

S2 17 99

JUGEMENT DU 5 DECEMBRE 2019

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, demanderesse, représentée par M_____

contre

Y_____, défenderesse

et

Z_____, représentée par Maître N_____, avocat, tiers concerné

(art. 23 LPP ; exceptions à l'effet contraignant pour la prévoyance professionnelle de
l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité, preuve de l'incapacité de travail
déterminante à l'origine de l'invalidité)

Faits

A. X_____, née le 16 mai 1970, travaillait comme employée de commerce pour le compte de la société W_____. En septembre 2011, alors qu'elle rentrait de vacances, elle a été licenciée par son employeur. Ebranlée, elle a développé des troubles anxieux, des troubles du sommeil sévères et des symptômes dépressifs très importants, qui ont conduit son psychiatre traitant, le Dr V_____, à attester une incapacité de travail totale dès le 18 octobre 2011.

En janvier 2012, l'assureur perte de gain maladie, U_____, a annoncé le cas à l'Office AI (OAI) dans le cadre de l'intervention précoce.

Dans un rapport du 4 avril 2012, le Dr V_____ a expliqué que l'assurée avait présenté une évolution anxio-dépressive au début de l'année 2010 en raison d'une situation professionnelle et d'une relation affective complexes et difficiles, que la situation avait ensuite évolué favorablement avec la reprise d'un emploi en mars 2011, mais qu'en octobre 2011, l'assurée avait été licenciée à sa grande surprise et avait développé un état dépressif très sévère et une symptomatologie anxieuse majeure, qui avaient nécessité une prise en charge soutenue mais qui s'atténaient progressivement. Il a ajouté que l'assurée avait d'ailleurs retrouvé une activité comme coach dans un call center dès le 1^{er} mai 2012.

L'OAI a donc mis fin à son intervention et a refusé à l'assurée tout droit à un reclassement et à une rente d'invalidité par décision du 16 juillet 2012.

B. Dès le 1^{er} mai 2012, X_____ a travaillé au call center de T_____ et a été affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de Y_____.

Le 25 juin 2013, elle a consulté le Dr R_____ en raison de douleurs à la cheville droite. Celui-ci a noté que l'assurée avait été victime d'une fracture de la cheville droite en décembre 2002 et qu'une arthrose s'était développée progressivement jusqu'à devenir trop importante.

Pour des raisons familiales et des problèmes de santé, X_____ a décidé de résilier son contrat de travail pour le 31 août 2013 (cf. questionnaire pour l'employeur, doc. 58).

C. X_____ s'est ensuite inscrite à l'assurance-chômage dès le 2 septembre 2013 pour tenter de retrouver un travail à 100%.

Le 13 septembre 2013, elle a toutefois dû subir une arthrodèse de la cheville droite. La Caisse cantonale de chômage a alors déclaré la rechute à l'assurance-accidents par formulaire du 26 septembre 2013.

Dès le 28 octobre 2013, l'assurée a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité assise, sans charge sur la cheville, et s'est réinscrite au chômage.

En juin 2014, elle a trouvé un emploi de durée déterminée auprès du Q_____. Celui-ci s'est soldé par un échec, l'assurée ne parvenant pas à mémoriser les consignes et à maintenir sa concentration (cf. rapport du Dr V_____ du 9 septembre 2014).

En raison de l'aggravation des troubles anxieux et d'un nouvel épisode dépressif, le Dr V_____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 1^{er} août 2014.

D. Le 21 août 2014, X_____ a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant des problèmes psychiques qui s'étaient aggravés depuis le mois de juillet 2014 et une atteinte orthopédique qui avait nécessité une arthrodèse en septembre 2013.

Interpellé, le Dr V_____ a expliqué que l'état de santé psychique de sa patiente s'était fragilisé progressivement en raison de sollicitations professionnelles trop importantes pour elle et qu'en juin 2013, il était apparu qu'elle devait cesser son activité au T_____ si elle ne voulait pas subir une rechute, raison pour laquelle la décision avait été prise de mettre un terme à son contrat de travail pour des motifs médicaux. Il a également indiqué que l'assurée avait tenté une reprise d'activité en juin 2014 qui avait échoué en raison de problèmes de concentration, d'instabilité et de troubles anxieux paroxystiques. Il a encore relevé que l'assurée avait été opérée en septembre 2013 pour une arthrodèse de la cheville droite.

