

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 12 juin 2014

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Merz et M. Bidiville, assesseur  
Greffier        :     M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à Coppet, demanderesse, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

**Z.**\_\_\_\_\_, à Renens, défenderesse, représentée par Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève.

---

**Art. 23 al. 1, 26 et 73 LPP ; 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** La demanderesse, L.\_\_\_\_\_, née le 14 juillet 1982, titulaire d'un master en biologie, a travaillé pour S.\_\_\_\_\_ puis pour la société F.\_\_\_\_\_ en qualité de coordinatrice d'assistance du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 30 novembre 2007. Dans le cadre de ce contrat de travail, elle était affiliée à la Z.\_\_\_\_\_, défenderesse.

Selon le rapport d'employeur du 12 février 2009, le contrat de travail a été résilié à cause des absences de la demanderesse. Selon une attestation du 16 janvier 2009 de G.\_\_\_\_\_, perte de gain, les indemnités journalières suivantes ont été versées:

“ Soit du... d'incapacité	Montant total SFr.	23'050.25	Montant versé	Taux	
24.04.2007					délai de
carence	100%	23.05.2007			
24.05.2007		08.07.2007	SFr.		
6'302.00	100%				
09.07.2007		02.08.2007	SFr.		
2'568.75	75%				
03.08.2007		12.08.2007	SFr.		
1'370.00	100%				
13.08.2007		19.11.2007	SFr.		
11'302.50	75%				
20.11.2007		30.11.2007	SFr.		
1'507.00	100%”				

Le 12 novembre 2008, la demanderesse a déposé une demande de prestations AI.

Il résulte d'un rapport d'expertise psychiatrique effectué par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de la clinique [...] à la demande de l'assureur perte de gain, que le diagnostic posé était celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), la capacité de travail de la demanderesse étant complète.

Dans un rapport du 12 février 2008, les Drs M.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du service de neurologie des HUG ont posé les diagnostics de troubles cognitifs subjectifs et fatigue en investigation. Ils ont en outre mentionné ce qui suit:

#### “EVOLUTION ET DISCUSSION

Madame L.\_\_\_\_\_ nous est adressée afin de compléter le bilan à la recherche d'une maladie pouvant expliquer les plaintes décrites dans l'Anamnèse.

A l'examen neurologique, on constate une hyperréflexie généralisée avec un clonus bilatéral lentement épuisable, raison pour laquelle une éventuelle atteinte des voies pyramidales a été recherchée. L'IRM cérébrale effectuée en ambulatoire est dans la norme. Nous avons complété le bilan par une IRM médullaire qui est sans argument pour une myélopathie. Les potentiels évoqués moteurs ne montrent pas d'anomalie de conduction cortico-spinale pour les membres inférieurs. La conduction nerveuse périphérique sensitive et motrice est normale. Les PES sont en attente.

Le bilan effectué en ambulatoire montrait une hypovitaminose B12 pour laquelle la patiente a été substituée per os, ainsi qu'une inflammation duodénale visualisée à la gastroscopie. Les anticorps anti-facteur intrinsèque, anti-cellules pariétales, anti-endomysium et anti-transglutaminase réalisés en ambulatoire étaient négatifs. Nous n'avons pas répété cette recherche.

Le dosage de la vitamine B12 reste toujours diminué malgré la substitution orale, raison pour laquelle nous avons introduit un traitement par injections 1x/jour pendant une semaine, puis 1x/semaine pendant un mois, puis 1x/mois pendant trois mois. Le bilan a été complété par une gastroscopie et une coloscopie qui ne révèlent aucune anomalie visible et la biopsie duodénale à la recherche du *Tropheryma whipplei* par PCR est négative.

La ponction lombaire se révèle dans la norme, il n'y a pas de distribution oligoclonale. La PCR pour *Tropheryma whipplei* est encore en attente.

L'EEG montre une discrète surcharge thêta pariéto-occipitale bilatérale, sans foyer épileptique.

L'examen neuropsychologique est également dans la norme.

Un examen ORL est prévu en ambulatoire afin d'éclaircir les hallucinations auditives décrites par la patiente et les difficultés de discrimination de sons simples objectivées à l'examen neuropsychologique.

Sous réserve des résultats encore en attente, nous n'avons pas d'argument en faveur d'une maladie coeliaque, d'une maladie de Whipple ou d'une maladie du système nerveux central.

L'hypovitaminose B12 pourrait expliquer une partie de la symptomatologie (fatigabilité, troubles de la concentration, hyperréflexie ?) et une maladie dépressive sous-jacente est possible.”

Dans son rapport du 16 décembre 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_, gastroentérologue, a posé les diagnostics d'hypersomnie idiopathique

depuis début 2007 et de manque de vitamine B12 depuis juillet 2007. Il a mentionné une incapacité de travail de 100%.

Dans un rapport du 18 mars 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, du centre d'analyse et d'investigations du sommeil, qui a procédé à l'analyse du sommeil de la demanderesse le 14 mars 2008 la durée de l'enregistrement étant de 9h.15, a conclu que cet enregistrement révélait des mouvements périodiques des membres inférieurs entraînant de multiples micro-éveils.

