

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 30 octobre 2018

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], demandeur, représenté par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

FONDS P._____, à [...], défendeur, représenté par Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève.

Art. 23 LPP

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le 12 décembre 1973, a suivi une formation d'architecte et obtenu un diplôme d'architecte D.P.L.G (diplômé par le Gouvernement) en [...]. Il a travaillé en [...] en cette qualité jusqu'en 2007, puis il a été employé du 10 septembre 2007 au 31 janvier 2009 en tant qu'architecte diplômé au sein de la société E._____ SA à [...]. Ensuite, il a suivi un cours de management de projet du 27 avril au 23 juillet 2009 auprès de l'Institut A._____. Puis du 1^{er} octobre au 31 décembre 2009, il a travaillé en qualité d'architecte assistant auprès de l'entreprise J._____ SA à [...]. Après une période de chômage, Z._____ a été engagé comme architecte à plein temps au sein de l'atelier Q._____ Sàrl du 15 août 2010 au 31 juillet 2011. Les associés gérants de cette société ont indiqué que ce contrat de travail avait été résilié à la suite d'une restructuration de l'équipe, soit en raison du démarrage de la phase de réalisation (chantier) nécessitant d'autres compétences que celles du demandeur, qui avait été engagé pour un projet spécifique ; ils ont précisé que, hormis des jours de vacances en retard pris à la fin des rapports de travail, Z._____ avait travaillé au sein de leur société jusqu'au dernier jour de son contrat, le dernier jour de travail effectif étant le 29 juin 2011 suivi d'une période de vacances jusqu'au 31 juillet 2011 ; ils ont ajouté qu'aucune absence particulière n'était à signaler durant la période d'engagement (cf. correspondances des 11 novembre 2016 et 19 janvier 2018).

Après la fin de ses rapports de travail, Z._____ a perçu des indemnités de chômage en août et septembre 2011. Puis, il a été salarié chez B._____ S.A. de septembre à novembre 2011, et au bénéfice de l'assurance chômage de novembre 2011 à octobre 2012. Dans sa demande d'indemnité de chômage du 14 novembre 2011, le demandeur a déclaré être disposé à travailler à plein temps et a certifié jouir d'une capacité de travail équivalente. Le 3 décembre 2012, le demandeur a créé la société V._____ Sàrl et y a œuvré en tant qu'associé gérant. Depuis le 12 septembre 2013, il a été employé par l'I._____ à raison de quatre

heures par semaine en qualité d'inspecteur de la police du feu. Cet employeur a relevé qu'il n'avait pas été informé des problèmes de santé du demandeur lors de son engagement et que ce dernier n'avait pas eu d'absence (cf. questionnaire pour l'employeur du 25 mars 2015).

B. Le demandeur s'est affilié au Fonds P. _____ (ci-après : le Fonds P. _____ ou le défendeur) du 15 août 2010 au 31 juillet 2011, à la suite de son engagement par la société Q. _____ Sàrl. Le 18 octobre 2010, il a rempli la demande d'affiliation et la déclaration de santé, attestant avoir répondu en toute conscience et confirmant que les indications données étaient exactes et complètes. Il a ainsi répondu comme suit :

« **DÉCLARATION DE SANTÉ** (Questions adressées à la personne à assurer) **OUI NON**

Jouissez-vous actuellement de votre pleine capacité de travail ?

Avez-vous subi une incapacité de travail, partielle ou totale, supérieure à trois semaines, pour cause de maladie ou d'accident, au cours des 12 derniers mois ?

Souffrez-vous, à votre connaissance, bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, d'une infirmité, d'une maladie ou des suites d'un accident ?

Avez-vous droit actuellement à une rente d'invalidité de l'AI ?

».

Sur la base de ces déclarations, le Fonds P. _____ a accepté l'affiliation du demandeur sans examen médical complémentaire selon l'attestation d'admission et d'ouverture d'un compte individuel du 24 novembre 2010. Le 5 septembre 2011, Q. _____ Sàrl a rempli un avis de mutation annonçant le départ du demandeur au 31 juillet 2011 et précisant que celui-ci jouissait de son entière capacité de travail. Le 19 octobre 2011, Z. _____ a fait parvenir au Fonds P. _____ le formulaire de demande de transfert de sa prestation de libre passage auprès de l'institution de prévoyance de son nouvel employeur B. _____ S.A., soit la Fondation collective T. _____. Il y a lieu de relever que dans la demande de transfert remplie le 15 octobre 2011, le demandeur a

répondu « non » à la question « Êtes-vous incapable de travailler pour des raisons de santé ? ». La prestation de sortie a ainsi été transférée auprès de la nouvelle institution de prévoyance le 18 novembre 2011.

C. Le 9 janvier 2015, Z._____ a rempli un formulaire de communication de détection précoce, dans lequel il a indiqué au chapitre de l'incapacité de travail qu'il avait notamment des difficultés depuis le mois de février 2014 environ. Le 11 février 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) l'a invité à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en vue d'une réadaptation. Z._____ a déposé une demande de prestations AI le 4 mars 2015, dans laquelle il a notamment répondu à la question de savoir auprès de quelle institution de prévoyance du deuxième pilier (caisse de pension) il était assuré lors de la survenance de son incapacité de travail, respectivement en dernier, qu'il avait été assuré à la [...] à [...], puis auprès de T._____ SA à [...]. Il a indiqué qu'il était suivi par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis 2009 en raison de difficultés.

Le Dr D._____ a adressé un rapport médical daté du 28 mai 2015 à la demande de l'OAI, posant les diagnostics de trouble schizotypique depuis 2011 au moins et de troubles anxieux et dépressif mixte depuis début 2015, étant précisé que Z._____ suit un traitement ambulatoire auprès de ce psychiatre depuis l'été 2011. Il y est relevé que le demandeur a connu au cours de sa vie quelques épisodes de décompensation sur un mode psychotique dans des moments de stress intense ; ces moments ont souvent été en lien avec des ruptures sentimentales qui lui ont été difficiles à gérer, occasionnant à quelques reprises la perte de son emploi ou/et de son logement. A une seule occasion, lorsqu'il se trouvait à [...] en 2003, l'épisode psychotique aigu a conduit à une hospitalisation, après laquelle un suivi psychiatrique et un traitement pharmacologique ont été mis en place. Le rapport indique que sur le plan professionnel, le demandeur a connu une série de licenciements douloureux depuis son arrivée en Suisse. L'impact de ses difficultés psychiques sur son travail paraît avoir joué un rôle important.