Questionnée sur ce dernier point, l'intéressée a signalé être apte à travailler à 100% dans une activité assise, avec la cheville en décharge, et a invité l'OAI à se renseigner auprès de la CNA.

A la demande du Dr V_____, un bilan psychologique a été réalisé entre décembre 2014 et mars 2015. Dans son rapport du 7 mars 2015, le psychologue S_____ a conclu à une personnalité de type limite avec une dysharmonie cognitive.

Dans un rapport du 23 mars 2015, le Dr V_____ a expliqué une nouvelle fois le parcours de l'assurée avant d'attester les incapacités de travail totales suivantes :

- du 18 octobre 2011 au 30 avril 2012,
- du 19 septembre 2013 au 31 octobre 2013,
- dès le 1^{er} août 2014.

Il a indiqué qu'après discussion avec le psychologue et l'ergothérapeute, il apparaissait nécessaire de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle à un taux limité à 40%.

Prenant position le 13 juillet 2015, le SMR a suggéré la mise en place de mesures de réadaptation à un taux de 40-50% avec les limitations fonctionnelles suivantes : fragilité psychique, difficulté dans la gestion du stress, angoisses, difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, difficultés d'adaptation, épargne du membre inférieur droit.

D'entente avec l'assurée, le service de réadaptation a mis en place un stage d'évaluation dans le domaine commercial auprès de l'Orif de A_____ du 30 novembre au 23 décembre 2015. Il en est ressorti que l'assurée était encore très fragile et que son taux de présence ne dépassait pas les 38%.

Mandaté, le SMR a estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis le 1^{er} août 2014, en raison d'un trouble de la personnalité de type borderline, associé à un trouble dépressif récurrent et une anxiété généralisée (cf. rapport du 8 avril 2016, doc. 96).

Par projet de décision du 20 avril 2016, envoyé en copie à Y_____, l'OAI a informé X_____ qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière, dès lors que depuis août 2013 (début du délai d'attente d'un an) sa capacité de travail était considérablement restreinte. Il a toutefois ajouté qu'il n'octroierait la rente qu'à partir du 1^{er} février 2015, puisque l'assurée avait déposé sa demande tardivement.

E. Par courrier du 14 juin 2016, Y_____ a formé opposition provisoire à ce projet et a requis une copie du dossier de l'assurée.

Le 17 juin 2016, l'OAI lui a transmis le dossier et lui a octroyé un délai de 30 jours pour amener d'éventuelles contestations.

Par pli du 5 juillet 2016, reçu par l'OAI le lendemain mais transmis au gestionnaire uniquement le 13 juillet 2016, Y_____ a contesté la date prise en considération pour fixer le début de l'incapacité de travail de l'assurée, à savoir le 1^{er} août 2013, en

relevant que si le contrat de travail avait bien été résilié en raison de difficultés et de troubles déjà existant depuis octobre 2011, il n'y avait eu aucune incapacité de travail attestée durant cette période.

Par décision du 8 juillet 2016, non communiquée à Y_____, l'OAI a reconnu à X_____ le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2015, en fixant le début de l'incapacité de travail en août 2013.

Le 9 août 2016, l'OAI a estimé que le courrier de Y_____ avait été remis hors délai et l'a transmis au Tribunal cantonal du canton de Vaud comme objet de sa compétence. Y_____ a alors expliqué qu'il s'agissait d'une contestation du projet d'acceptation de rente et non un recours car elle n'avait jamais reçu de décision de rente. La cause a dès lors été rayée du rôle par arrêt du 19 août 2016.

F. Après avoir reçu la décision de rente le 19 août 2016, Y_____ a informé X_____, par courrier du 31 octobre 2016, qu'elle refusait de prester dans la mesure où l'OAI avait retenu la date du 1^{er} août 2013 comme date de début de l'incapacité de travail sans aucune justification.

Représentée par M_____, l'assurée a invité Y_____ à réexaminer son dossier, par courrier du 28 février 2017, en soutenant que l'incapacité de travail avait bien débuté alors qu'elle était engagée auprès de T_____ puisque le Dr V_____ avait clairement indiqué dans son rapport du 9 septembre 2014 que la capacité de travail était nulle dès le mois de juin 2013.

Dans un courrier du 20 mars 2017, adressé à M_____, le Dr V_____ a expliqué qu'aucun certificat médical n'avait été établi car l'assurée et lui-même étaient restés dans la perspective d'une tentative de reprise d'activité professionnelle et que ce n'était qu'après l'échec de la reprise en juin 2014 qu'il avait été clair que les troubles psychiques ne permettaient plus l'exercice d'une activité professionnelle.

Répondant le 18 mai 2017, Y_____ a maintenu sa position en rappelant qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée avant la fin des rapports de travail.

L'assurée s'est alors adressée à la Z_____, qui s'est déclarée compétente dans un premier temps, le 18 juillet 2017, avant de se rétracter le 29 août 2017, au motif que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité avait commencé le 1^{er} août 2013 alors que l'assurée n'était pas encore au chômage.

G. Le 4 septembre 2017, X_____ a déposé une action et demande d'appel en cause auprès de la Cour de céans, en concluant à ce que le tribunal condamne Y_____ à verser les prestations prévues par son règlement en cas d'invalidité dès le 1^{er} août 2014 et, au cas où elle succomberait dans la procédure principale, condamne la Z_____ à prester dès la même date.

Dans sa réponse du 9 octobre 2017, Y_____ a conclu au rejet de la demande. Elle a relevé qu'en cas d'annonce tardive, la détermination de la survenance de l'incapacité de travail invalidante telle que fixée par les organes de l'assurance-invalidité ne déployait pas d'effet contraignant à l'égard de l'institution de prévoyance. Elle a également nié tout lien de connexité temporelle, en notant que la dégradation de l'état psychique de la demanderesse était intervenue sur plusieurs années depuis 2009, respectivement 2011, pour atteindre son paroxysme en été 2014, et en rappelant que l'assurée s'était inscrite au chômage avec une aptitude entière au placement de septembre 2013 à juin 2014, ce qui interrompait le lien de connexité temporelle.

Après que la demanderesse eut répliqué le 1^{er} novembre 2017 et la défenderesse dupliqué le 27 novembre 2017, la Cour a interpellé la Z_____. Dans sa détermination du 23 mars 2018, celle-ci a rappelé que Y_____ n'avait pas formé recours contre la décision d'octroi de rente et que cette dernière lui était dès lors opposable.

Invitée à se déterminer, la demanderesse n'a pas eu de remarques particulières à formuler.

Le 7 juin 2018, Y_____ a rappelé que la décision ne lui avait pas été notifiée et que de surcroît, elle retenait une annonce tardive, raison pour laquelle elle n'avait pas à en contester la portée temporelle.

L'échange d'écritures a été clos le 12 juin 2018.

Considérant en droit

1.1 Aux termes de l'article 73 alinéa 1 *in initio* LPP, chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. L'alinéa 2 de cette même disposition précise que les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite, et

que le juge constatera les faits d'office. Quant à l'alinéa 3, il mentionne que le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

L'article 82 de la loi valaisanne du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administrative (LPJA, RS/VS 172.6) dispose que le Tribunal cantonal connaît, comme juridiction unique, des actions relatives à des prétentions de nature patrimoniale, fondées sur le droit public, qui ne peuvent être l'objet d'une décision susceptible d'un recours relevant de sa compétence. Quant à l'article 87a LPJA, il prévoit que la procédure de l'action de droit public s'applique par analogie devant la Cour des assurances sociales statuant sur une action de droit des assurances sociales.

1.2 Il ressort des dispositions qui précèdent que la Cour de céans est compétente à raison du lieu et de la matière pour connaître du litige contre Y_____, laquelle a son siège à B_____ et assurait, à l'époque des faits déterminants, le personnel du T_____, à B_____.

2. S'agissant de la demande d'appel en cause de la demanderesse, la Cour relève qu'il n'existe aucune obligation découlant du droit fédéral de donner suite à une demande d'appel en cause dans un contentieux relevant des articles 52 alinéa 3 et 73 LPP, dont la procédure est régie par le droit cantonal (art. 73 al. 2 LPP ; cf. arrêt 9C_127/2012 du 22 août 2012 consid. 4).

Selon l'article 81 LPJA, applicable par renvoi des articles 85 et 87a LPJA, les dispositions du Code de procédure civile (CPC) s'appliquent subsidiairement à la procédure régissant le recours de droit administratif, respectivement l'action de droit des assurances sociales, devant le Tribunal cantonal. Or, à teneur de l'article 81 alinéa 1 CPC, le dénonçant peut appeler en cause le dénoncé devant le tribunal saisi de la demande principale en faisant valoir les prétentions qu'il estime avoir contre lui pour le cas où il succomberait. L'appel en cause n'est toutefois pas admis en procédure simplifiée ni en procédure sommaire (al. 3). L'appelant ne fait pas qu'inviter le tiers, mais ouvre directement action contre lui. La connexité justifie que le tribunal saisi de cette action-ci soit également compétent, *ratione loci vel materiae*, pour juger de cette action-là.

Dans un arrêt du 16 décembre 1986, le Tribunal fédéral des assurances avait admis que bien que la dénonciation de litige soit en règle ordinaire possible dans les procédures administratives sur action, la faculté pour l'employeur de faire valoir, dans le cadre de l'action principale, une prétention récursoire supposerait que le juge des assurances sociales fût compétent pour connaître de celle-ci (ATF 112 V 261 consid. 2c). Or, en

l'espèce, force est de constater que la demanderesse est domiciliée à C_____ et qu'elle s'est inscrite auprès de l'ORP de cette ville en septembre 2013. En outre, la Z_____ a son siège à D_____. Dans ces conditions, l'appel en cause est irrecevable.

3.1 Dans l'ATF 132 V 1, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le rapport entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) et a constaté que, contrairement au rapport entre l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, l'effet contraignant pour la prévoyance professionnelle (obligatoire) de l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité, décrit de façon plus détaillée par la jurisprudence, était expressément ancré aux articles 23 et suivants LPP. L'entrée en vigueur de la LPGA, qui n'est en principe pas applicable à la prévoyance professionnelle, n'a rien changé à cette conception juridique. Puisque l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité lie donc en principe, comme par le passé, les organes de la prévoyance professionnelle (obligatoire), cette évaluation est propre à toucher (immédiatement) l'obligation de prester de l'institution de prévoyance d'un point de vue matériel, temporel et quantitatif au sens de l'article 49 alinéa 4 LPGA. Les organes de la prévoyance professionnelle sont donc habilités à former opposition contre la décision ou recours contre la décision sur opposition de l'office AI relative au droit à la rente en tant que tel ou au taux d'invalidité. L'institution de prévoyance a également qualité pour déposer un recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances contre des jugements rendus par les tribunaux cantonaux dans les litiges portant sur une rente de l'assurance-invalidité (ATF 132 V 74 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral I 416/06 du 3 janvier 2007 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 89/06 du 27 juin 2006 consid. 2). Ainsi, lorsqu'un office AI omet d'intégrer, dans la procédure d'assurance-invalidité, une institution de prévoyance dont il y a lieu de présumer l'obligation de prester, celle-ci n'est pas liée par l'évaluation du taux d'invalidité selon le droit de l'assurance-invalidité, si bien qu'il n'y a pas de motif de lui ouvrir une voie de droit dans les cas où elle prend connaissance de la décision d'octroi de rente ultérieurement (ATF 132 V 1 consid. 3.3.2 ; arrêts précités I 416/06 consid. 3.1 et I 89/06 consid. 2).

Selon la jurisprudence toutefois, les institutions de prévoyance qui se fondent, expressément ou en référence à la loi, sur la même notion d'invalidité que l'assurance-invalidité, sont liées par l'évaluation de l'invalidité de l'office AI, pour autant que celle-ci ne soit pas d'emblée insoutenable. Pour trancher le point de savoir si cette évaluation est d'emblée insoutenable et si, pour ce motif, elle n'a pas d'effet contraignant pour

l'institution de prévoyance, il y a lieu de se fonder sur le dossier en l'état dans lequel il se présentait aux organes de l'assurance-invalidité au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve allégués postérieurement et que l'administration n'aurait pas été tenue d'évoquer d'office ne doivent être pris en considération que dans la mesure où l'office AI devrait en tenir compte dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 126 V 308 consid. 1 *i.f.* et 2a et les références ; arrêt précité I 416/06 consid. 3.1).

La force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, enfin, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt précité I 416/06 consid. 3.1 et les références). En vertu de l'article 29 alinéa 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où, conformément à l'article 28 alinéa 1 lettre b LAI, le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3 et 2.4, paru in SVR 2013 BVG Nr. 17, et les références ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral 9C_131/2017 du 30 août 2017 consid. 5.1 *i.f.*, paru in SVR 2018 BVG Nr. 24, et I 987/06 du 20 juillet 2007 consid. 4.3).

3.2 En l'occurrence, il existe plusieurs éléments objectifs justifiant de s'écarter de l'appréciation par l'Office AI de la période d'incapacité de travail et du début du délai d'attente d'un an.

Notamment, si Y_____ a bien reçu copie du projet de décision du 20 avril 2016 et a pu former des objections, elle n'a en revanche par reçu la décision de l'OAI du 8 juillet 2016. Elle n'est donc pas liée par la fixation par les organes de l'assurance-invalidité du moment de la survenance de l'incapacité de travail d'une certaine importance.

Enfin, l'OAI a considéré que la demande de prestations du 25 août 2014 était tardive et que la rente ne pouvait être allouée que dès le 1^{er} février 2015. Dit office n'avait donc aucune raison, sous l'angle de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande, soit antérieurement à février 2014. Ainsi, l'appréciation de l'OAI qui a fixé le début du délai d'attente d'un an au 1^{er} août 2013, outre le fait qu'elle est insoutenable, n'est pas contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle. C'est à juste titre que Y _____ a soulevé cette objection en page 4 de sa réponse du 9 octobre 2017.

Au vu de ce qui précède, la décision prise en procédure d'assurance-invalidité n'a pas force contraignante dans la détermination de l'incapacité de travail du point de vue de la prévoyance professionnelle. Cette question peut donc être examinée librement.

4.1 Selon l'article 23 LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui :

- a. sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ;
- 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 assurées lorsque l'incapacité de travail 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 (art. 8 al. 2 LPGA), étaient atteintes d'une incapacité de travail comprise entre 20 et 40% au début de l'activité lucrative et qui étaient assurées lorsque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité s'est aggravée pour atteindre 40% au moins.

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).

L'institution supplétive est tenue d'affilier à l'assurance-chômage et de réaliser la couverture obligatoire des bénéficiaires d'indemnités journalières annoncés par cette assurance (art. 60 al. 2 let. e LPP). De même, la caisse déduit du montant de l'indemnité la part des cotisations à la prévoyance professionnelle, afin de garantir la couverture d'assurance en cas d'invalidité ou de décès de l'assuré, et la verse à l'institution supplétive de prévoyance professionnelle avec la part patronale dont elle doit s'acquitter. Le Conseil fédéral fixe le montant des cotisations en se référant aux principes de la technique des assurances, ainsi que la procédure (art. 22a al. 3 LACI).

Une institution de prévoyance est tenue d'octroyer les prestations légales d'invalidité si l'ayant droit était assuré auprès d'elle à l'époque de la première diminution de la capacité de travail et si cette diminution était sérieuse, à savoir importante et durable. Une incapacité de travail est importante lorsqu'elle atteint au moins 20%. Le droit à des prestations d'invalidité présuppose en plus une relation d'étroite connexité, matérielle et temporelle, entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure. L'atteinte à la santé à l'origine de l'incapacité de travail doit être pour l'essentiel de même nature que celle ayant justifié l'incapacité de gain. Ensuite, la personne assurée ne doit pas avoir été à nouveau capable de travailler pendant un certain temps après la survenance de l'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_772/2007 du 26 février 2008 consid. 3.2 et les références). Parmi les circonstances à prendre en compte pour apprécier la relation de connexité temporelle, il y a également les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré perçoit pendant une longue période des indemnités journalières de l'assurance-chômage en tant que personne à la recherche d'un emploi qui dispose d'une aptitude entière au placement (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 100/02 du 26 mai 2003, consid. 4.1 et B 18/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.2.1 *i.f.* et les références). On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'article 88a alinéa 1 RAI comme principe directeur (« Richtschnur »). 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 des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'article 23 lettre a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle dans la profession exercée jusqu'alors qui est déterminante. Le lien temporel avec l'invalidité survenue plus tard, en tant que condition supplémentaire du droit à des prestations d'invalidité de la part de l'ancienne institution de prévoyance, s'apprécie en revanche selon l'incapacité de travail, respectivement la capacité de travail dans une activité exigible et adaptée à l'atteinte à la santé. Sont concernées également dans ce contexte des formations aux capacités et compétences comparables. Ces activités doivent toutefois permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3).

Lorsque la personne concernée a perçu un (plein) salaire durant la période en question, la jurisprudence exige, pour établir la survenance de l'incapacité de travail dont la cause a conduit à l'invalidité, qu'une diminution de la capacité fonctionnelle déterminante en prévoyance professionnelle, soit d'au moins 20%, se soit manifestée dans le cadre des rapports de travail, par exemple au travers d'une baisse des performances, constatée voire ayant fait l'objet d'un avertissement par l'employeur, ou d'absences pour raison de santé, nombreuses et sortant de l'ordinaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_362/2012 et 9C_366/2012 du 6 juin 2012 consid. 5.2.1 et la référence). Une incapacité de travail médico-théorique fixée rétroactivement après des années seulement, sans que l'employeur de l'époque n'ait remarqué la perte de capacité, ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2008 du 11 septembre 2008 et les références, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 121/04 du 16 août 2005 consid. 3.3 *i.f.*). Ce sont l'obligation fixée contractuellement de fournir un travail et la rémunération prévue en contrepartie ainsi que d'autres conventions passées dans le cadre des rapports de travail qui doivent être évaluées en conséquence, en tant qu'éléments correspondant à la réalité. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être envisagée l'éventualité que la situation contractuelle déroge à la réalité, par exemple dans le sens qu'un employé était, certes, tenu de fournir une (pleine) prestation et rémunéré à cet effet mais n'a pas été concrètement en mesure de l'effectuer dans cette ampleur. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, sans quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci, en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.4, paru in SVR 2017 BVG Nr. 35 et les références, ainsi que 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3, paru in SVR 2008 BVG Nr. 34 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 73/00 du 28 mai 2002 consid. 3a/bb). Le moment de la survenance de l'incapacité de travail déterminante en droit de la prévoyance professionnelle doit bien plutôt être établi en temps réel, au degré de la vraisemblance prépondérante habituellement requis en droit des assurances sociales. En règle générale, mais pas forcément dans tous les cas, une incapacité de travail attestée médicalement en temps réel est exigée afin de prouver à satisfaction de droit une diminution de la capacité fonctionnelle déterminante pour la prévoyance professionnelle. Il ne peut être suppléé à cette preuve par des suppositions et des spéculations a posteriori (arrêts du Tribunal fédéral 9C_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.3 et 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2 ainsi que les références ; arrêt précité 9C_368/2008 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002 consid. 1b). Est décisif le point de savoir si, quand et comment l'atteinte à

la santé est apparue de manière importante et durable, ce qui pourrait se retrouver souvent dans le cadre des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral B 88/06 du 13 août 2007 consid. 5.1.1 et la référence).

4.2 En l'occurrence, la demanderesse a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité en raison d'un trouble de la personnalité de type borderline associé à un trouble dépressif récurrent et une anxiété généralisée (cf. rapport SMR du 8 avril 2016). Selon le SMR, l'incapacité de travail est totale depuis le 1^{er} août 2014. Or, malgré cet avis, l'Office AI a estimé - de manière surprenante - dans sa décision du 8 juillet 2016, que la capacité de travail de l'assurée était fortement restreinte depuis août 2013 déjà, sans définir précisément depuis quel jour ni se référer à un avis médical ou un certificat d'incapacité de travail.

S'il est vrai que la demanderesse avait déjà souffert de troubles psychiques, sous forme d'état dépressif et d'anxiété, ayant nécessité un arrêt total de travail dès octobre 2011 (alors qu'elle était apparemment encore employée auprès de la société W_____) et ce jusqu'au 30 avril 2012, la Cour constate qu'aucune incapacité de travail de 20% au moins n'a été médicalement attestée lorsque la demanderesse était engagée par le T_____, à savoir entre le 1^{er} mai 2012 et le 31 août 2013.

S'il ressort du questionnaire de l'employeur que la demanderesse a résilié son contrat de travail pour des raisons familiales et des problèmes de santé, l'employeur n'a mentionné aucune incapacité de travail ni absence pour raison de santé, nombreuses et sortant de l'ordinaire, durant la période d'engagement de la demanderesse. Il n'a pas davantage rapporté de baisse de performance de la part de l'intéressée, puisqu'il a précisé que le salaire versé correspondait au rendement de son employée. Le fait que le Dr V_____ ait expliqué qu'à partir de juin 2013, la demanderesse s'était sentie fragile psychiquement en raison de sollicitations professionnelles trop importantes et avait préféré mettre fin à son rapport de travail afin d'éviter une rechute ne suffit pas à établir à satisfaction de droit une diminution, en temps réel, de la capacité fonctionnelle déterminante pour la prévoyance professionnelle. Contrairement à ce que prétend la demanderesse, il n'a jamais attesté que sa capacité de travail était nulle depuis juin 2013 ; en revanche, il a indiqué que ce n'était qu'après l'échec de juin 2014 qu'il avait été clair que les troubles psychiques ne permettaient plus l'exercice d'une activité professionnelle.

D'ailleurs, force est de constater, à l'instar de la défenderesse, que la demanderesse s'est inscrite au chômage dès le 2 septembre 2013 à un taux de 100%. Hormis durant la période du 13 septembre au 28 octobre 2013 où elle a été en incapacité de travail totale en raison d'une opération à sa cheville droite, la demanderesse a cherché activement du travail, notamment un poste dans un call center, et a été convoquée à de nombreux entretiens d'embauche (doc. 52, page 49). Elle a toujours été pleinement apte au travail jusqu'au 1^{er} août 2014, date à laquelle ses troubles anxieux et son état dépressif se sont considérablement péjorés et justifiaient, selon le SMR, une incapacité de travail totale dans toutes activités. La pleine capacité de travail qui a existé entre le 28 octobre 2013 et le 1^{er} août 2014 interrompt la connexité temporelle entre la prétendue incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure.

Contrairement à ce qu'a retenu l'OAI dans sa décision, la Cour estime - à l'instar du SMR dans son rapport du 8 avril 2016 - que c'est cette incapacité de travail qui a conduit à l'invalidité. L'OAI aurait dès lors dû attendre août 2015, soit le terme du délai d'attente d'une année, pour statuer et octroyer la rente, comme il l'a fait, dès le 1^{er} février 2015, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations.

5. Mal fondée, l'action introduite par X_____ contre Y_____ le 4 septembre 2017 est rejetée.

6.1 Il n'est pas perçu de frais (art. 73 al. 2 LPP).

6.2 Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens à la demanderesse qui succombe (art. 91 al. 1 LPJA a contrario). Quant à la défenderesse, l'article 91 alinéa 3 LPJA précise qu'aucune indemnité pour les frais de procédure n'est allouée, en règle générale, aux autorités et organismes chargés de tâches de droit public qui obtiennent gain de cause (cf. également art. 68 al. 3 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 ou LTF, RS 173.110). Or, la jurisprudence rendue sous l'ancien article 159 alinéa 2 OJ dont la teneur a été reprise à l'article 68 alinéa 3 LTF, a qualifié comme telles les assurances de prévoyance professionnelle selon la LPP (ATF 112 V 49 consid. 3 et 356 consid. 6, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 97/04 du 7 janvier 2005 consid. 9). Partant, il ne sera pas alloué de dépens à la défenderesse qui obtient gain de cause.

Prononce

1. L'action introduite par X_____ contre Y_____ le 4 septembre 2017 est rejetée, dans la mesure de sa recevabilité.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 5 décembre 2019