Dans un rapport du 12 août 2008, la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin-chef au service de neuropsychiatrie, laboratoire du sommeil, à [...], a indiqué notamment ce qui suit:

“Discussion-proposition:

L'ensemble des investigations permet d'objectiver la présence d'une hypersomnie et d'une somnolence diurne objective légère. La première partie d'enregistrement (1 nuit complète et enregistrement diurne en continu) montre un sommeil nocturne prolongé (11h) et une sieste de presque 3h, le temps total du sommeil sur 24h est donc égal à presque 14h. La structure du sommeil nocturne montre la présence du sommeil lent-profond jusqu'au dernier cycle, ce qui montre que les besoins physiologiques du sommeil sont augmentés. Nous constatons la présence d'une somnolence importante avec la présence d'un sommeil lent-profond et du sommeil paradoxal à partir de 14h30, mais nous n'avons pas pu objectiver les courtes siestes typiques pour narcolepsie. Le test de la latence multiple d'endormissement (2<sup>ème</sup> journée d'enregistrement) montre une légère somnolence diurne sans endormissement en sommeil paradoxal, ce qui permet (ensemble avec le tableau clinique de la négativité pour DQBI\*O6O2) d'exclure formellement le diagnostic d'une narcolepsie.

Nous considérons que l'augmentation de l'index des mouvements périodiques des membres inférieurs au cours de la deuxième nuit polysomnographique (index PLM égal à 26 par heure) ne peut pas complètement expliquer le tableau clinique et polysomnographique chez cette patiente. Tenant compte de toutes les investigations qui ont été effectuées nous considérons que nous pouvons retenir le diagnostic d'une hypersomnie idiopathique.

J'ai revu Madame L.\_\_\_\_\_ dans une nouvelle consultation (30.07.2008), je lui ai transmis les résultats du bilan polysomnographique et nous avons pu discuter des différentes modalités de la prise en charge. J'ai expliqué à la patiente que pour le moment nous ne disposons que d'un traitement symptomatique de sa problématique du sommeil, mais que celui-ci peut considérablement améliorer sa qualité de vie. Nous avons convenu qu'elle va commencer à prendre le traitement par Modasomil (100

mg, le matin) et que nous allons évaluer son efficacité clinique dans une nouvelle consultation (dans un mois).”

Dans un rapport du 21 novembre 2008, la Dresse A.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic d'hypersomnie idiopathique depuis décembre 2006. Elle mentionne une somnolence diurne excessive et une fatigue importante en décembre 2006 sans facteur déclenchant clair, sauf une intoxication alimentaire. Une aggravation a eu lieu avec persistance des symptômes en avril et mars 2007. Elle a constaté le 21 novembre 2008 une prolongation importante du repos total du sommeil subjectif et objectif, confirmé par polysomnographie, et une somnolence diurne objective selon le MLST ainsi que la persistance des troubles malgré un traitement par Modasomil.

Dans un rapport du 20 janvier 2009, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fatigue chronique, de troubles cognitifs subjectifs, troubles de la concentration, céphalées d'allure migraineuse de sensations vertigineuses. Ces diagnostics existant depuis 2007 ayant un effet sur la capacité de travail. Elle a mentionné que la patiente avait été vue à une seule reprise en hospitalisation et qu'il n'y avait pas de suivi de sa part, que le pronostic était satisfaisant sur le plan neurologique et plus réservé sur le plan fonctionnel. Elle a estimé qu'il était impossible à la demanderesse de faire un travail intellectuel ou physique de longue durée et que l'incapacité de travail était de 20 à 40%.

Le 24 février 2009, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'hypersomnie idiopathique avec temps de sommeil allongé (G47.12) depuis décembre 2006. Elle mentionnait en outre ce qui suit:

“Apparition de la somnolence diurne excessive avec allongement de temps de sommeil depuis décembre 2006, absence de facteurs déclenchants clairs, mais dans la même période une intoxication alimentaire. Depuis aggravation progressive de l'état, au cours de 2007 association d'autres troubles somatiques pour lequel démarche diagnostic dans le service de neurologie, diagnostic du déficit de la vit. B 12. Suite de la supplémentation de la carence en B12 amélioration de la plupart des troubles somatiques, et persistance de la somnolence diurne excessive. En mars 2008 investigation du sommeil dans le privé, avec Dg mouvements périodiques des membres inférieurs, traité par supplémentation en

fer et Sifrol sans aucune efficacité. Juin 2008 investigations dans notre laboratoire (examen de 48 h) avec Dg. hypersomnie idiopathique avec le temps de sommeil allongé. Problématique motrice (mouvements périodiques des MI) semble être moins important - première nuit index normal, moyennement élevé la deuxième nuit d'enregistrement, après le bilan mis en place du ttt. par Modasemil, ensuite suivi régulier avec augmentation des doses jusqu'aux 200 mg/j, mais ce traitement peu efficace et cause bcp. des effets indésirables, nous sommes obligés de l'arrêter et remplacer par la Ritaline (20 mg/j)."