Ainsi, en vue de se protéger d'éventuels échecs professionnels futurs, le demandeur a décidé de s'installer comme indépendant dans sa profession, en ouvrant son entreprise. Depuis ce moment, celle-ci rencontre certaines difficultés pour obtenir des mandats et trouver des clients. Mis à part un mandat en 2013-2014 et un emploi à faible taux de travail auprès de l'I._____, le demandeur se trouve depuis l'ouverture de son entreprise plutôt désœuvré et dans une situation de précarité qui l'a poussé à faire appel à l'aide sociale. La persistance de sa situation de précarité professionnelle et financière après toutes ces années et la difficulté actuelle à entrevoir une réelle solution l'ont conduit à développer au jour du rapport une symptomatologie anxio-dépressive. Le Dr D._____ a précisé qu'au vu de la pathologie présentée par le demandeur et l'évolution clinique au cours de ces dernières années, le pronostic lui paraissait relativement incertain. Il a estimé au jour du rapport une incapacité de travail à 50 %, et ce probablement à moyen terme, et a encouragé des mesures de réinsertion et d'aide au placement à 50 %. L'incapacité de travail à 50 % remontait à 2011.

Dans un rapport du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) du 11 juin 2015, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, s'est référé au rapport médical du Dr D._____ du 28 mai 2015 en retenant le trouble schizotypique comme atteinte principale à la santé et une incapacité de travail à 50 % depuis 2011. Le Dr N._____ a ajouté que le début de la maladie remontait à 2003 et celui de l'incapacité de travail prolongée remontait à 2011, précisant que les limitations fonctionnelles semblaient être la difficulté à tolérer le stress, l'agressivité, la tendance à la dispersion de la pensée en situation de stress, le manque de confiance en soi et l'insécurité.

Selon un rapport médical daté du 9 juillet 2015, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a suivi le demandeur depuis août 2008, a posé le diagnostic notamment de trouble schizotypique depuis avant 2011 et trouble mixte anxieux et dépressif mixte depuis début 2015 selon rapport du Dr D._____. Le Dr L._____

s'est largement référé au rapport du Dr D._____ et a précisé sous la mention incapacité de travail : 50 % dès 2011 gérée par le Dr D._____.

Dans un avis médical du 27 juillet 2015, le Dr N._____ s'est référé au rapport du SMR du 11 juin 2015, ainsi qu'au rapport médical du Dr L._____ du 9 juillet 2015, et a retenu l'été 2011 comme début de l'incapacité de travail, sans pouvoir être plus précis.

Bénéficiant de mesures professionnelles et de l'aide au placement de l'OAI, Z._____ a effectué un stage auprès de X._____ du 1^{er} septembre 2015 au 30 novembre 2015, puis il a été engagé comme architecte à 50 % par U._____ à [...] du 2 décembre 2015 au 30 septembre 2016.

Par projet d'acceptation de rente du 15 décembre 2015, l'OAI a informé le demandeur que les conditions d'octroi d'une rente AI étaient remplies, le demandeur ayant droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2015 (sous déduction des indemnités journalières perçues durant les mesures d'ordre professionnel), copie étant en outre adressée notamment à T._____ Fondation collective LPP et à la Caisse de Prévoyance H._____. Le Fonds P._____ ne figure pas dans les destinataires de ce projet.

Dans un courrier du 15 décembre 2015, l'OAI a invité la caisse cantonale AVS à calculer la prestation en espèces en faveur du demandeur en précisant que le degré d'invalidité était de 50 % dès le 1^{er} juillet 2012.

Le 10 juin 2016, l'OAI a accordé au demandeur le droit à une demi-rente ordinaire mensuelle de l'AI dès le 1^{er} juillet 2016, en retenant une capacité de travail restreinte depuis l'été 2011 (début du délai d'attente d'un an). L'office a constaté que la demande de prestations du 5 mars 2015 était tardive, le droit à la rente prenant effet au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit le 1^{er} septembre 2015 en l'espèce. Cette décision a été adressée en copie notamment à T._____

et à la Caisse de prévoyance H._____. Le Fonds P._____ ne figure pas dans les destinataires de cette décision.

Le 18 août 2016, une décision AI a été rendue pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 30 juin 2016, accordant au demandeur une demi-rente d'invalidité, versée pour la période de décembre 2015 à juin 2016, le bénéficiaire ayant perçu des indemnités journalières AI pour la période antérieure.

Dans un courrier du 22 novembre 2016, l'OAI a informé la Fondation institution supplétive LPP, Assurance de risques des chômeurs, que le début de l'incapacité de travail durable du demandeur était le 1^{er} juillet 2011.

D. Par courriel du 20 juillet 2016, le demandeur a informé le Fonds P._____ qu'il était au bénéfice d'une demi-rente AI et a requis d'être informé de ses droits à une rente d'invalidité deuxième pilier ; il a joint le contenu de la décision AI du 10 juin 2016 à son courriel. Le 23 août 2016, le Fonds P._____ a demandé une copie du dossier AI de Z._____ à l'OAI afin de pouvoir traiter son dossier. Ledit office a transmis une copie du dossier au Fonds P._____ par pli du 25 août 2016.

En réponse au médecin conseil du Fonds P._____, le Dr D._____ et le psychothérapeute R._____ ont précisé, dans un courrier du 14 novembre 2016, que le demandeur était suivi par le cabinet depuis le 1^{er} septembre 2014 mais que le psychothérapeute R._____ connaissait le demandeur depuis le 12 juillet 2011 lorsqu'il avait repris le suivi entrepris par le Dr G._____. Ils ont ajouté qu'ils avaient estimé une incapacité de travail moyenne de l'ordre de 50 % à partir de l'été 2011, c'est-à-dire au moment où R._____ avait rencontré le demandeur la première fois, soit à partir du 12 juillet 2011.

Par courrier recommandé du 18 novembre 2016, le Fonds P._____ a informé le demandeur que, conformément à l'art. 6 al. 5 du Règlement de Fonds P._____-[...] (pour les ingénieurs et architectes

[...]), le Fonds P._____ était délié de la partie surobligatoire du contrat de prévoyance conclu avec le Fonds P._____ et a annulé avec effet immédiat ce contrat ; en effet, le demandeur avait affirmé dans sa déclaration de santé que, bien qu'il jouissait de sa pleine capacité de travail, il ne souffrait ni d'une infirmité, ni d'une maladie, ni des suites d'un accident, or il ressortait du dossier AI que la pathologie responsable de son incapacité de travail lui était déjà connue lors de son affiliation au fonds le 15 août 2010. Le renseignement donné était ainsi inexact et le demandeur avait ainsi commis une réticence au sens de la disposition précitée, permettant au fonds d'exclure la partie surobligatoire du contrat de prévoyance. En résumé, selon les termes du Fonds P._____, le droit aux prestations ne découlait pas du rapport de prévoyance qui les liait et le demandeur n'avait de ce fait pas droit à des prestations d'invalidité du fonds pour la part surobligatoire. Les éventuelles prestations minimales de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP) restaient toutefois garanties, le fonds étant toujours en attente de renseignements complémentaires à ce sujet. Le demandeur a reçu ce courrier le 22 novembre 2016.

Le 23 décembre 2016, le Dr L._____ a été interpellé par le médecin conseil du Fonds P._____ afin de préciser notamment la date du début de l'incapacité de travail. Ce dernier a répondu le 1^{er} février 2017 qu'il existait une incapacité de travail à 50 % depuis l'été 2011 sans certificat de sa part. Il a précisé que le demandeur n'avait aucune restriction de travail en 2010 à sa connaissance et qu'il travaillait à 100 % le 15 août 2010. Le demandeur était suivi à la Consultation interdisciplinaire de la maltraitance intrafamiliale durant la période entre le 15 août 2009 et le 14 août 2010.

Par courrier du 10 mars 2017, les Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G._____ ont indiqué, sur demande du médecin conseil du Fonds P._____, que le demandeur avait débuté une prise en charge dans leur cabinet en mai 2011 dans un premier temps avec le Dr G._____ puis avec le psychologue R._____. Pour la date exacte du début de l'incapacité de travail du demandeur, ces médecins se sont référés au rapport du psychologue R._____ et ont ajouté qu'ils ne

pouvaient pas se prononcer pour ce qui concerne la période de 2009 à 2010.

Le 6 avril 2017, le Fonds P._____ a informé le demandeur qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité du fonds. Il a relevé qu'il ressortait de la décision de l'OAI que l'invalidité du demandeur dès le 1^{er} décembre 2015 découlait d'une atteinte à la santé qui avait débuté en été 2011 et que le fonds n'était pas lié par la décision de l'OAI puisqu'elle ne lui avait pas été notifiée. Il a constaté que, de toute manière, la date de début de l'incapacité mentionnée par la décision de l'OAI ne coïncidait pas avec le début du délai d'attente et que l'OAI n'avait donc aucune raison d'examiner l'évolution de la capacité de travail de la personne assurée au-delà du délai d'attente. Par conséquent, le fonds n'était pas lié par les décisions de l'OAI et examinait librement les conditions du droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle sur la base des pièces au dossier. Le Fonds P._____ a relevé que selon les informations indiquées dans le dossier de l'OAI, le demandeur était en incapacité de travail depuis l'été 2011, mais qu'aucun certificat d'incapacité de travail n'avait, à cette époque, été établi par un médecin. En outre, il a indiqué que lors de son emploi au sein de la société Q._____ Sàrl, le demandeur avait été en pleine capacité de travail et qu'aucun certificat d'incapacité n'avait été émis par un médecin pendant la période où il avait été affilié au fonds. En conséquence, le fonds a considéré que le demandeur n'était plus assuré au fonds lors de son incapacité de travail qui avait généré l'invalidité, ce qui excluait tout droit à une rente d'invalidité du fonds. Pour finir, le Fonds P._____ a invité le demandeur à prendre contact avec l'institution de prévoyance auprès de laquelle il était assuré au moment où il avait été reconnu incapable de travailler.

Le 11 juillet 2017, le Fonds P._____ a informé le demandeur qu'il maintenait sa décision de refus de prestation.

E. Par acte du 8 août 2017, Z._____ a déposé une demande tendant à ce que le Fonds P._____ soit condamné à lui allouer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2013, ou tout autre échéance à

dire de justice, avec intérêt moratoire de 5 % dès le 9 août 2017. Il fait valoir que le Fonds P._____ était liée par l'estimation de l'invalidité faite par l'OAI et que, quand bien même le Fonds P._____ n'aurait pas été intégré à la procédure devant l'OAI, aucun élément ne justifierait qu'il se distancie de la décision AI et qu'il refuse d'allouer une demi-rente au demandeur. Il invoque qu'il était affilié à ce fonds en été 2011 et que tous les certificats médicaux attestent de son incapacité de travail à 50 % à cette période. Il soutient que c'est vraisemblablement parce qu'il n'était en réalité pas pleinement capable de travailler à 100 % et qu'il souffrait d'ores et déjà des troubles qui lui ont valu l'octroi d'une demi-rente AI que Q._____ Sàrl a résilié son contrat de travail. Dans ce contexte l'absence d'un véritable certificat d'incapacité de travail passerait au second plan. Il ajoute qu'en présence de troubles psychiques, il n'est pas possible d'établir avec précision le déclenchement de la maladie et qu'il est possible qu'un assuré continue à se présenter au travail alors qu'il est en réalité incapable de travailler sur le plan médical. Il se réfère à la jurisprudence pour plaider qu'un assuré ne doit pas subir de préjudice de l'absence d'appréciation relative à la capacité de travail, lorsque les indices mettent en évidence une diminution de la capacité de travail (jugement du 30 mai 2017 de la CASSO ZI16.023665). En définitive, il y a lieu de retenir de l'avis du demandeur que l'origine de l'invalidité est survenue pendant les rapports de travail auprès de Q._____ Sàrl et qu'elle a perduré depuis lors sans amélioration notable, ce qui justifie l'allocation de prestations d'invalidité du Fonds P._____.

Le 12 octobre 2017, le Fonds P._____ a déposé une réponse concluant principalement au rejet de la demande. Subsidiairement, il conclut à ce qu'il soit constaté que les prestations qui seraient le cas échéant dues par le Fonds P._____ sont limitées aux prestations minimales LPP ; à l'exclusion de toutes prestations réglementaires, qu'il soit constaté que la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle le cas échéant due par le Fonds P._____ ne saurait excéder une demi-rente ; qu'il soit constaté que la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle le cas échéant due par le Fonds P._____ n'est due qu'à compter du mois de septembre 2015 ; qu'il soit réservé dans tous les cas

une éventuelle surindemnisation ainsi que la restitution par le demandeur de sa prestation de libre passage. Le Fonds P._____ nie la force contraignante de la décision de l'OAI au motif qu'il n'a pas été intégré dans la procédure en matière d'AI et ne s'est pas vu notifier la décision. En outre, il relève que l'OAI a retenu que la capacité de travail du demandeur s'était considérablement restreinte à l'été 2011, période qui correspondait, selon l'OAI, au début du délai d'attente d'un an selon l'art. 28 al. 1 LAI. Or, le demandeur a sollicité des prestations de l'assurance AI le 4 mars 2015. Ainsi, compte tenu des art. 29 al. 1 LAI et 28 al. 1 let. b LAI, il n'y avait aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail du demandeur au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande, soit antérieurement au mois d'août 2014. Dès lors que la date du début d'incapacité de travail retenue par l'OAI remonte à une période antérieure à août 2015 (*recte* : 2014 selon les déterminations du Fonds P._____ du 24 mai 2018), cet élément n'a aucune force contraignante pour le Fonds P._____. Ce dernier estime donc être libre d'examiner si les conditions d'octroi d'une rente sont remplies. Selon le Fonds P._____, tel n'est pas le cas, la clause d'assurance au sens de l'art. 23 LPP n'étant pas réalisée, subsidiairement, les éventuelles prétentions devraient être limitées aux prestations minimales LPP. En substance, le Fonds P._____ invoque l'absence d'une incapacité de travail au cours de la période courant du 15 août 2010 au 31 juillet 2011, en particulier l'absence d'attestation d'une incapacité de travail en temps réel.

Le 7 décembre 2017, le demandeur a déposé une réplique, tandis que le Fonds P._____ a précisé ses conclusions subsidiaires, par duplique du 20 février 2018, en ce sens que le demandeur devait être condamné à restituer au Fonds P._____ sa prestation de libre passage d'un montant de 12'513 fr. 25 avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 2015 et qu'il soit constaté qu'à défaut de restitution par le demandeur de ce montant, le Fonds P._____ réduira en conséquence le montant des prestations d'invalidité qui sont dues au demandeur.

Les 28 mars 2018 et 24 mai 2018, le demandeur, respectivement le Fonds P._____, ont déposé des déterminations. Le demandeur a requis l'audition de S._____, ainsi que du Dr D._____, tandis que le Fonds P._____ celle de W._____ et de F._____, associés gérants de Q._____ Sàrl, en qualité de témoins.

E n d r o i t :

1. Aux termes de l'art. 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) relatifs à l'action de droit administratif. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente conformément à l'art. 93 al. 1 let. c LPA-VD.

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).

En l'occurrence, l'action du demandeur est formée devant le tribunal compétent à raison du lieu du siège de la défenderesse. Pour le surplus, la demande répond aux exigences de forme imposées par les dispositions de la LPA-VD. L'action est donc recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la

cause doivent être constatés d'office par le juge. Il découle de l'art. 73 al. 2 LPP que la maxime inquisitoire est également applicable à la procédure de l'art. 73 LPP. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En effet, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 117 V 261 consid. 3 et les références citées). Conformément aux art. 28 et 41 LPA-VD qui sont applicables par analogie à la procédure d'action en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD, le Tribunal établit les faits d'office et applique le droit d'office ; il n'est pas lié par les offres de preuves formulées par les parties.

Conformément à l'art. 108 al. 2 LPA-VD, dans le domaine du droit des assurances sociales, le Tribunal cantonal n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut, aux conditions fixées par l'art. 89 al. 3 LPA-VD, statuer au détriment de la partie demanderesse ou lui accorder plus qu'elle n'a demandé.

b) Dans le cas d'espèce, le litige porte sur le droit du demandeur à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, singulièrement sur la question de savoir auprès de quelle institution de prévoyance le demandeur était assuré au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

3. a) Les prestations d'invalidité font l'objet de la section 3 du chapitre 3 de la LPP. Le droit aux prestations est réglé à l'art. 23 let. a LPP, selon lequel ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

En ce qui concerne le début du droit aux prestations d'invalidité, l'art. 26 al. 1 LPP prescrit que les dispositions de la LAI (loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (art. 29 LAI).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI (art. 24 al. 1 let. a LPP). La rente d'invalidité est calculée avec le même taux de conversion que la rente de vieillesse à 65 ans. Le taux de conversion fixé par le Conseil fédéral selon la let. b des dispositions transitoires de la première révision de la LPP du 3 octobre 2003 s'applique aux assurés de la génération transitoire (art. 24 al. 2 LPP). L'avoir de vieillesse déterminant pour le calcul comprend l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré à la naissance du droit à la rente d'invalidité ainsi que la somme des bonifications de vieillesse afférentes aux années futures, jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite, sans les intérêts (art. 24 al. 3 LPP).

Les dispositions susmentionnées étaient déjà en vigueur durant la période considérée.

b) 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 au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans le cadre de la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (ATF 138 V 227 consid. 5.1 et les références citées) ; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 138 V 409 consid. 6.1 ; 123 V 262 consid. 1b).

En matière de prestations d'invalidité dans la prévoyance professionnelle, l'art. 23 LPP représente une disposition centrale : l'art. 23 LPP a pour fonction de régler la compétence relative à l'octroi de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire. Ceci a

lieu premièrement dans le sens d'une délimitation de la responsabilité entre les cas d'invalidité assurés et non assurés, mais aussi deuxièmement en délimitant la responsabilité entre plusieurs institutions de prévoyance. La première survenance de l'incapacité de travail qui constitue la cause de l'invalidité sert ainsi de critère d'attribution de responsabilité pour les prestations d'invalidité LPP (ATF 123 V 262 consid. 1c ; TF 9C_733/2017 du 16 mars 2018 consid. 5.2 et les références citées).

Ces principes posés à l'art. 23 LPP trouvent aussi application en matière de prévoyance professionnelle plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (ATF 143 V 434 consid. 2.2 ; 136 V 65 consid. 3.2 ; 123 V 262 consid. 1b ; 120 V 112 consid. 2b).

c) Au regard de l'art. 23 let. a LPP, l'événement assuré est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né (art. 28 al. 1 let. b LAI ; ATF 138 V 409 consid. 6.1 et 6.2). La diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2) et cette diminution de la capacité fonctionnelle de rendement doit être de 20 % au moins (ATF 144 V 58 consid. 4.4 ; TF 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.5). Il faut donc une perte d'aptitude d'au moins 20 % et elle doit être durable dans le sens où l'atteinte à la santé à la base de cette perte d'aptitude doit être susceptible d'impacter gravement et à long terme la capacité de travail de l'intéressé.

La détermination du moment de la survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, est une question de fait. En revanche, les aspects sur lesquels doit se fonder la décision relative au moment où survient une incapacité de travail déterminante - à savoir de 20 % au moins - relèvent du droit (TF 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 5.1 ; 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.3 ; 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.2).

Le moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité doit être prouvé, selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante qui vaut en droit de la prévoyance professionnelle (ATF 139 V 176 consid. 5.3). A cet égard est déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (Marc Hürzeler *in* Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [éd.], Commentaire LPP et LFLP, Berne 2010, n° 9 *ad* art. 23 LPP). S'il ne peut être établi selon le degré de preuve requis que l'incapacité de travail est survenue pendant le rapport de prévoyance, la personne qui voulait en déduire des droits en supporte les conséquences.

En outre, le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire suppose, selon l'art. 23 let. a LPP, que l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, soit survenue pendant la durée du rapport de prévoyance, y compris la prolongation prévue à l'art. 10 al. 3 LPP, conformément au principe d'assurance (ATF 135 V 13 consid. 2.6 ; 134 V 20 consid. 3.2 ; 123 V 262 consid. 1c). La qualité d'assuré doit ainsi 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 (ATF 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a).

d) 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 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 ; 123 V 262 consid. 1a ; 118 V 35 consid. 5).

Après la dissolution du rapport de prévoyance, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré

lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (conditions cumulatives, ATF 130 V 270 consid. 4.1). En d'autres termes, une invalidité survenue même longtemps après la cessation de la protection de prévoyance peut constituer un événement assuré au sens de la LPP, si et dans la mesure où la survenance de l'incapacité de travail déterminante intervient à un moment où la personne invalide bénéficiait d'une protection de prévoyance. Cette règle vise à tenir compte du fait que l'invalidité au sens de l'AI survient seulement après un délai d'attente d'une année, c'est-à-dire à un moment où le rapport de travail et donc de prévoyance, peut déjà avoir été résilié. Une telle prolongation de responsabilité est toutefois conditionnée par l'exigence d'une relation d'étroite connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail initiale et l'invalidité justifiant l'octroi d'une rente (Hürzeler, *op. cit.*, n° 3 *ad art.* 23 LPP).

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, 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).

aa) 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 ; 123 V 262 consid. 1c). Une relation de connexité matérielle est établie si l'atteinte à la santé à la base de l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui est à l'origine de l'incapacité de travail (ATF 134 V 20 consid. 3.2). Il s'agit d'une question juridique qui doit être appréciée sur la base des documents médicaux. L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale doit être

comparée avec le tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente AI (Hürzeler, *op. cit.*, n° 22 *ad art.* 23 LPP). Par exemple, lorsqu'une incapacité de travail due à des problèmes psychiques est survenue durant le rapport de prévoyance et que ces troubles psychiques ont finalement conduit à une invalidité, l'existence d'une connexité matérielle peut être admise. En revanche, lorsque différents tableaux cliniques se mêlent sans pouvoir être séparés de manière claire, le rapport de connexité matérielle est plus difficile à apprécier. Il faut admettre une telle connexité lorsque des problèmes psychiques sont en rapport avec des affections somatiques et que tous deux ont été diagnostiqués durant le rapport de prévoyance et ont conduit à une incapacité de travail, peu importe que les troubles psychiques se soient ou non aggravés par la suite (TFA B 3/03 du 31 décembre 2003 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, il est également possible d'admettre un rapport de connexité matérielle dans les cas où les causes à la base de l'incapacité de travail survenue pendant le rapport de prévoyance étaient somatiques et que l'invalidité donnant droit à une rente de l'AI était due à des raisons psychiques ; dans ce cas, le fait que les problèmes psychiques se soient déjà manifestés durant le rapport de prévoyance et aient visiblement contribué au déroulement de la maladie est une condition nécessaire, mais pas suffisante (TFA B 37/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.3). Il importe que les troubles psychiques puissent être qualifiés de maladie au moment de l'incapacité de travail et qu'ils aient donc été à même de restreindre la capacité de travail (TFA B 73/05 du 3 mai 2006). Cependant, même s'il faut admettre que des troubles psychiques ont été causés par les souffrances physiques de l'assuré (« situation pesant sur le moral »), il ne s'agit pas là d'un élément suffisant pour admettre - au degré de la vraisemblance prépondérante - un lien de connexité matérielle entre ces deux pathologies, 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 références citées).

bb) Une étroite connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité doit, en outre, exister pour avoir un droit à des prestations envers une institution de prévoyance selon l'art. 23 LPP. La

connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; TF 9C_335/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.2). 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. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 123 V 262 consid. 1c ; 120 V 112 consid. 2c/aa). En tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée, la connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure se définit d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; TF 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 2.2).

Pour l'apprécier, il faut considérer l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels que la nature et l'ampleur de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, les indications données par l'employeur quant à la réelle efficacité de la personne concernée, les motifs ayant amené celle-ci à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. 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 (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

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'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à

nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; 123 V 262 consid. 1c ; 120 V 112 consid. 2c/aa ; TF 9C_768/2008 du 15 mai 2009 consid. 3, 9C_335/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.2). Ont par exemple été pris en compte pour retenir une rupture du lien de connexité temporelle le fait que le recouvrement de la capacité de travail ait été prouvé par un travail réellement effectué durant quatre mois après une période de chômage de deux mois avec une pleine aptitude au placement (TFA B 19/98 du 21 juin 2000) ou que l'incapacité de travail ne se soit pas manifestée dans le rapport de travail.

Le Tribunal fédéral a précisé que la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsqu'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité lucrative adaptée existe durant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4 et 4.5).

Dans le cas où la personne concernée a perçu des indemnités de chômage, il convient de prendre en considération la situation telle qu'elle apparaît de l'extérieur pour apprécier s'il y a ou non existence d'une connexité temporelle (TFA B 100/02 du 26 mai 2003 consid. 4.1 et B 18/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.2.1). On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (TFA B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). Il y a lieu d'accorder une importance à la perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, en cas de pleine aptitude au placement, lorsqu'il n'existe aucun élément indiquant que la personne assurée serait redevenue inapte à travailler pendant sa période de chômage (Hürzeler, *op. cit.*, n° 30 *ad art.* 23 LPP ; RSAS 1997 p. 459

ss). Enfin, il faut rappeler qu'une personne handicapée physique ou mentale peut être réputée apte au placement si un travail convenable peut lui être procuré sur le marché de l'emploi, conformément à l'art. 15 al. 2 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), et elle est réputée apte à être placée jusqu'à la décision de l'assurance-invalidité ou d'un autre assureur compétent, sans que cette reconnaissance n'ait d'incidence sur l'appréciation par ces assureurs de son aptitude au travail ou à l'exercice d'une activité lucrative, selon l'art. 15 al. 3 OACI (ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.02).

e) La notion d'invalidité de la prévoyance professionnelle correspond à celle de l'assurance-invalidité (art. 26 al. 1 LPP). Plusieurs éléments sont nécessaires pour que l'on puisse admettre l'existence d'une invalidité : une atteinte à la santé (élément médical), une perte totale ou partielle de possibilités de gain sur un marché du travail équilibré (élément économique), une atteinte à la santé qui se manifeste par une perte économique (élément causal), une incapacité de gain de longue durée (élément temporel) et une obligation de diminuer le préjudice (d'éventuelles mesures de réadaptation priment le droit à la rente) (Ghislaine Frésard-Fellay *in* Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, volume II, Berne 2015, p. 420). Il n'y a pas invalidité, si l'incapacité de gain découle non d'une atteinte à la santé, mais d'autres facteurs dits étrangers à l'invalidité, tels que l'âge, le manque de formation, un pur phénomène de dépendance ou des circonstances socioculturelles et la jurisprudence a concrétisé l'art. 7 LPGA en délimitant l'incapacité de gain due à l'invalidité par rapport à celle attribuable à d'autres restrictions (FF 2005 4215, 4285 ; ATF 127 V 294 ; 107 V 21 consid. 2c).

f) La jurisprudence a précisé que 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 effectuée par les organes de

l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1 ; 138 V 409 consid. 3.1 ; 129 V 73 consid. 4.2 ; 126 V 308 consid. 1 ; TF 9C_442/2015 du 13 octobre 2015 consid. 4.1 ; ATF 123 V 270 consid. 2a ; 115 V 208 consid. 2b). La force contraignante de la décision de l'organe de l'AI pour l'institution de prévoyance repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes (TF B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.3.2).

La force contraignante des décisions de l'AI est basée sur la prémisse que l'institution de prévoyance touchée d'après l'art. 49 al. 4 LPGA a participé à la procédure AI au plus tard lors du préavis selon l'art. 73^{bis} al. 2 let. f RAI (ATF 132 V 1 ; 129 V 73 consid. 4.2), c'est-à-dire que ce préavis a été dûment notifié à l'institution de prévoyance et que celle-ci a donc pu prendre part à la procédure de recours contre la décision de l'AI.

Cette force contraignante vaut en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et 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 ; 123 V 269 consid. 2a). Concrètement, les constatations de l'assurance-invalidité sont ainsi généralement contraignantes pour les institutions de prévoyance par rapport à la fixation du taux d'invalidité et par rapport à la survenance de l'incapacité de travail invalidante (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa).

Le Tribunal fédéral a précisé que la force contraignante de la décision de l'AI pour l'institution de prévoyance vaut en ce qui concerne les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité qui étaient déterminantes dans la procédure de l'AI pour établir le droit à une rente d'invalidité et qui devaient effectivement faire l'objet d'une détermination (TF B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.3.2 non publié *in* ATF 130 V 501). Tel n'est par exemple pas le cas lorsque le degré d'invalidité fixé par les organes de l'AI résulte de plusieurs causes dont seules certaines sont à l'origine d'une incapacité de travail survenue

durant l'affiliation à une institution de prévoyance au sens de l'art. 23 LPP (TF B 32/05 du 24 juillet 2006).

Dans la mesure où le droit à la rente de l'assurance-invalidité présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), 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 de la personne assurée 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 appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (TF 9C_928/2013 du 20 février 2014 consid. 4.1 ; 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 ; voir également TF 9C_414/2007 du 25 juillet 2008 consid. 2.4).

Compte tenu des précisions apportées par la jurisprudence et rappelées ci-dessus, le principe selon lequel les décisions de l'assurance-invalidité lient les institutions de prévoyance trouve sa limite, d'une part, lorsque la décision de l'AI n'est pas soutenable et, d'autre part, lorsque la décision des organes de l'AI est fondée sur des éléments sans pertinence pour la détermination du droit à une prestation de prévoyance professionnelle. Dans ces cas, les institutions de prévoyance sont tenues d'examiner librement les conditions du droit aux prestations (TFA B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b ; OFAS [Office fédéral des assurances sociales], Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 58, ch. 360). Elles peuvent par exemple retenir que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle est survenue dans une mesure plus restreinte plus d'une année avant la date fixée par l'assurance-invalidité pour arrêter le début du droit à la rente (TFA B 47/98 du 11 juillet 2000 *in* RSAS 2003 p. 45 ; cf. également TF 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 4.1).

g) 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).

h) Du point de vue temporel, d'après les principes généraux en matière transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions réglementaires ou statutaires des institutions de prévoyance (ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; 127 V 309 consid. 3b ; 121 V 97 consid. 1a). En présence d'un état de chose durable, non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle générale applicable, sauf disposition transitoire contraire (TFA C 89/2001 du 19 mars 2002 consid. 4a et les références citées ; voir également ATF 137 II 371 consid. 4.2 et les références citées). En matière de rente d'invalidité, l'état de fait dont découle le droit aux prestations n'est pas le début de l'incapacité de travail, considéré comme un événement isolé dans le temps, mais l'incapacité de travail comme telle, qui est un état de fait durable. La situation juridique qui donne lieu à une rente d'invalidité n'est donc pas ponctuelle. Elle perdure jusqu'au moment de la naissance du droit aux prestations, soit dans le domaine de la prévoyance obligatoire et en règle ordinaire, à l'échéance de la période de carence d'une année selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. art. 26 al. 1 LPP). En cas de modification réglementaire durant cette période et conformément aux principes susmentionnés, ce sont les nouvelles règles qui sont applicables, sauf disposition contraire. Les anciennes règles n'attachent aucune conséquence juridique particulière à la date de la survenance de l'incapacité de travail, tant et aussi longtemps que cette incapacité ne

fonde pas un droit à des prestations d'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 1c ; 127 V 309 consid. 3b).

i) Les institutions de prévoyance qui participent à l'application du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (art. 48 al. 1 LPP) doivent respecter les exigences minimales fixées aux art. 7 à 47 LPP (art. 6 LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP ; Message du Conseil fédéral à l'appui de la LPP, FF 1976 I 127 ch. 313 et 314 ; ATF 138 V 176 consid. 5.2 ; 131 II 593 consid. 4.1 et les références citées).

Lorsqu'une institution de prévoyance décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi (prévoyance surobligatoire ou plus étendue), on parle alors d'institution de prévoyance « enveloppante ». Une telle institution est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 138 V 176 consid. 5.3 ; 115 V 103 consid. 4b).

Quand une institution de prévoyance (de droit privé) décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées par la loi, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (*sui generis*) dit de prévoyance (ATF 131 V 27 consid. 2.1). Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé de ce contrat, à savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concluants (ATF 138 V 176 consid. 6).

4. Sur la base des considérations qui précèdent, il y a lieu de déterminer si, en l'espèce, le demandeur présente une invalidité lui donnant droit à une prestation du défendeur. Il convient en particulier d'examiner si le défendeur est lié par la décision de l'OAI, puis si d'éventuelles prestations d'invalidité lui incombent.

a) Une décision de l'OAI reconnaît le droit à une rente d'invalidité au demandeur. Pour déterminer si le défendeur est lié par l'appréciation faite dans cette décision, il s'agit dans un premier temps d'examiner si le défendeur reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité. Dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015, l'art. 28 du règlement de prévoyance du défendeur produit par celui-ci prévoyait ce qui suit :

« 1. L'assuré incapable de travailler reçoit une rente complète si, avant d'avoir atteint l'âge de la retraite, il devient invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI fédérale. En cas d'invalidité partielle, l'assuré a droit :

- a) à trois quarts de rente si son invalidité est de 60% au moins ;
- b) à une demi-rente si son invalidité est de 50% au moins ;
- c) à un quart de rente si son invalidité est de 40% au moins. »

Le défendeur soutient que, comme l'OAI a fixé le début du droit du demandeur à des prestations d'invalidité au 1^{er} septembre 2015, le règlement selon sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2015 serait applicable. Le droit aux prestations était en tous les cas né à cette date au plus tard. Si l'on se réfère au règlement dont le défendeur se prévaut, il fait expressément référence à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, de sorte que le défendeur est en principe lié par l'estimation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité. Le défendeur ne conteste d'ailleurs pas avoir adopté la même définition de l'invalidité que l'AI, mais il estime que les conditions lui imposant la force contraignante de l'appréciation de l'OAI ne sont pas remplies en l'espèce.

Pour être contraignantes, les considérations de l'OAI doivent en effet figurer dans une décision dûment notifiée à l'institution de prévoyance, lui permettant ainsi d'exercer son droit de recours le cas échéant. Or, en l'espèce, la décision de l'OAI n'a pas été notifiée au défendeur. Le demandeur fait valoir que le Fonds P._____ a eu connaissance de la décision rendue le 10 juin 2016 avant l'échéance du délai de recours, compte tenu des fêtes, puisqu'il lui a adressé copie de la décision par courriel du 20 juillet 2016. Il ne suffit cependant pas que le défendeur ait eu connaissance de l'existence de cette décision pour être

lié ; ladite décision doit lui avoir été dûment notifiée, ce qui n'a pas été le cas. Le défendeur n'a pas été associé à la procédure ; il n'a pas eu l'occasion de participer à la procédure au stade du préavis conformément à l'art. 73^{bis} al. 2 let. f RAI. La procédure devant l'OAI a attiré une autre institution de prévoyance, ce qui laisse penser que la compétence de l'institution défenderesse n'était pas établie à l'époque, de sorte que la décision a été notifiée à la dernière institution à laquelle le demandeur était affilié ou à l'institution à laquelle un droit à des prestations avait été annoncé. La force contraignante de la décision AI ne peut donc pas être imposée au défendeur.

Par ailleurs, on relève que la demande AI a été déposée le 4 mars 2015, soit près de quatre ans après les rapports de travail pour lesquels le demandeur était affilié auprès du défendeur. L'OAI ne précise pas la date exacte de la survenance de l'incapacité de travail, se référant simplement à l'été 2011 ; compte tenu du temps écoulé jusqu'à la demande de prestations, l'OAI n'avait aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail du demandeur au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande et faire des mesures d'instructions complémentaires afin de déterminer la date exacte du début de l'incapacité de travail. Or, en tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle. Il faut dès lors constater que la décision rendue par l'OAI n'a, en raison du dépôt tardif de la demande de prestations, pas de force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle pour ce qui concerne la période antérieure à celle des six mois précédant le dépôt de la demande (consid. 3f *supra*, en particulier TF 9C_928/2013 du 20 février 2014 consid. 4.1).

Pour ces motifs, la force contraignante de la décision de l'OAI doit être niée. Par conséquent, le Fonds P._____ n'est pas lié par les considérations de la décision de l'assurance-invalidité.

b) Pour constater l'existence d'une invalidité, on se réfère aux pièces au dossier, en particulier aux rapports médicaux. On peut admettre l'existence d'une invalidité partielle en tous les cas en 2015, divers médecins ayant constaté une atteinte à la santé générant une incapacité de travail partielle à cette époque (notamment rapports du Dr D. _____ du 28 mai 2015 ; du Dr L. _____ du 9 juillet 2015). L'invalidité partielle du demandeur au jour de l'établissement des divers rapports médicaux n'est d'ailleurs pas contestée par le défendeur. En revanche, il y a lieu de déterminer quand cette invalidité est survenue, l'estimation faite par le Dr D. _____ notamment dans son rapport du 14 novembre 2016 et reprise par les autres médecins étant contestée par le défendeur.

c) Pour déterminer si le Fonds P. _____ est tenu de verser des prestations, il y a lieu d'examiner si le demandeur était affilié au moment de la survenance de l'événement assuré et pour cela il faut déterminer au préalable à quelle date est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Il résulte du rapport médical du Dr D. _____ du 28 mai 2015 que le demandeur souffre de trouble schizotypique depuis 2011 et de troubles anxieux et dépressif mixte depuis début 2015, le demandeur suivant un traitement ambulatoire depuis l'été 2011. Le Dr D. _____ relève que le demandeur a connu au cours de sa vie quelques épisodes de décompensation sur un mode psychotique dans des moments de stress intense, parfois liés avec des ruptures sentimentales difficiles à gérer, occasionnant à quelques reprises la perte de son emploi et/ou de son logement. Afin de se protéger d'éventuels échecs professionnels futurs, le demandeur a décidé de s'installer comme indépendant et a connu dès ce moment des difficultés à obtenir des mandats, de sorte que le demandeur s'est retrouvé dans une situation de précarité qui l'a poussé à faire appel à l'aide sociale. La persistance de sa situation de précarité professionnelle et financière après toutes ces années et la difficulté à entrevoir une réelle solution l'ont conduit à développer au jour du rapport une symptomatologie anxio-dépressive. Le Dr D. _____ indique que l'incapacité de travail remonte à 2011. Par la suite, il a précisé que

l'incapacité de travail pouvait être fixée au 12 juillet 2011, date du premier entretien avec le psychologue du cabinet, M. R._____.

On constate que l'appréciation du Dr D._____ est faite environ quatre ans après la date supposée de la survenance de l'incapacité de travail, de sorte que, pour qu'elle puisse être suivie, il faudrait d'autres éléments objectifs démontrant que l'atteinte à la santé s'est manifestée ou a exercé une influence concrète dans le cadre des rapports de travail à la date présumée. Or, ni le Dr D._____ ni aucun autre médecin n'a constaté l'existence d'une incapacité de travail partielle, pas même temporaire, en 2011, alors que le demandeur était déjà suivi par le Dr D._____ à cette époque. On s'étonne dès lors, si le demandeur était vraiment en incapacité de travail déjà en été 2011, de ce que son médecin ne l'ait pas attesté avant mars 2015. Le rapport du Dr D._____ ne donne pas les motifs pour lesquels il estime que la date présumée de la survenance de l'incapacité remonte à l'été 2011, si ce n'est que cela correspond au début de la prise en charge du demandeur dans son cabinet. De plus, l'argument du recourant selon lequel un certificat d'incapacité de travail n'était pas nécessaire en raison de la libération de son obligation de travailler à cette période auprès de Q._____ Sàrl tombe à faux dès lors qu'il s'est ensuite directement présenté au chômage, puis auprès d'un autre employeur à partir de septembre 2011, ce qui pouvait justifier la délivrance d'un certificat médical.

L'avis SMR du Dr N._____ du 11 juin 2015 et le rapport médical du Dr L._____ du 9 juillet 2015 n'apportent pas d'autres éléments puisqu'ils se réfèrent largement au rapport médical du Dr D._____. Le premier précise que l'atteinte principale à la santé est le trouble schizotypique, relevant que le début de la maladie remontait à 2003 et le début de l'incapacité de travail prolongée à 2011. Le second indique qu'il suit le demandeur depuis 2008, de sorte que l'on s'étonne encore une fois que ce médecin n'ait constaté l'incapacité de travail que quatre ans plus tard. S'il est patent que l'atteinte à la santé existait bien

avant juillet 2011, rien n'indique qu'il en résultait une incapacité de travail à cette date.

La décision de l'OAI ne fixe pas la date exacte de la survenance de l'incapacité de travail ; on déduit du dossier AI que l'OAI a considéré que la survenance de l'incapacité de travail pouvait être fixée au 1^{er} juillet 2011 ; toutefois, il s'est fondé sur les rapports médicaux précités, à savoir essentiellement sur le rapport médical du psychiatre traitant du demandeur. Il n'a pas procédé à des investigations complémentaires pour fixer la date de début de l'incapacité dès lors que la demande AI avait de toute façon été déposée tardivement, en mars 2015. La décision AI n'apporte ainsi pas d'élément déterminant permettant de fixer de manière précise la date de la survenance de l'incapacité de travail en juillet 2011 au moins.

Or, pour que les constatations médicales ultérieures sur la survenance de l'incapacité de travail, déterminée de manière rétrospective, puissent être suivies, il faut encore que les effets négatifs de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail pendant les rapports de prévoyance soient attestés en temps réel (TF 9C_851/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2). En l'espèce, il n'existe ainsi au dossier aucun constat d'incapacité de travail établi en temps réel, soit au moment ou à une date proche de la prétendue date de la survenance de cette incapacité, alors que le demandeur était suivi par un psychiatre, un médecin généraliste et un psychologue.

Dans ses diverses demandes, Z._____ a lui-même déclaré être apte au travail à plein temps après juillet 2011. Il a ainsi perçu des indemnités de chômage en août et septembre 2011, puis a travaillé chez B._____ S.A. de septembre à novembre 2011, avant de bénéficier à nouveau d'indemnités de chômage de novembre 2011 à octobre 2012. L'inscription au chômage a été effectuée avec une pleine aptitude au placement et on ne dispose d'aucun élément indiquant que le demandeur serait en réalité redevenu inapte à travailler pendant sa période de chômage. Le demandeur semble donc avoir été en capacité de travail

pendant une relativement longue période après juillet 2011. Dans le formulaire de communication de détection précoce adressé à l'OAI le 9 janvier 2015, le demandeur indique même connaître des difficultés depuis le mois de février 2014 environ. Dans sa demande AI du 4 mars 2015, il mentionne des institutions de prévoyance auprès desquelles il a été assuré après août 2011 et ne semble ainsi pas avoir l'intention de se prévaloir d'une incapacité de travail pendant qu'il était affilié auprès du Fonds P._____. Certes, il est possible que le demandeur n'ait pas perçu l'ampleur de son état, de sorte qu'il y a lieu d'examiner si et dans quelle mesure, dans les faits, il a été capable de travailler.

Selon les associés gérants de la société Q._____ Sàrl, qui l'employait pendant la période d'affiliation du demandeur au fonds, Z._____ a travaillé à plein temps jusqu'à la fin des rapports de travail, sous réserve des jours de vacances pris à la fin des rapports de travail ; ils ont ajouté qu'aucune absence particulière n'était à signaler durant la période d'engagement et que le licenciement avait eu lieu à la suite d'une restructuration de l'équipe (courriers des 11 novembre 2016 et 19 janvier 2018). Ces éléments tendent également à démontrer que le demandeur était en capacité de travail pendant la période litigieuse.

On ne trouve ainsi pas d'incapacité de travail manifestée dans le rapport de travail pendant la période d'affiliation au fonds.

En définitive, l'invalidité n'est pas établie pour une période antérieure au 31 juillet 2011 ; il existe une atteinte à la santé qui remonte à 2003, mais il n'est pas démontré l'existence d'une perte partielle de possibilités de gain pendant cette période, ni de ce que l'atteinte à la santé se serait manifestée par une perte économique pendant la durée des rapports de travail.

d) Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir que l'atteinte psychique à l'origine de l'incapacité de travail ayant donné lieu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité serait survenue au cours de la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès du défendeur. Or,

pour que le défendeur soit tenu de prêter, il faut que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité soit survenue au cours des rapports de prévoyance. D'après les pièces versées au dossier, les rapports de travail entre le demandeur et la société Q._____ Sàrl ont débuté le 15 août 2010 pour prendre fin le 31 juillet 2011. Le demandeur échoue ainsi à la preuve de son droit à une prestation de la part du défendeur.

Compte tenu du laps de temps écoulé depuis juillet 2011 et de la difficulté à apprécier rétrospectivement un état psychique et son évolution, toute tentative de vouloir compléter l'instruction sur cette question apparaît vouée à l'échec. La réquisition d'audition du Dr D._____ est donc rejetée, on ne voit pas en quoi il pourrait apporter des éléments complémentaires. Les réquisitions d'audition des témoins W._____ et F._____ sont rejetées, dès lors que ces auditions ne sont pas de nature à apporter davantage d'éléments sur un point déterminant. Ils se sont déjà exprimés par écrit de manière claire et explicite. L'audition de l'ancien collègue du demandeur, S._____, est également refusée ; on ne voit en effet pas en quoi son audition pourrait permettre à la Cour de céans de déterminer la date de début de l'incapacité de travail.

En définitive, il n'est pas possible de retenir que l'atteinte psychique à l'origine de l'incapacité de travail ayant donné lieu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité est survenue au cours de la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès du défendeur et que dite invalidité lui ouvre un droit à une rente auprès de cette institution.

5. a) Mal fondée, la demande formée par Z._____ contre le Fonds P._____ doit par conséquent être rejetée.

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

c) Bien que le défendeur obtienne gain de cause, il ne peut prétendre à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la

jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 128 V 323 ; 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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

- I. La demande formée le 8 août 2017 par Z._____ contre le Fonds P._____ est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais de justice, 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 Yvan Henzer (pour Z._____),
- Me Jacques-André Schneider (pour le Fonds P._____),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :