C. Par demande du 28 janvier 2021, M._____, par l'entremise de Me Jean-Michel Duc, a ouvert action devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre V._____ Fondation de prévoyance et la Caisse de pensions J._____, concluant à ce que V._____ Fondation de prévoyance, respectivement la Caisse de pensions J._____, soient condamnées à lui allouer une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} août 2016, calculée selon la législation et les règlements applicables, avec intérêts moratoires calculés à dire de justice, sous déduction des prestations qui auraient été versées jusqu'alors par la Caisse de pensions J._____, respectivement V._____ Fondation de prévoyance. Sur le fond, la demanderesse a, en substance, invoqué ses rapports de travail avec H._____ et X._____ SA et les rapports d'affiliation en découlant auprès de la Caisse de pensions J._____ et de V._____ Fondation de prévoyance, en lien avec les suites de la chute de cheval du 25 novembre 2007 et les décisions de l'OAI du 7 octobre 2020.

Dans sa réponse du 3 mars 2021, la Caisse de pensions J._____ a conclu au rejet de la demande. Elle a essentiellement décliné sa responsabilité au motif que l'affiliation de la demanderesse avait pris fin au 31 octobre 2007, celle-ci étant assurée auprès de V._____ Fondation de prévoyance lors de l'accident du 25 novembre 2007 ; un refus de prester en lien avec les conséquences de cet événement avait, du reste, été signifié à l'intéressée le 11 avril 2011, sans contestation de sa part. Il s'ensuivait que même à admettre une relation de connexité matérielle étroite entre l'incapacité de travail survenue le 25 novembre 2007 et celle constatée à compter du 11 août 2017, la Caisse de pensions J._____ n'était pas tenue de verser des prestations. Au dossier communiqué par la défenderesse figuraient notamment :

- un avis de sortie au 31 octobre 2007 adressé à la demanderesse par la Caisse de pensions J._____ en date du 5 novembre 2007 ;

- une communication du 11 avril 2011 de la Caisse de pensions J._____, faisant savoir à l'assurée qu'elle lui refusait le versement de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, dès lors que le rapport d'affiliation avait pris fin au 31 octobre 2007 et que l'intéressée avait ensuite été assurée auprès de V._____ Fondation de prévoyance à compter du 1^{er} novembre 2007, situation qui prévalait lorsque l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité avait débuté.

Par réponse du 4 mars 2021, V._____ Fondation de prévoyance a également conclu au rejet de la demande. Elle a, en résumé, relevé que les rapports d'affiliation avaient pris fin au 30 novembre 2009 (ainsi qu'il était mentionné dans un décompte de sortie du 17 juin 2011 joint en annexe), que la demanderesse présentait depuis le 1^{er} décembre 2009 une capacité de gain de 88 % et que l'incapacité de travail reconnue à compter du 11 août 2017, huit ans après la fin de l'affiliation, découlait d'une nouvelle atteinte à la santé. Tant la connexité temporelle que la

connexité matérielle devaient ainsi être réfutées, de sorte qu'il n'y avait pas lieu au versement de prestations dans le cas particulier.

Les parties défenderesses ont maintenu leurs arguments respectifs dans leurs écritures subséquentes des 18 mars, 11 mai et 3 juin 2021. V._____ Fondation de prévoyance a en particulier précisé, par détermination du 11 mai 2021, qu'elle s'était déterminée sur sa propre compétence par courrier du 11 avril 2011 après réception de la décision de l'assurance-invalidité du 22 février 2011, et avait, à cette occasion, refusé d'octroyer des prestations.

Par écriture du 8 juin 2021, la demanderesse a fait valoir qu'elle n'avait pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle durable et régulière depuis les emplois occupés auprès de H._____ et X._____ SA, que tant l'expert K._____ que le Dr F._____ avaient attesté les séquelles incapacitantes de l'accident du 25 novembre 2007 et que le lien de connexité temporelle devait donc être admis. Invoquant par ailleurs les appréciations émises par le Dr F._____, la Dre P._____ et la psychologue D._____, la demanderesse a argué que ses troubles psychiatriques étaient « *en grande partie directement liés* » à l'accident susdit et que le lien de connexité matérielle devait conséquemment être validé ; à cet égard, la demanderesse a souligné que la position contraire défendue par le SMR et l'OAI était contestée.

Faisant part de ses déterminations le 21 juin 2021, la Caisse de pensions J._____ a confirmé son point de vue.

En date du 14 juillet 2021, la demanderesse a persisté dans ses motifs et conclusions et produit les pièces suivantes :

- un rapport du 10 juin 2021 établi par la Dre P._____ et la psychologue D._____, retenant que l'accident de 2007 et ses conséquences avaient significativement impacté la stabilité psychique de l'intéressée avec une fragilisation des défenses, une aggravation du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et

l'installation progressive d'un trouble dépressif récurrent, rien n'incitant par ailleurs à penser que la capacité de travail aurait pu être réduite sans cet accident ;

- un rapport du Dr F._____ du 18 juin 2021, indiquant que l'accident du 25 novembre 2007 avait conduit à une détérioration significative de l'état psychique de la patiente et que, sans cet événement, l'intéressée aurait conservé une pleine capacité de travail.

Se déterminant le 16 août 2021, V._____ Fondation de prévoyance a pour l'essentiel maintenu son refus de prester, faute de lien de connexité temporelle et matérielle.

Par écriture du 30 août 2021, la demanderesse a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de trancher la question de la connexité matérielle, invoquant d'une part les éléments relevés dans ce sens par la Dre P._____ et la psychologue D._____ le 10 juin 2021 et par le Dr F._____ le 18 juin 2021, et soulignant d'autre part l'absence d'instruction sur le plan psychique dans le cadre de la première demande déposée auprès de l'OAI nonobstant une détérioration de l'état psychique constatée à l'époque. Pour le reste, la demanderesse a réitéré qu'il y avait lieu d'admettre l'existence d'un lien de connexité temporelle et matérielle dans la présente affaire ; elle a, en particulier, relativisé l'appréciation du Dr Z._____ du SMR sous l'angle de la connexité matérielle en lien avec ses troubles psychiques, faisant valoir qu'il s'agissait d'un médecin généraliste français non praticien, ne disposant pas d'une autorisation de pratiquer sur sol suisse et n'ayant pas qualité de membre de la Fédération des médecins suisses.

Prenant position le 9 novembre 2021, la Caisse de pensions J._____ a renvoyé à ses précédentes déterminations.

Par actes des 16 novembre 2021, 16 décembre 2021 et 21 janvier 2022, V._____ Fondation de prévoyance a pour l'essentiel maintenu son positionnement.

Aux termes de déterminations des 2 décembre 2021 et 6 janvier 2022, la demanderesse a repris, en substance, l'argumentaire développé dans ses précédentes écritures.

D. Par arrêt du 12 mai 2023 (cause AI 355/20 - 132/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours de M. _____ et réformé les décisions rendues par l'OAI le 7 octobre 2020, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2018 au 30 novembre 2019 puis d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2019.

Statuant le 19 février 2024 (cause 8C_402/2023) sur le recours interjeté par M. _____, la IV^e Cour de droit public du Tribunal fédéral a annulé l'arrêt précité et renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour mise en œuvre de débats publics et nouvelle décision.

Après avoir repris l'instruction de la cause et mis en œuvre des débats publics, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 11 juin 2024 (cause AI 75/24 ap. TF - 175/2024), partiellement admis le recours de M. _____ et réformé les décisions du 7 octobre 2020, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2018 au 30 novembre 2019 puis d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2019. La juridiction cantonale a en particulier retenu qu'il y avait lieu de s'en tenir à l'appréciation du Dr Z. _____ du SMR validant, sur le plan somatique, les conclusions des médecins de la R. _____ et reprenant, sur le plan psychique, l'évaluation émise au cours de la procédure administrative par la Dre P. _____ et la psychologue D. _____ (consid. 9, 10 et 11). Il en résultait un taux d'invalidité de 20 % en lien avec les troubles somatiques invoqués depuis 2016, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, et, compte tenu de la survenance de troubles (psychiques) nouveaux par rapport aux atteintes prises en considération lors de la précédente décision du 22 février 2011, un taux d'invalidité de 100 % depuis le 1^{er} août 2018 puis de 50 % dès le 1^{er}

décembre 2019, ouvrant le droit aux prestations correspondantes de l'assurance-invalidité (consid. 13). Cet arrêt n'a pas été contesté.

Le 25 octobre 2024, la demanderesse a transmis à la juridiction cantonale les décisions d'octroi de rente rendues le 16 octobre 2024 par l'OAI ensuite de l'arrêt du 11 juin 2024.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 73 al. 3 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), 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.

Lorsqu'une action est simultanément ouverte contre plusieurs institutions de prévoyance auprès desquelles la personne assurée a été affiliée successivement et que l'objet du procès est, notamment, de déterminer laquelle est tenue de prester, le tribunal compétent selon l'art. 73 al. 3 LPP à l'égard de l'une des défenderesses l'est à l'égard de toutes les autres (ATF 133 V 491 consid. 4 ; TF 9C_41/2012 du 12 mars 2012 consid. 3.4).

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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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) L'action de la demanderesse, formée devant le tribunal compétent à raison du siège de l'une des deux institutions de prévoyance défenderesses, est recevable en la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, les conclusions de la demande introduite par M. _____, qui déterminent l'objet du litige (ATF 139 V 176 consid. 5.1 ; 135 V 23 consid. 3.1), portent sur le droit de la demanderesse au versement, alternativement par l'une des deux défenderesses, d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à compter du 1^{er} août 2016 (cf. demande du 28 janvier 2021 p. 6).

A cet égard, en tant que la demanderesse soutient plus particulièrement avoir ouvert action en janvier 2021 dans le but d'interrompre la prescription (cf. demande du 28 janvier 2021 p. 4), il y a lieu de noter, à titre superfétatoire, que les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des prestations périodiques (art. 41 al. 2 LPP), ce qui vise en particulier les arrérages de rente (Sylvie Pétremand, in Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [édit.], Commentaire LPP et LFLP, 2^e édition, Berne 2020, n° 21 ad art. 41 LPP).

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, première phrase, 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 147 V 146 consid. 5.2.2).

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 72 consid. 4.1). 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 129 V 73 consid. 4.2.2).

Lorsque la personne assurée exerce son activité lucrative à temps partiel, toutefois, le degré d'invalidité fixé par l'office AI est contraignant vis-à-vis de la prévoyance professionnelle uniquement pour ce qui concerne la partie lucrative (ATF 144 V 72 consid. 4.2 et les références citées).

c) Lorsque l'institution de prévoyance a adopté une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient en revanche de statuer librement, selon ses propres règles. Elle peut certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle n'est pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 138 V 409 consid. 3.1 et les références citées).

4. a) 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'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ce moment ne coïncide pas avec la naissance du

droit à la rente dans l'assurance-invalidité, mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.1 ; 123 V 262 consid. 1b). L'incapacité de travail s'évalue, dans ce contexte, en fonction de la diminution de rendement fonctionnel dans le métier exercé précédemment et est pertinente si elle s'élève à 20 % au moins (ATF 144 V 58 consid. 4.4).

La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est alors tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a). Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation de connexité étroite. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 130 V 270 consid. 4.1).

b) 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 (ATF 138 V 409 consid. 6.2). En cas d'invalidité due à une atteinte à la santé psychique, cela implique, comme pour une atteinte à la santé physique, 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).

c) 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).

En d'autres termes, il faut 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. Cette question doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce - telles que 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 déjà, 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).

La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail initiale et l'invalidité survenue ultérieurement se définit 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). A cet égard, la jurisprudence retient que la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité adaptée pendant plus de trois mois et que celle-ci lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 144 V 58 consid. 4.4 ; 134 V 20 consid. 5.3 ; TF 9C_678/2023 du 28 mai 2024 consid. 6.1 ; TF 9C_214/2019 du 12 décembre 2019 consid. 4.2 ; TF 9C_465/2018 du 30 janvier 2019 consid. 3.2 ; TF 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 2 et les références). Une capacité de travail de 80 % ne suffit pas pour interrompre le lien de connexité temporelle (ATF 144 V 58 consid. 4.5 ; TF 9C_533/2017 du 28 mai 2018 consid. 2.1.2).

d) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et les références citées).

5. En l'occurrence, les points litigieux doivent être examinés indépendamment de l'appréciation retenue en matière d'assurance-invalidité (principe, taux et début du droit), dès lors que les défenderesses n'ont pas participé à la procédure de recours contre les décisions de l'OAI du 7 octobre 2020 et que l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 11 juin 2024 ne leur a pas été communiqué (ATF 132 V 1 consid. 3.3.2 ; voir également TF 9C_819/2018 du 28 mai 2019 consid. 3.2).

6. A ce stade, il y a lieu de déterminer si l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, au sens de l'art. 23 let. a LPP,

est survenue au cours d'un rapport de prévoyance visant l'une des deux défenderesses.

Il convient plus précisément de déterminer auprès de quelle institution de prévoyance la demanderesse était affiliée au moment de la chute de cheval survenue le 25 novembre 2007, dont les suites incapacitantes ont conduit à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une période limitée dans le temps – soit du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2009 – et dont l'intéressée soutient qu'elles lui permettraient de prétendre à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle à compter du 1^{er} août 2016.

a) L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 10 al. 1 LPP) et cesse en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP).

Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (art. 10 al. 3 LPP). En cas de double assurance proprement dite, soit lorsque le salarié a commencé son nouveau travail avant même que les précédents rapports de travail n'aient pris fin, il n'y a pas de maintien de la couverture d'assurance pour ce qui est de la prévoyance professionnelle obligatoire, de telles doubles assurances n'étant pas admissibles. Si un cas de prévoyance survient durant cette période, c'est l'institution de prévoyance du nouvel employeur qui doit fournir les prestations, même si elles devaient être inférieures à celles de l'ancienne institution. Il convient toutefois de distinguer de la double assurance proprement dite les cas dans lesquels l'assuré exerce deux activités lucratives équivalentes et perçoit pour toutes les deux le salaire minimum de l'art. 7 al. 1 LPP : le salarié est alors obligatoirement assuré par les institutions de prévoyance des deux employeurs et, si l'un des deux rapports de prévoyance prend fin, la couverture d'assurance correspondante est maintenue pendant un mois.

En revanche, en matière de prévoyance étendue, aucun principe juridique ou disposition légale ne permet d'asseoir une interdiction générale de la double assurance (voir Jürg Brechbühl/Maya Geckeler Hunziker, in Schneider/Geiser/Gächter, op. cit., n° 32 ad art. 10 LPP).

b) Pour ce qui est de la Caisse de pensions J._____, il convient de rappeler que la demanderesse a travaillé à H._____ jusqu'au 31 octobre 2007, en dernier lieu à 43 %, et qu'elle a débuté en parallèle, le 1^{er} septembre 2007, une activité auprès de X._____ SA, à 50 %. Sur la base de ces éléments, il y a lieu de retenir que la fin des rapports de travail avec H._____, le 31 octobre 2007, a également marqué la fin de l'affiliation auprès de la Caisse de pensions J._____ (art. 10 al. 2 let. b LPP ; voir également art. 8 al. 2 du Plan de prévoyance de la Caisse de pensions J._____ selon le système de la primauté des cotisations, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2006 applicable à l'époque).

La Cour de céans considère en particulier qu'un maintien de la couverture d'assurance auprès de la Caisse de pensions J._____ durant un mois supplémentaire (art. 10 al. 3 LPP ; art. 8 al. 3 du plan de prévoyance susdit), soit jusqu'au 30 novembre 2007, ne peut pas être admis. Il faut souligner à cet égard que l'assurée ne dément pas avoir accepté un nouvel emploi auprès de X._____ SA qui débutait au 1^{er} septembre 2007 « *avant la fin du délai de résiliation de 3 mois* » vis-à-vis de H._____ au 31 octobre 2007 (cf. réponse de la Caisse de pensions J._____ du 3 mars 2021 p. 6 ; cf. déterminations de la demanderesse du 8 juin 2021 p. 5). Elle a, en d'autres termes, commencé sa nouvelle activité avant même que les précédents rapports de travail n'aient pris fin. *A contrario*, l'intéressée ne soutient pas - et, à plus forte raison, ne démontre pas - qu'elle aurait à l'époque cherché à cumuler durablement deux emplois équivalents à temps partiel ; on soulignera sur ce point, à l'instar de la Caisse de pensions J._____ (cf. réponse du 3 mars 2021 p. 5), que c'est bien un statut de travailleuse à temps partiel qui a été reconnu à la demanderesse lors de sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité. La situation examinée est ainsi assimilable à une double assurance proprement dite. Celle-ci n'étant pas autorisée dans le

régime de la prévoyance obligatoire et n'étant pas davantage prévue du point de vue de la prévoyance étendue dans le règlement de la Caisse de pensions J._____ (état au 1^{er} janvier 2005, applicable aux faits ici concernés), il ne saurait, dans ces conditions, y avoir de maintien de la couverture d'assurance au-delà du 31 octobre 2007. L'intéressée n'a, au demeurant, pas contesté la fin de l'affiliation à la date susdite lorsque celle-ci lui a été signifiée le 5 novembre 2007 puis le 11 avril 2011.

Dans la mesure où il apparaît que le rapport d'affiliation auprès de la Caisse de pensions J._____ a pris fin le 31 octobre 2007, force est d'admettre que la demanderesse n'était par conséquent plus affiliée auprès de ladite institution lors de l'accident de cheval du 25 novembre 2007. Partant, la Caisse de pensions J._____ ne saurait être tenue de prêter pour une éventuelle invalidité survenue en lien avec les suites de cet accident. Sous cet angle, les conclusions de la demanderesse doivent donc être rejetées.

c) S'agissant de l'affiliation à V._____ Fondation de prévoyance, celle-ci a débuté le 1^{er} septembre 2007 avec la prise d'activité auprès de X._____ SA (art. 10 al. 1 LPP). La résiliation des rapports de travail est intervenue au 30 septembre 2008 et V._____ Fondation de prévoyance a mis fin au rapport de prévoyance avec effet au 30 novembre 2009, à la suite de la décision de l'OAI du 22 février 2011 octroyant à l'intéressée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2009 (cf. décompte de sortie du 17 juin 2011 ; cf. également courrier du 20 novembre 2020 et réponse du 4 mars 2021 [p. 4] de V._____ Fondation de prévoyance), ce qui n'est pas non plus remis en question dans la présente affaire.

La demanderesse était donc affiliée auprès de la défenderesse V._____ Fondation de prévoyance lors de l'accident subi le 25 novembre 2007, dont les suites incapacitantes ont conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2009.

7. Cela posé, il reste à examiner si la demanderesse peut se prévaloir d'une invalidité subséquente présentant un lien de connexité temporelle et matérielle avec l'incapacité de travail survenue lors de l'affiliation à V. _____ Fondation de prévoyance.

a) Pour ce faire, il y a lieu de se référer aux pièces produites dans le cadre de la présente procédure, ainsi qu'aux éléments résultant de la procédure administrative en matière d'assurance-invalidité (résumés notamment dans l'arrêt rendu le 11 juin 2024 par la juridiction cantonale [CASSO AI 75/24 ap. TF - 175/2024 let. A et B]) dont la demanderesse comme la défenderesse V. _____ Fondation de prévoyance ont de toute évidence - compte tenu des documents cités et invoqués à l'appui de leurs écritures respectives - eu connaissance, quand bien même l'appréciation faite en matière d'assurance-invalidité ne peut être considérée comme contraignante dans le présent contexte (cf. consid. 5 supra).

Quant aux éléments issus de la procédure judiciaire en matière d'assurance-invalidité, tels qu'ils résultent de l'arrêt rendu le 11 juin 2024 (CASSO AI 75/24 ap. TF - 175/2024 let. C et D), et qui n'ont pas été communiqués à la partie défenderesse si bien qu'il ne peut en être tenu compte dans la présente affaire, ils n'apparaissent pas revêtir, en tout état de cause, une importance décisive pour l'issue de l'affaire, comme cela pourra être vu ci-après (consid. 7b/aa et bb infra).

b) La question du lien de connexité matérielle doit, dans le cas particulier, être tranchée par le biais d'une comparaison entre l'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale, d'une part, et le tableau clinique ayant fait l'objet dès 2016 d'une nouvelle procédure auprès des autorités compétentes en matière d'assurance-invalidité (aboutissant aux décisions rendues le 7 octobre 2020 par l'OAI puis à l'arrêt subséquent de la Cour de céans du 11 juin 2024), d'autre part.

aa) Il est constant que la chute de cheval survenue le 25 novembre 2007 a engendré une incapacité de travail en lien avec des atteintes somatiques. L'expert K._____ a plus particulièrement retenu, dans son rapport d'expertise du 1^{er} octobre 2009 à l'attention de l'OAI, que l'accident en question avait provoqué des atteintes incapacitantes sous forme de TCC et fracture occipitale gauche, avec troubles de l'équilibre sur déficit vestibulaire périphérique droit et dysfonction otolithique, anosmie totale, parosmies post-traumatiques et dénutrition protéino-énergétique modérée, ces troubles induisant une capacité de travail nulle dans l'activité de [...] et, depuis le 24 août 2009, de 50 % dans une activité adaptée. C'est sur cette base qu'a été rendue la décision de l'OAI du 22 février 2011 allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2008 et y mettant fin à compter du 1^{er} décembre 2009 - ces éléments n'étant, du reste, pas litigieux en tant que tels dans le présent contexte. V._____ Fondation de prévoyance soutient, au demeurant, avoir refusé l'octroi de prestations en faveur de la demanderesse après réception de la décision d'octroi de rente rendue le 22 février 2011 par l'OAI (cf. écriture de V._____ Fondation de prévoyance du 11 mai 2021 p. 2), ce que cette dernière ne conteste pas.

Pour ce qui est du tableau clinique invoqué depuis 2016 devant les organes de l'assurance-invalidité, il appert que le Dr F._____ a signalé, entre autres diagnostics, la persistance des séquelles physiques de l'accident du 25 novembre 2007 et a fait état, globalement, d'une capacité de travail égale ou inférieure à 30 % s'inscrivant dans le cadre d'une activité occupationnelle et remontant anamnestiquement au traumatisme de 2007 (cf. rapports du Dr F._____ des 15 décembre 2015, 11 février 2016 et 17 décembre 2017). Force est de constater que les propos du Dr F._____ ne reposent sur aucune analyse concrète permettant de comprendre objectivement en quoi l'incapacité de travail résultant des atteintes somatiques induites par l'accident du 25 novembre 2007 aurait évolué depuis le tableau dressé en 2009 par l'expert K._____. Au cours de la présente procédure judiciaire, le Dr F._____ s'est du reste uniquement exprimé sur le volet psychiatrique, sans revenir sur l'impact des troubles somatiques liés à l'accident du 25 novembre

2007 (cf. rapport du 18 juin 2021). En ce sens, l'avis exprimé par le Dr F._____ est insuffisant pour fonder un quelconque lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail initiale découlant des séquelles physiques de l'accident du 25 novembre 2007 et une invalidité actuelle.

Les troubles physiques en question ont par ailleurs été examinés par les médecins de la R._____ dans leur rapport du 9 juin 2016, à la base de l'appréciation ultérieurement retenue par l'OAI (cf. avis médicaux SMR des 4 mai 2017, 9 mai 2018 et 28 avril 2020). Plus précisément, les spécialistes de la R._____ ont expliqué que l'événement du 25 novembre 2007 avait entraîné un TCC modéré (associé à une encéphalomalacie touchant le versant antérieur du gyrus rectus des deux côtés et lésion focale temporale du gyrus temporal supérieur droit, une fracture occipitale gauche non déplacée, une plaie occipitale suturée, ainsi qu'une contusion labyrinthique avec déficit vestibulaire droit, dysfonction otolithique et composante phobique fonctionnelle), une distorsion du genou droit, des céphalées tensionnelles, de la fatigue, ainsi que des difficultés attentionnelles et qu'il en résultait, après examen du cas, une capacité de travail totale dans une activité professionnelle adaptée, avec une diminution de rendement de 20 %. De telles conclusions ne permettent pas d'asseoir un lien de connexité matérielle dans la présente affaire. En effet, il convient de rappeler que la connexité matérielle présuppose que l'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale soit la même que celle induisant l'invalidité ultérieure entraînant le droit à des prestations (dans ce sens Marc Hürzeler, in Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [édit.], Commentaire LPP et LFLP, 2^e édition, Berne 2020, n° 26 ad art. 23 LPP ; voir également TFA B 48/05 du 25 avril 2006 consid. 4). Toutefois, lorsque l'atteinte à la santé initialement incapacitante perdure certes mais n'induit finalement pas ou plus d'invalidité significative, la question de la connexité matérielle ne se pose pas. Tel est précisément le cas en l'espèce, en application par analogie des principes développés en matière d'assurance-invalidité - les notions topiques correspondant à celles résultant du règlement de la défenderesse (voir notamment art. 19 du règlement de prévoyance au 1^{er} janvier 2017) - pour calculer le taux

d'invalidité (voir, pour des cas d'application, TF 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7 et TF 9C_537/2016 du 1^{er} décembre 2016 consid. 5.2 ; voir également ATF 144 V 72 consid. 4.3). Ainsi, il apparaît que l'absence d'activité stable durant plusieurs années justifie l'usage exclusif de données statistiques pour déterminer la perte de gain, de sorte que le taux de l'invalidité se confond *in casu* avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 et les références citées). A cela s'ajoute que la diminution de rendement de 20 % peut être directement imputée sur la pleine capacité de travail exigible de l'assurée sans autre abattement liés aux limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_759/2018 du 18 février 2019 consid. 2 et les références citées). Il découle de ces éléments que les troubles somatiques résultant de l'accident du 25 novembre 2007, tels qu'évalués par les spécialistes de la R. _____, donnent tout au plus lieu à une invalidité de 20 %, inférieure au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité tant selon l'art. 23 let. a LPP que selon les dispositions réglementaires délimitant l'activité de la défenderesse (notamment art. 19.5 du règlement de prévoyance au 1^{er} janvier 2017). En d'autres termes, quand bien même les atteintes à la santé physique de la demanderesse induites par l'accident du 25 novembre 2007 perdurent, elles ne causent de toute façon pas d'invalidité significative, si bien que la question de la connexité matérielle ne se pose pas.

Par surabondance, l'évaluation faite en matière d'assurance-invalidité – bien qu'elle ne puisse être tenue pour déterminante *in casu* (cf. consid. 5 supra) – ne permet pas d'aboutir à un autre constat : les séquelles physiques de l'accident du 25 novembre 2007 n'ont en effet pas donné lieu à prestation ou plus spécifiquement à une rente de l'assurance-invalidité, l'invalidité retenue dans ce contexte correspondant au taux de 20 % retenu ci-avant (cf. CASSO AI 75/24 ap. TF - 175/2024 du 11 juin 2024 consid. 9 et 13).

Ainsi, pour ce qui est des troubles physiques en cause, l'un des termes de comparaison nécessaires à l'examen de la connexité matérielle

- à savoir l'existence d'une atteinte à la santé subséquente ouvrant le droit aux prestations d'invalidité - n'est donc pas donné.

bb) Sous l'angle psychique, on observe qu'aucune incapacité de travail n'a, à cet égard, été attestée au cours de l'affiliation de la demanderesse auprès de V._____ Fondation de prévoyance. Si l'intéressée invoque en particulier un rapport du 3 septembre 2008 de la Dre G._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, indiquant que « *Sur le plan psychologique, la patiente décompense totalement : les repas pris en famille sont de plus en plus difficilement supportables sur le plan psychologique et cette situation commence également à se répercuter sur le comportement alimentaire du fils de la patiente. Il est donc également important que dans ce contexte, votre patiente soit prise en charge sur le plan psychique par un comportementaliste. [...]* » et se prévaut encore d'une baisse de moral consignée dans le rapport d'enquête économique du 3 septembre 2010 (cf. déterminations du 30 août 2021 p. 8), il n'en demeure pas moins que de tels éléments évocateurs d'une dégradation sur le plan psychologique n'équivalent pas pour autant à la reconnaissance de troubles psychiques spécifiques emportant une incapacité de travail. On soulignera à cet égard qu'une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pas pour le rattachement selon l'art. 23 LPP (TFA B 49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3). Les critiques émises par la recourante en lien avec l'absence d'investigations sur le plan psychique dans le cadre de sa première demande à l'assurance-invalidité (cf. déterminations du 30 août 2021) ne reposent, en définitive, sur aucun élément concret laissant suspecter une incapacité de travail relevant du volet psychiatrique au cours des rapports d'affiliation et ne sont, dès lors, pas pertinentes pour l'issue du litige.

A cela s'ajoute que lors du séjour effectué en 2016 à la R._____, l'évaluation médicale n'a mis en évidence aucun diagnostic sous l'angle psychiatrique et, *a fortiori*, aucune incapacité de travail relevant de la sphère psychique et susceptible d'être mise en relation avec l'événement du 25 novembre 2007 ou, plus généralement, avec la

période d'assurance auprès de la défenderesse (cf. rapport de synthèse du 9 juin 2016).

Ce n'est qu'à compter de l'été 2019 que la psychiatre P._____ et la psychologue D._____ ont adressé à l'OAI des comptes-rendus posant les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) dès l'entrée dans l'âge adulte, ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) dès 2015, attestant à cet égard une incapacité de travail totale depuis le début du suivi en août 2017 et évoquant une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le mois d'août 2019 (cf. rapports des 16 juillet 2019 et 30 mars 2020). Il est vrai que ces praticiennes ont précisé, au cours de la présente procédure, que l'accident de 2007 et ses conséquences avaient significativement impacté la stabilité psychique de l'intéressée et que rien n'incitait à penser que la capacité de travail aurait subi une diminution sans l'accident (cf. rapport du 10 juin 2021), position également défendue par le Dr F._____ (cf. rapport du 18 juin 2021). A cet égard, on notera que si la preuve suffisante d'une limitation de la capacité fonctionnelle de travail déterminante sous l'angle du droit de la prévoyance professionnelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2) ne suppose pas forcément l'attestation médicale d'une incapacité de travail "en temps réel" ("*echtzeitlich*"), il reste que des considérations subséquentes et des suppositions spéculatives, comme par exemple, une incapacité médico-théorique établie rétroactivement après bien des années, ne suffisent pas. L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur les rapports de travail ; en d'autres termes, la diminution de la capacité fonctionnelle de travail doit s'être manifestée sous l'angle du droit du travail, notamment par une baisse des prestations dûment constatée, un avertissement de l'employeur ou une accumulation d'absences du travail liées à l'état de santé (TF 9C_428/2022 du 10 février 2023 consid. 2.2 et la référence citée). En l'occurrence, de tels éléments concrets font manifestement défaut et les considérations émises par la psychiatre P._____ et la psychologue D._____ plusieurs années après les faits déterminants ne peuvent donc être tenues pour convaincantes.

Au surplus, même à admettre que les troubles psychiques aient été causés ou influencés par les souffrances physiques de l'assurée (dans le contexte d'une "*situation pesant sur le moral*"), il ne s'agirait pas là d'un élément suffisant pour admettre - au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées) - un lien de connexité matérielle entre les atteintes physiques et les troubles psychiques, en l'absence d'un arrêt de travail documenté pour des motifs psychiques pendant les rapports d'assurance (TF 9C_731/2016 du 14 juillet 2017 consid. 5.1 et les références citées).

Quant aux critiques de la demanderesse visant à relativiser l'appréciation du Dr Z._____ du SMR en lien avec l'origine de ses troubles psychiques (cf. déterminations du 30 août 2021 p. 7), force est d'admettre que les considérations émises par ce médecin ne sont en tout état de cause pas décisives pour trancher la présente problématique, si bien que les questions liées à ses compétences professionnelles importent peu. Au surplus, il y a lieu de noter que la demanderesse a émis des griefs analogues dans le cadre de la procédure judiciaire en matière d'assurance-invalidité et que la juridiction cantonale les a écartés (cf. CASSO AI 75/24 ap. TF - 175/2024 du 11 juin 2024 consid. 8).

Il suit de là que la connexité matérielle doit être niée entre l'incapacité de travail initiale engendrée par l'accident du 25 novembre 2007 et les troubles psychiques subséquents - attestés comme incapacitants dès le mois d'août 2017 - à l'origine de l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Au demeurant, on notera que les éléments retenus à l'appui de l'évaluation faite en matière d'assurance-invalidité (cf. décisions de l'OAI du 7 octobre 2020 et arrêt CASSO AI 75/24 ap. TF - 175/2014 consid. 10 et 13), certes non contraignante (cf. consid. 5 supra), corroborent ce constat.

c) Dès lors que le lien de connexité matérielle n'est pas donné, que ce soit sous l'angle physique ou psychique, l'analyse du lien de connexité temporelle s'avère donc superflue.

En particulier, il n'y a pas lieu de trancher le point de savoir si la capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % reconnue à la demanderesse sur le plan physique doit ou non être assimilée, du point de vue de la connexité temporelle en matière de prévoyance professionnelle, à une capacité de travail de 80 % insuffisante pour rompre le lien de connexité temporelle (cf. consid. 4c supra).

On relèvera par ailleurs, en tout état de cause, que la référence faite par la défenderesse V. _____ Fondation de prévoyance à la capacité de gain de la demanderesse à l'issue de la décision de l'OAI du 22 février 2011 (cf. en particulier réponse du 4 mars 2021 p. 5) - soit 88 % pour la part active, seule déterminante du point de vue de la prévoyance professionnelle compte tenu du statut de travailleuse à temps partiel reconnu à l'époque à l'assurée (cf. consid. 3b supra) - apparaît manifestement erronée puisque la jurisprudence renvoie expressément, à cet égard, à la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (cf. consid. 4c supra) et non à la capacité de gain.

d) A défaut d'un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail ayant débuté durant la période de couverture par l'institution de prévoyance défenderesse et l'invalidité subséquente, V. _____ Fondation de prévoyance n'est conséquemment pas tenue de prêter en faveur de la demanderesse à partir du 1^{er} août 2016.

e) Comme démontré ci-dessus, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de céans de statuer à satisfaction de droit. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la réquisition de la demanderesse tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) En conclusion, la demande s'avère mal fondée et doit par conséquent être rejetée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP), ni d'allouer des dépens à la partie demanderesse, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 LPA-VD). Les parties défenderesses, qui ont procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'ont pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. La demande formée le 28 janvier 2021 par M._____ est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour M._____),
- V._____ Fondation de prévoyance,
- Caisse de pensions J._____,

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 :