Elle a indiqué en outre que le traitement par Ritaline était légèrement plus efficace et mieux supporté par la patiente que le Modasemil mais que le temps total du sommeil restait très significativement prolongé, l'assurée dormant entre 12h. et 14h. sur 24 heures et se plaignant d'une fatigue persistante et très handicapante. La Dresse A. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué des troubles de la concentration et de la mémoire et qu'elle suspectait le développement d'un problème thymique en arrière plan. Objectivement, elle a observé une somnolence diurne et une asthénie, le bilan polysomnographique de 2008 ayant confirmé le problème sévère du sommeil. Elle a ajouté que l'évolution n'était pas favorable, la réponse aux médicaments étant très partielle et les effets indésirables nombreux. S'agissant du traitement, elle a indiqué un suivi au laboratoire du sommeil ainsi qu'une médication. Elle a estimé l'incapacité de travail totale.

Il résulte du rapport d'examen neuropsychologique du 11 mars 2009 du Prof. E. \_\_\_\_\_ et des neuropsychologues X. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ notamment ce qui suit:

"Conclusion

L'examen neuropsychologique de cette patiente âgée de 26 ans, met en évidence des rendements dans la norme pour l'ensemble des fonctions cognitives testées. Comparativement au bilan effectué en janvier 2008, nous relevons une légère baisse des performances dans certaines épreuves (fluence verbale, empan visuo-spatial, mémoire verbale et mémoire de travail). Cela semble corroborer les dires de la patiente, qui note une diminution de ses capacités par rapport à son fonctionnement antérieur, ce qui peut être attribué, à notre avis à l'importante fatigue.

Au vu du bilan somatique normal et de l'absence de dysfonction neuropsychologique (pas de troubles exécutifs ni attentionnels marqués, en particulier), nous pensons que l'hypothèse du centre du

sommeil (hyper somnolence idiopathique) est tout à fait probable. Le complément de bilan pourrait s'orienter vers la recherche d'un état anxieux, ou d'une maladie génétique associée à la fatigue (maladie du collagène), malgré le fait que les troubles soient récents.

Concernant la prise en charge, rappelons que les reconditionnements physiques à faible degré d'énergie sont parfois bénéfiques.

Au vu de l'importante fatigabilité de la patiente, une reprise de travail à temps complet semble peu adaptée et l'orientation vers une activité à mi-temps ou à rendement diminué est à discuter."

Dans un rapport médical du 27 mai 2009, le Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre a mentionné le diagnostic d'"Hypersomnie primaire F.51.1", existant depuis janvier 2008. Il a indiqué que le traitement consistait en des séances de psychothérapie de soutien en prévention d'un possible état dépressif si l'état de santé de l'assurée ne s'améliorait pas à moyen terme.

Le 16 octobre 2009, la Dresse D. \_\_\_\_\_, neurologue, a posé le diagnostic d'hypersomnie diurne idiopathique, l'incapacité de travail étant totale. Elle a indiqué que si le problème d'hypersomnie était résolu, l'activité pourrait être reprise sans réadaptation professionnelle. Elle a en outre indiqué ce qui suit:

"Anamnèse

Depuis janvier 2007 environ, la patiente est de plus en plus fatiguée avec des migraines presque quotidiennes ; elle présente des endormissements au travail, devient déprimée vers mi-mars 2007 avec pleurs ; un traitement au CTB lui a permis de résoudre certains conflits personnels mais n'a pas amélioré la situation de fatigue avec développement de problèmes de concentration ; elle a bénéficié en septembre d'une cure pour une importante carence en vitamine B12.

Elle est licenciée en octobre 2007 en raison de ses troubles de performance. En janvier 2008, un syndrome tétrapyramidal sur carence récidivante en B 12 est traité en milieu hospitalier et elle est substituée régulièrement.

Une polysomnographie au [...] conclut à un syndrome d'hypersomnie diurne idiopathique et tous les traitements essayés sont restés sans aucun effet: Ritaline, Modasomil, Fluoxétine.

Mon intervention consiste à essayer de trouver un traitement mieux adapté ; vu la similitude avec des symptômes tels qu'on les trouve après un TCC, j'ai essayé l'Aricept jusqu'à 10mg, sans efficacité, puis la Wellbutrin pour avoir un effet dopaminergique : à 300 mg/j, la patiente parvient à être réveillée de jour quoique fatiguée mais elle développe des insomnies et des troubles de l'humeur en

diminuant les doses à 300/150 en alternance, les troubles de l'humeur ont stoppé et les insomnies sont moins fréquentes ; les migraines ont augmenté. J'essaierai d'affiner les doses avec essai de prescrire un médicament pour l'endormissement mais, en l'état actuel, la patiente n'est pas encore en mesure de reprendre une activité professionnelle."

Cette praticienne a exposé le 14 septembre 2010 que les ajustements thérapeutiques n'amélioreraient pas suffisamment l'état de santé de la demanderesse pour permettre une reprise de travail. Elle a expliqué qu'après de nombreuses tentatives, le traitement le plus adapté était celui de Wellbutrin 300 mg/j., que des troubles de l'humeur et d'idées obsessionnelles s'étant développés suite à l'instauration de cette médication, elle avait ajouté du Lamictal à raison de 200 mg/j et du Risperdal à raison de 0.5 mg le soir. Elle a constaté que sous cette association, la demanderesse avait une qualité de vie améliorée et qui restait cependant incompatible, au vu des variations quotidiennes, avec la reprise d'une activité professionnelle régulière, celle-ci ayant par ailleurs difficilement suivi une formation de deux semaines à raison de trois heures par jour de cours qu'elle n'aurait pas pu prolonger.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, dans un rapport du 24 septembre 2010 a retenu le diagnostic "d'hypersomnie idiopathique ; trouble dépressif récurrent en rémission partielle F51.1/F33.1", l'incapacité de travail étant totale.

Le 16 novembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a informé la demanderesse qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Il a envoyé copie de son projet de décision notamment à la défenderesse.

Le même jour, il a adressé un prononcé en ce sens à la caisse de compensation [...] et le 23 novembre 2010 à la caisse cantonale AVS [...] service des affiliations.

Par décision datée et notifiée le 7 mars 2011 par l'intermédiaire de la caisse de compensation, l'OAI a confirmé son projet d'allocation d'une rente entière. Cette décision a été communiquée à la défenderesse. Le 21 mars 2011, J.\_\_\_\_\_, réassureur de la défenderesse, a demandé à l'OAI de lui transmettre le dossier de la demanderesse, ce qui fut fait le 24 mars 2011.

Le 13 septembre 2011, la défenderesse a demandé à l'OAI de lui transmettre le dossier de la demanderesse. Celui-ci lui a été envoyé le 15 septembre 2011.

La Dresse D.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 19 mars 2012, a indiqué que la situation était améliorée par le traitement de Wellbutrin et Lamictal comme maintien de l'humeur et que le Risperdal avait pu être stoppé, la qualité de vie améliorée restant toutefois incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle suivie, la demanderesse ne parvenant par exemple pas à garder une concentration dans la lecture après 30 à 45 minutes et une activité plus intense d'une journée se soldant par une hypersomnie durant 48 heures.

Par communication du 30 avril 2012, l'OAI a informé la demanderesse que son état de santé n'ayant pas changé au point d'influencer son droit à la rente, elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'ici, fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Une copie de cette communication a été adressée à la défenderesse notamment.

**B.** Le 28 mars 2011, la défenderesse a adressé à la demanderesse un message dont la teneur est notamment la suivante:

"Suite à un téléphone de J.\_\_\_\_\_ cet après-midi, on m'a confirmé votre droit à une rente d'invalidité LPP.  
Je pense que vous devriez recevoir le premier versement d'ici mi-avril"

Le 14 juillet 2011, J.\_\_\_\_\_ a adressé à la défenderesse la lettre suivante :

“Après examen du dossier par notre service juridique, nous vous informons de ce qui suit.

Madame L. \_\_\_\_\_ a été engagée par F. \_\_\_\_\_ du 01.11.2006 au 30.11.2007. Dans le cadre de cet emploi elle est assurée en matière de prévoyance professionnelle auprès de votre fondation et donc réassurée chez nous.

Dès le 24.04.2007, une incapacité de travail (entre 100% et 75%) est attestée. En novembre 2008, Madame L. \_\_\_\_\_ s’annonce à l’Al. Celui-ci lui reconnaît, par préavis du 16.11.2010 et décision du 07.03.2011, le droit à une rente entière dès le 01.04.2008, sur la base d’une incapacité de travail causée essentiellement par des troubles somatoformes.

Selon les données médicales, les critères posés par le TF [Tribunal fédéral] ne sont donc clairement que très partiellement — à peine — remplis en l’espèce. Or, l’Al du canton de Vaud n’a même pas vérifié ces différents critères et se limite à reprendre les évaluations médicales des médecins traitants sans aucun examen critique. C’est évidemment insuffisant dans le cas présent.

Au final, la décision Al du 07.03.2011 paraît manifestement insoutenable en ce qu’elle accorde une rente entière à une assurée qui ne répond pas aux conditions posées en matière d’exigibilité, conditions qui n’ont par ailleurs pas été examinées. Au minimum, l’Al aurait eu l’obligation d’investiguer, par une expertise médicale, le cas.

Cette décision ne déploie donc pas d’effet contraignant pour la Z. \_\_\_\_\_ (malgré qu’elle ait été correctement notifiée). Sur la base des données médicales, il ne se justifie pas d’attribuer une rente d’invalidité à Madame L. \_\_\_\_\_.

Sur la base de ce qui précède, nous considérons le cas comme clos sans suite.”

Le 3 août 2011, la défenderesse a écrit à la demanderesse ce qui suit:

“Après examen de votre dossier et conformément à la décision du réassureur de la Caisse de F. \_\_\_\_\_ dont vous trouverez copie en annexe, nous devons vous informer que vous n’avez pas droit à des prestations de notre part.”

Par lettre de son conseil du 25 août 2011, la demanderesse a contesté ce point de vue et invité la défenderesse à reconnaître son droit à des prestations d’invalidité. Elle a renouvelé cette contestation le 19 septembre 2011.

Le 4 octobre 2011, la défenderesse, par l'intermédiaire de son conseil, a maintenu son refus de verser des prestations.

Il résulte d'un certificat de prévoyance du 1<sup>er</sup> janvier 2007 que la rente d'invalidité de la demanderesse s'élevait à 24'960 fr. et qu'en cas d'invalidité la libération du paiement des contributions intervenait après un délai d'attente de six mois.

Le règlement de prévoyance de base de la défenderesse, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 prévoit à son art. 5.1 ch. 1 et 2, ce qui suit:

“Conditions pour le droit aux prestations d'invalidité

- 1 Ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui:
- a. sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI (sont réservées les situations où la décision de l'office AI apparaît insoutenable et celles où la Fondation n'est pas intégrée à la procédure AI), et qui étaient membres lorsqu'est survenue l'incapacité de travail ininterrompue dont la cause est à l'origine de l'invalidité ;
  - b. à la suite d'une infirmité congénitale, étaient atteintes d'une incapacité de travail comprise entre 20 et 40% au début de l'activité lucrative et qui étaient membres lorsque l'incapacité de travail ininterrompue dont la cause est à l'origine de l'invalidité s'est aggravée pour atteindre 40% au moins ;
  - c. étant devenues invalides avant leur majorité, étaient atteintes d'une incapacité de travail comprise entre 20 et 40% au début de l'activité lucrative et qui étaient membres lorsque l'incapacité de travail ininterrompue dont la cause est à l'origine de l'invalidité s'est aggravée pour atteindre 40% au moins.

En cas d'invalidité selon les points b et c ci-dessus, la Caisse de prévoyance verse au plus les prestations minimales LPP.

2 Le degré d'invalidité correspond au degré d'invalidité fixé par l'AI. En cas d'invalidité partielle, les prestations prévues pour une invalidité totale sont réduites en fonction du degré d'invalidité retenu.

3 Le membre a droit aux prestations réglementaires entières s'il est invalide à raison de 70% au moins, à trois quarts des prestations réglementaires s'il est invalide à raison de 60% au moins, à la moitié des prestations réglementaires s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart des prestations réglementaires s'il est invalide à raison de 40% au moins. L'invalidité de moins de 40% ne donne pas droit aux prestations assurées.”

**C.** Par demande du 7 février 2012, L.\_\_\_\_\_ a conclu avec dépens au versement par la défenderesse d'une rente entière d'invalidité

dès la date d'expiration du versement des indemnités journalières, de la libération des primes dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007 avec intérêts à 5% dès la date d'ouverture de l'action. Elle soutient en substance que la défenderesse n'ayant pas recouru contre la décision de l'OAI, elle est liée par celle-ci en ce qui concerne en tout cas le degré d'invalidité.

Elle a requis production du contrat de réassurance entre la défenderesse et J.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 12 mars 2012, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Elle soutient en substance que la décision de l'OAI est manifestement insoutenable dès lors qu'elle n'examine pas si les critères développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont remplis. Se référant à l'ATF 132 V 65, elle prétend que pour examiner le caractère invalidant du syndrome de la fatigue chronique, il y a lieu de se référer aux principes dégagés par la jurisprudence concernant le trouble somatoforme douloureux persistant. Elle soutient qu'il n'y a aucune comorbidité psychiatrique, le Dr W.\_\_\_\_\_ ayant estimé que la symptomatologie d'état de trouble dépressif récurrent sévère observé au début de l'incapacité de travail n'était plus présente. Elle ajoute que certains médecins n'ont même pas relevé cette atteinte et que c'est à tort que le SMR a considéré que la demanderesse souffrait d'un trouble dépressif en rémission partielle. Elle est en outre d'avis qu'aucun des autres critères établis par la jurisprudence ne sont remplis dès lors que la demanderesse ne souffre d'aucune affection corporelle chronique ni d'un processus maladif sans rémission durable et qu'elle est intégrée sur le plan social. Elle en déduit que l'hypersomnie idiopathique diagnostiquée ne suffit pas à justifier une incapacité de travail invalidante. Elle en conclut que la décision rendue par l'assurance-invalidité est manifestement insoutenable. Partant elle estime ne pas avoir à verser de rente d'invalidité. Elle ajoute que si une rente d'invalidité était due, elle ne pourrait être versée dès la date arrêtée par l'OAI celui-ci ayant fait une fausse application de l'article 29 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), la rente naissant six mois après le dépôt de la demande et non pas huit mois avant. La rente ne pourrait dès lors devoir

être versée que dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 en lieu et place du 1<sup>er</sup> avril 2008. La défenderesse a en outre conclu au rejet de la requête de production du contrat de réassurance entre elle-même et J.\_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 29 mars 2012, la demanderesse a maintenu ses conclusions. Elle soutient en substance que la décision de l'OAI n'est pas manifestement insoutenable, l'hypersomnie diagnostiquée ayant été objectivée après de longues et nombreuses investigations médicales et entraînant des troubles cognitifs importants notamment neuropsychologiques. Elle estime dès lors que l'on est pas en présence d'une hypersomnie psychogène seulement comme dans le cas traité par l'ATF 137 V 64, cet arrêt n'étant pas applicable à la présente espèce.

Dans sa duplique du 20 avril 2012, la défenderesse a maintenu ses conclusions et relevé que le début de l'incapacité de travail était janvier 2008 comme retenu par le Dr I.\_\_\_\_\_. Elle est en outre d'avis que l'hypersomnie dont souffre la demanderesse ne repose sur aucune cause organique en se fondant sur le rapport de ce praticien qui diagnostique une hypersomnie primaire. Elle ajoute que les médecins des HUG ont retenu des rendements dans la norme pour l'ensemble des fonctions cognitives testées et que l'hypersomnie ne tire pas son origine de l'hypovitaminose B12. Elle en déduit que la jurisprudence précitée est applicable et que la demanderesse ne remplit aucun des critères retenus par la jurisprudence en matière de trouble somatoforme.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

La demanderesse a produit notamment les avis de droit du Prof. V.\_\_\_\_\_ et de Me C.\_\_\_\_\_ en matière de « Syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique » (SPECDO).

Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit. Les pièces essentielles ont été mentionnées sous lettre A ci-dessus.

Une audience d’instruction a été tenue le 21 octobre 2013 au cours de laquelle???.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont été entendus comme témoins. Il résulte de la déclaration de???.\_\_\_\_\_ ce qui suit:

“Je connais la demanderesse depuis le lycée en 1996. Je décrirais la demanderesse comme une personne hyperactive, assez brillante ayant beaucoup d’activités. Elle travaillait à côté de ses études de biologie à l’aéroport. Elle était très contente de son emploi. Je l’ai suivie en 2007 lorsqu’elle a eu ses problèmes de santé. J’ai constaté des malaises et une perte de poids. Ce sont ses médecins qui l’ont mise en arrêt maladie. Je pense qu’elle aurait voulu aller travailler même en étant malade. Elle a cherché à guérir. Elle voulait savoir ce qu’elle avait. Elle s’est investie pour essayer de comprendre quel était son état de santé. Elle a passé pas mal de temps dans les hôpitaux à faire des tests. Elle m’a dit que le diagnostic d’hypersomnie idiopathique avait été posé. Elle prend des médicaments et ne se complait pas dans la maladie. Je sais qu’elle reçoit une rente Al. J’ai constaté qu’elle était très fatiguée et avait du mal à suivre la conversation. Dans le bus par exemple elle doit s’asseoir sinon elle a un malaise. Je trouve que son état de santé est variable. Elle serait contente de pouvoir reprendre son travail. Actuellement elle n’a pas une bonne qualité de vie. Elle est souvent inactive chez elle et il lui est difficile de se projeter dans le futur.”

P.\_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit:

“Je connais la demanderesse depuis 2004. Elle était mon étudiante à l’époque et nous sommes devenus amis. La demanderesse faisait des études de biologie, elle était dynamique et investie dans ce qu’elle faisait. A côté de ses études, elle travaillait au moins quinze heures par semaine à l’aéroport. Elle avait des hobbies et était, très active et très résistante au stress. Je voyais et voit souvent la demanderesse. En 2006 elle se réjouissait de commencer son nouvel emploi. Elle s’est complètement investie et était très contente de cette activité. Il y a eu par la suite un déclin concernant sa capacité à travailler et toutes autres activités de loisir également. Elle émettait des plaintes. Elle a consulté plusieurs médecins et il y a eu plusieurs diagnostics qui ont finalement conduit à une hypersomnie idiopathique. Depuis lors l’évolution est “en dents de scie”. J’ai l’impression d’une amélioration momentanée puis d’une péjoration. Elle prend beaucoup de médicaments. Je les ai vus dans sa cuisine. Il s’agit d’une médication lourde. Je sais que la demanderesse est souvent chez elle, souvent alitée. Je ne connais pas la longueur des périodes pendant lesquelles elle est alitée mais il arrive fréquemment que lorsque j’essaie de la joindre par mail, elle me réponde qu’elle était alitée. Je sais que la demanderesse a des amis mais j’ignore à quelle fréquence elle les voit.”

La demanderesse a produit un extrait d’un article paru sur internet concernant l’hypersomnie idiopathique.

**E n d r o i t :**

**1.**           **a)** Aux termes de l'art. 73 al. 1 LPP (loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982, RS 831.40), les contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayant droits, sont jugées par un tribunal désigné par chaque canton.

**b)** L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239, 117 V 237 et 329 consid. 5d, 118 V 158 consid: 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36) s'applique à l'action de droit administratif, lorsqu'elle est portée devant le Tribunal cantonal (art. 2 al. 1 let. b LPA-VD). La procédure est régie par les art. 106 ss LPA- VD concernant l'action de droit administratif, dispositions qui satisfont aux exigences de l'art. 73 LPP.

**c)** Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

Dans le cas présent, la défenderesse a son siège à Renens.

L'action est ainsi recevable et la Cour de céans compétente.

**2.**           La demanderesse a requis production du contrat liant la défenderesse à J.\_\_\_\_\_.

L'assureur, en l'occurrence de l'institution de prévoyance, n'est en principe sujet d'aucun lien juridique avec l'assuré ou son employeur, ou encore avec les bénéficiaires de l'institution de prévoyance (ATF 112 II 245 et jurisprudence; Romolo Molo, *in* : Schneider/Geiser/Gächter, Commentaire LPP et LFLP, Berne 2010, art. 67 § 40 p. 1093).

L'art. 10 des statuts de la défenderesse prévoit d'ailleurs à son al. 2 que "la Fondation peut conclure des contrats d'assurance ou participer à des contrats existants, la Fondation étant dans tous les cas preneur et bénéficiaire des contrats d'assurance conclus".

Comme le relève la défenderesse, il n'y a aucun lien juridique entre J. \_\_\_\_\_ et la demanderesse de sorte que la production du contrat passé avec J. \_\_\_\_\_ n'apparaît pas utile.

La requête de la demanderesse doit dès lors être rejetée.

**3.** Il y a lieu d'examiner si, comme elle le soutient, la demanderesse a droit à une rente de la part de la défenderesse.

**a)** Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (cf. ATF 130 V 270 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (cf. 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 (cf. ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'AI (cf. ATF 129 V 73 consid. 4.2.2).

Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par

les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (cf. ATF 118 V 35 consid. 2b/aa et 115 V 208 consid. 2c).

En l'espèce, la défenderesse reprend par renvoi la définition de l'invalidité de l'AI dès lors que l'art. 5.1 du règlement en vigueur en 2008 prévoit qu'ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI.

Ayant été intégrée à la procédure AI dès lors qu'elle a reçu communication du projet de décision établi par cet office, elle est ainsi liée par les décisions rendues par celui-ci sauf dans les cas où la décision de l'OAI apparaît insoutenable et pour autant bien évidemment que la clause d'assurance soit remplie.

**b)** Il convient en conséquence d'examiner si la décision rendue le 7 mars 2011 par l'OAI, allouant une rente entière d'invalidité à la demanderesse est d'emblée insoutenable.

Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 138 V 409 et les références).

**aa)** Le Tribunal fédéral a jugé dans un arrêt du 25 février 2011 (ATF 137 V 64) que la jurisprudence concernant les syndromes douloureux somatoformes persistants (ATF 130 V 352 et les arrêts postérieurs) est

applicable par analogie lorsque se pose la question de l'effet invalidant d'une hypersomnie non organique (F51.1).

Selon la CIM-10 (Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes), sous F. 51, le diagnostic indiqué est "troubles du sommeil non organiques" et il est mentionné ce qui suit :

"Dans de nombreux cas, une perturbation du sommeil est l'un des symptômes d'un autre trouble mental ou physique. Savoir si, chez un patient donné, un trouble du sommeil est une perturbation indépendante ou simplement l'une des manifestations d'un autre trouble classé, soit dans ce chapitre soit dans d'autres chapitres, doit être précisé sur la base des éléments cliniques et de l'évolution, aussi bien qu'à partir de considérations et de priorités thérapeutiques au moment de la consultation. En règle générale, ce code doit être utilisé conjointement à d'autres diagnostics pertinents décrivant la psychopathologie et la physiopathologie impliquées dans un cas donné, quand la perturbation du sommeil est une des plaintes prépondérantes et quand elle est ressentie comme une affection en elle-même. Cette catégorie comprend uniquement les troubles du sommeil qui sont imputables à des troubles somatiques identifiables classés ailleurs."

Sous F51.1 le diagnostic mentionné est "hypersomnie non organique". Il est en outre indiqué ce qui suit :

"L'hypersomnie est un état défini soit par une somnolence diurne excessive et des attaques de sommeil (non expliquées par une durée inadéquate de sommeil), soit par des périodes de transition prolongées, lors du réveil, entre le sommeil et l'état d'éveil complet. En l'absence d'un facteur organique expliquant la survenue d'une hypersomnie, cet état est habituellement attribuable à un trouble mental.

A l'exclusion de : hypersomnie organique (G47.1)  
narcolepsie (G47.4)"

Ce n'est toutefois pas le diagnostic d'hypersomnie non organique qui a été posé par la Dresse A.\_\_\_\_\_, mais celui d'hypersomnie idiopathique à temps de sommeil allongé G 47.12, soit un trouble intrinsèque du sommeil si l'on se réfère à l'ancienne classification internationale des troubles du sommeil ([ICSD International Classification of Sleep Diseases (1<sup>ère</sup> édition en 1990, et 2<sup>ème</sup> en 1997), qui séparait les pathologies du sommeil en deux groupes selon que la maladie était due

au sommeil en lui-même (troubles intrinsèques) ou secondaire à une pathologie extérieure (troubles extrinsèques)]; cf. Codification des pathologies du sommeil, sous : <http://www.sommeil-mg.net/spip/Codification-des-pathologies-dusommeil>) ou hypersomnie organique selon la CIM-10 (G 47.1). Ce diagnostic a été posé à la suite de nombreux tests effectués notamment à [...]. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a expliqué que ce trouble était apparu depuis décembre 2006, et s'était aggravé au cours de 2007 en association à d'autres troubles somatiques et que suite à la supplémentation de la carence en B12, une amélioration de la plupart des troubles somatiques avait été constatée, la somnolence diurne excessive ayant toutefois persisté. Dans leur rapport d'examen neuropsychologique du 11 mars 2009 le Prof. E.\_\_\_\_\_ et les neuropsychologues X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'hypothèse du centre du sommeil à savoir une hypersomnolence idiopathique était tout à fait probable. La Dresse D.\_\_\_\_\_, neurologue retient le même diagnostic.

Certes, le Dr I.\_\_\_\_\_, a mentionné le diagnostic d'hypersomnie primaire F.51.1. Toutefois, il n'est pas spécialiste en neurologie ou en neuropsychologie et il n'explique pas les motifs pour lesquels il s'écarte du diagnostic posé par la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste de ce type de pathologies. Le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR, qui n'est pas spécialiste non plus, reprend ce diagnostic sans autre explication. Leurs avis ne sauraient dès lors être suivis.

En conséquence, le diagnostic de la Dresse A.\_\_\_\_\_, fondé sur des examens complets de la demanderesse doit être suivi.

Le diagnostic d'hypersomnie idiopathique à temps de sommeil allongé G47.12 étant organique, le trouble de la santé subi par la demanderesse n'est pas concerné par la jurisprudence relative à une hypersomnie non organique qui n'est ainsi pas applicable.

La décision rendue par l'OAI n'apparaît dès lors pas d'emblée insoutenable pour ce motif.

**bb)** Tel ne serait d'ailleurs pas le cas non plus s'il s'agissait d'une hypersomnie non organique F51.1.

En effet, *in casu*, l'OAI a adressé son projet de décision aux parties le 16 novembre 2010 et communiqué son prononcé à la Caisse AVS le 26 novembre 2010, soit bien avant que le Tribunal fédéral ne rende son arrêt du 25 février 2011. L'OAI ne pouvait donc avoir connaissance de cette jurisprudence au moment de sa prise de décision, laquelle a été notifiée par la caisse le 7 mars 2011. Or un changement de jurisprudence ne permet pas une révision procédurale (cf. ATF 139 V 547 consid. 5.6).

Pour ce motif également, la décision rendue par l'OAI n'apparaît pas d'emblée insoutenable.

**cc)** Enfin, la conclusion serait identique si l'on considérait qu'il s'agissait d'une hypersomnie non organique F51.1 qui aurait dû être examinée par l'OAI selon les critères posés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes.

Selon cette jurisprudence en effet, lorsqu'un trouble somatoforme est diagnostiqué, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire (VSI 2000, p. 160). Dans le cas présent, le Dr W.\_\_\_\_\_ a effectué une expertise avant qu'un tel trouble ne soit diagnostiqué. En l'état, il n'y a aucun avis médical au dossier qui permette d'affirmer comme le soutient la défenderesse qu'aucun des critères posés par la jurisprudence ne serait rempli. Il n'est ainsi pas établi que la décision rendue par l'OAI est d'emblée insoutenable.

On ne saurait considérer avec la défenderesse que lorsque l'OAI statue sans avoir ordonné une expertise, sa décision apparaît d'emblée insoutenable. En effet, l'expertise est précisément destinée à déterminer la capacité de travail. En l'absence de celle-ci, cette question est incertaine. Il n'est donc pas possible de qualifier la décision rendue par l'OAI comme étant d'emblée insoutenable. Dans un tel cas, il appartenait à

l'institution de prévoyance de recourir, voie de droit que la défenderesse n'a pas utilisée.

**c)** L'OAI a retenu un taux d'invalidité de 100% conformément aux rapports médicaux figurant au dossier et alloué une rente entière. Ce taux n'apparaît dès lors pas critiquable.

**d)** L'OAI a retenu que l'incapacité de travail a débuté en avril 2007.

Cette appréciation est conforme à l'attestation de l'assurance perte de gain qui a versé des indemnités journalières depuis avril 2007 sur la base de certificats médicaux. Dans son rapport du 21 novembre 2008, la Dresse A. \_\_\_\_\_ indique qu'une aggravation a eu lieu avec persistance des symptômes en avril et mars 2007. Le Dr K. \_\_\_\_\_ fait également état d'hypersomnie idiopathique depuis début 2007. On a dès lors peine à comprendre les raisons pour lesquelles le Dr I. \_\_\_\_\_ fixe le début de l'incapacité de travail en début 2008.

Fixer le début de l'incapacité de travail en avril 2007 n'apparaît ainsi pas critiquable non plus.

A cette date, la demanderesse était assurée.

**e)** Concernant la naissance du droit à la rente, comme rappelé sous lettre a) ci-dessus, le règlement de la défenderesse prévoit qu'ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI. Dès lors que le règlement ne contient pas de disposition particulière relative au délai d'attente, on doit inférer de ce renvoi que les dispositions de l'AI sont applicables également s'agissant du point de départ de la rente.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle

l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1).

La demanderesse n'ayant déposé la demande AI qu'en novembre 2008, le droit à la rente a pris naissance le 1<sup>er</sup> mai 2009 comme le soutient la défenderesse.

**4.** La demanderesse conclut à la libération du versement des primes.

Le certificat de prévoyance prévoit en cas d'invalidité la libération du paiement des contributions après un délai d'attente de six mois.

L'incapacité de travail ayant commencé en avril 2007, la libération du paiement des contributions prend effet le 1<sup>er</sup> octobre 2007.

**5.** Au vu de ce qui précède, la demande doit être admise en ce sens que la défenderesse versera à la demanderesse une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 avec intérêts à 5% l'an dès le 11 février 2012, soit le lendemain de la notification de la demande.

**a)** Obtenant gain de cause vis-à-vis de la Z. \_\_\_\_\_ avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la demanderesse a droit à des dépens de la part de celle-ci (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'000 francs.

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

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

- I. La demande est admise.
- II. La Z.\_\_\_\_\_ versera à L.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 avec intérêts à 5% l'an dès le 11 février 2012.
- III. L.\_\_\_\_\_ est libérée du paiement des contributions à la Z.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007.
- IV. La Z.\_\_\_\_\_ versera à L.\_\_\_\_\_ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.
- V. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.
- VI. Le jugement est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour L.\_\_\_\_\_),
- Me Jacques-André Schneider (pour la Z.\_\_\_\_\_),
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :