

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 30 août 2019

Composition : M. PIGUET, président
 M. Métral, juge, et Mme Férolles, assesseur
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

C._____, à [...], demandeur, représenté par Me Henri Bercher, avocat à Nyon,

et

H._____, à [...], défenderesse,

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en ...][...], marié et père de deux enfants nés en [...] et [...], a été victime d'un accident de la route le 5 septembre 2009. Alors qu'il circulait en vélo, il est entré en collision avec une voiture et a subi une fracture-luxation radio-carpienne du poignet droit ainsi que des contusions au visage. Hospitalisé du 5 au 25 septembre 2009 au Z._____ (ci-après : Z._____), il a bénéficié d'une réduction chirurgicale de sa fracture, suivie d'une reconstruction du cartilage articulaire par une greffe costale, pratiquées par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. C._____ a présenté une totale incapacité de travail depuis le jour de l'accident.

B. Employé à l'époque des faits en qualité de comptable au service de la société G._____ à [...],C._____ était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'V._____, qui a pris le cas en charge.

a) Dans le cadre de l'instruction de son dossier, V._____ a notamment mis en œuvre deux expertises, qu'elle a confiées aux Drs R._____ et W._____, spécialistes en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main à la K._____, d'une part, et au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'autre part.

aa) Dans leur rapport du 22 juin 2011, les Drs R._____ et W._____ ont retenu les diagnostics de status à 21 mois post-fracture luxation ouverte postérieure du carpe droit (traitée en urgence par réduction fermée, puis à 10 jours par greffe chondro-costale pour reconstruction de la partie dorsale de la fossette lunarienne, suture ligamentaire radio-carpienne palmaire et dorsale, libération du nerf médian au poignet droit), de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit, d'allodynie des trois cicatrices (palmaire et dorsale du poignet droit et costal inférieur droit), de raideur du poignet droit,

d'insomnies et d'intolérance à l'effort. Les experts ont évalué la capacité de travail de C. _____ en ces termes :

Dans son activité de comptable : Nous proposons au Dr D. _____ d'assumer une reprise thérapeutique de 2 matins par semaine pendant 2 semaines, puis chaque matin durant les 2 semaines suivantes et ceci dès le 1.9.2011. Un retour au travail à 50% devrait être envisagé dès le 1.10.2011. Cette incapacité de 50% consisterait en une durée de travail de 50%, c'est-à-dire en un travail uniquement les demi-journées et non à un rendement de 50% avec un horaire normal, ce qui n'est pas possible dans une activité de comptable. Une activité dans cette branche consiste donc en une limitation du nombre d'heures de travail quotidien et dans une limitation des déplacements professionnels. Après 3 mois de travail à 50%, une réévaluation devrait être faite pour un retour à 75% (1.1.2012). Sous réserve d'une bonne tolérance à la reprise du travail, une capacité à 100% doit être envisagée dès le 1.3.2012, soit à 2.5 ans de l'accident.

Comme mentionné plus haut, une ablation de la vis par le Dr D. _____ nécessiterait une incapacité de travail de 100% durant 4 semaines.

bb) Dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2011, le Dr N. _____ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'épisode dépressif léger, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle (F32.0) et de limitations en lien avec les séquelles d'une fracture complexe du poignet droit, reconstruite par greffe de cartilage costal avec une ligamentoplastie par réancrage, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - d'accentuation de certains traits de personnalité, trait de personnalité histrionique (Z73.1) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Il a fixé la survenance des premiers symptômes anxieux et dépressifs à quelque cinq mois avant l'expertise. Il a relevé que C. _____, célibataire, parvenait à réaliser ses tâches ménagères seul, gérait son quotidien sans difficulté, son hygiène personnelle étant impeccable. Sa concentration et ses capacités cognitives étaient conservées. Procédant à la comparaison de ces aptitudes au faible score obtenu au test des matrices de Raven, l'expert en a déduit une nette exagération des plaintes cognitives. Il a au demeurant écarté l'existence de troubles anxieux spécifiques sortant du contexte de l'épisode dépressif léger en rémission partielle de même que tout état de stress post-traumatique, constatant notamment l'absence de flashbacks et de comportements d'évitement. Selon le Dr N. _____,

C._____ présentait au plan psychiatrique une incapacité de travail de 100% depuis l'accident jusqu'au 14 décembre 2011, puis de 50% jusqu'au 14 janvier 2012, date à partir de laquelle une reprise du travail en plein était possible, sans diminution de rendement.

Se fondant sur les rapports d'expertise des Drs R._____, W._____ et N._____, V._____ a, par décision du 27 décembre 2011, mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} avril 2012.

b) Cette décision a été annulée par V._____ après que C._____ a produit en procédure d'opposition un rapport du 5 juin 2012 du Dr P._____, psychiatre traitant depuis le 27 octobre 2011, posant les diagnostics d'épisode dépressif majeur sévère sans caractéristiques psychotiques (F32.2) et d'état de stress posttraumatique (F 43.1), induisant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée au niveau psychiatrique. V._____ a alors repris le versement des indemnités journalières et ordonné la mise en œuvre de deux nouvelles expertises, confiées aux Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, et au Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

aa) Dans son rapport du 19 février 2013, le Dr X._____ a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique partielle du poignet droit, de status après ablation d'une vis cassée intraarticulaire radio-lunaire du poignet droit le 11 juin 2012, de status après ostéosynthèse de la styloïde, chondroplastie de la facette lunarienne du radius et suture du ligament radio-carpien le 16 septembre 2009 avec complications secondaires par maladie de Sudeck transitoire, résorption partielle du greffon cartilagineux et fragmentation intraarticulaire d'une vis en 2010 et de status après fracture intraarticulaire du radius distal droit avec luxation radio-carpienne dorsale le 5 septembre 2009. Le Dr X._____ a relevé qu'au moment de l'expertise, C._____ présentait essentiellement une incongruence post-traumatique douloureuse radio-lunaire de son poignet droit, évoluant vers une arthrose post-traumatique définitive à ce niveau, sans signe de

Sudeck (selon scinti-spect-ct du 8 février 2013). Selon l'expert, compte tenu de l'arthrose définitive, le *statu quo ante* et le *statu quo sine* ne seraient plus jamais retrouvés. Cela ne remettait toutefois pas en cause - du point de vue somatique - l'exigibilité d'une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle de comptable que dans toute autre activité adaptée ne nécessitant pas de manutention en force ni de mouvements répétitifs du poignet droit.

bb) Dans son rapport du 5 juin 2013, le Dr J._____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0) et de trouble anxieux non spécifié (F41.9), estimant que ces pathologies restaient sans effet sur la capacité de travail. Au chapitre des conclusions (cf. rapport d'expertise p. 25 ss), le Dr J._____ s'est exprimé en ces termes :

Votre assuré est un homme de 4[...] ans, marié et sans enfant qui rapporte des antécédents familiaux psychiatriques relativement lourds. Il dit que de son côté, il n'a pas relevé de troubles psychiques jusqu'ici. On sait pourtant le deuil difficile de son père en 2007, même s'il n'y a pas eu de soins pour ce motif, d'après les informations à disposition.

En date du 05.09.2009, M. C._____ a été victime d'un accident de circulation. Une perte de conscience de courte durée est probable. Tant le scanner cérébral à l'entrée que ce qui est décrit au dossier parlent toutefois contre une atteinte cérébro organique. Le status neurologique a toujours été normal du point de vue du système nerveux central. Le diagnostic principal reste une fracture luxation ouverte du poignet droit qui a été traitée chirurgicalement. Cet aspect de l'atteinte à la santé de l'intéressé a été apprécié à part et le soussigné n'a pas à revenir là-dessus.

L'intéressé n'a pas présenté de troubles psychiques au départ. On ne trouve rien d'objectif au dossier en ce sens. Comme cela a été rapporté plus haut, les symptômes anxieux et dépressifs fluctuants ne remontent qu'à cinq mois avant l'expertise N._____ soit au moins de juin 2011 et vraisemblablement à un moment où l'intéressé prenait conscience du « plateau de réadaptation ».

En l'état, la seule pathologie psychiatrique qui peut être reconnue dans ce cas n'a rien de préoccupant. Il s'agit d'un épisode dépressif léger, sans plus. Il s'agit d'un trouble anxieux non spécifié, sans plus. Comme cela a été argumenté plus haut, un tel tableau clinique ne saurait être associé à des limitations psychiatriques significatives et à une quelconque incapacité de travail.

Il est par contre vrai que M. C._____ souffre de la situation actuelle. Il est vrai qu'il a beaucoup perdu pour lui qui avait fortement investi son intégrité physique et ses performances sportives, en particulier. Il est aussi vrai que ce sujet a des standards relativement élevés et qu'il a plus de difficultés que tout un chacun à accepter une atteinte à son intégrité physique.

En l'état, il y a beaucoup d'arguments pour admettre que votre assuré s'est aujourd'hui campé dans une position de révolte et de non acceptation des conséquences physiques et socioprofessionnelles liées à son accident. Cette position psychologique est vraisemblablement le primum movens de l'adoption d'un comportement d'invalidé.

Cette position psychologique ne peut pas être assimilée à une maladie psychiatrique per se. Il s'agit bien plus d'un comportement anormal de malade que d'un trouble mental stricto sensu.

Au terme de son évaluation, le soussigné est persuadé qu'il n'y a pas lieu de retenir une quelconque incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il n'y en a jamais eu.

Si l'on applique les règles académiques usuelles, la médication psychotrope n'est pas strictement indiquée dans un tel cas, sachant que l'assuré n'a jamais dépassé le seuil d'un épisode dépressif léger. En termes de qualité de vie, ce sujet pourrait effectivement bénéficier d'un suivi psychothérapeutique. Le but devrait en être le travail de deuil d'une certaine intégrité corporelle et la mobilisation des moyens de faire face à la situation actuelle.

Sur le plan professionnel, ce sujet pourrait bénéficier d'un reclassement, si ses limitations physiques le justifiaient. Sur le plan psychiatrique, le soussigné n'a pas de propositions à formuler puisqu'il ne retient pas d'incapacité de travail dans le champ de sa spécialité.

Le pronostic psychiatrique à long terme n'est pas nécessairement mauvais, si on s'en tient à ce qui est strictement médical dans ce cas.

c) Par décision du 21 janvier 2014, confirmée en procédure d'opposition le 30 avril 2014, V._____ a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement médical dès le 1^{er} mai 2014, refusé le droit à une rente d'invalidité et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Se référant aux conclusions concordantes des experts X._____ et J._____, l'assureur a retenu l'absence de toute incapacité de travail au plan somatique depuis mars 2012, sous réserve de l'incapacité ponctuelle induite par l'ablation d'une vis cassée en juin 2012.

d) Par arrêt du 20 août 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision sur opposition du 30 avril 2014 (arrêt AA 57/14 - 82/2015). Non contesté, cet arrêt est devenu définitif et exécutoire.

C. Entretiens, le 18 janvier 2010, C._____ avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a fait verser à son dossier celui d'V._____ et a interpellé le Dr D._____, lequel, dans un rapport du 26 septembre 2011, a attesté une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2011, préconisant de commencer par deux matins par semaine, puis chaque matin pendant deux semaines dès le 1^{er} octobre 2011, l'assuré devant éviter les activités nécessitant le port de charge de plus de 15 kg ainsi que les travaux physiques soutenus.

Se ralliant à un avis du 25 avril 2012 du Dr Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a rendu le 2 mai 2012 un premier projet de décision aux termes duquel il informait C._____ de son intention de lui allouer une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 31 janvier 2012 et une demi-rente du 1^{er} février au 31 mai 2012. L'OAI a retenu que l'intéressé avait présenté, en raison des suites de la fracture de son poignet droit, une incapacité de travail de 100% du 6 septembre 2009 au 31 octobre 2011, puis de 50% dès le 1^{er} novembre 2011, avant de recouvrer une capacité de travail entière dès le 1^{er} mars 2012, dans son activité habituelle de même que dans toute activité adaptée ne mettant pas à contribution son poignet droit.

Reprenant l'instruction de son dossier ensuite des objections déposées le 11 juin 2012 par C._____, l'OAI a requis de l'assureur-accidents les rapports d'expertises médicales des Drs R._____ et W._____, N._____, X._____ et J._____.

Dans deux avis du SMR des 18 octobre 2012 et 30 avril 2014, le Dr F._____ a conclu à une incapacité de travail de 100% du 6 septembre 2009 au 30 septembre 2011, de 50% du 1^{er} octobre 2011 au 31 décembre 2011, de 25 % du 1^{er} janvier 2012 au 28 février 2012 et de 0% depuis le 1^{er} mars 2012, estimant que l'ablation de la vis cassée le 11

juin 2012 ne justifiait pas une incapacité de travail de plus de 4 semaines. Au plan psychiatrique, le Dr F. _____ s'est rallié aux conclusions du Dr J. _____ en ce qu'elles excluaient toute incapacité de travail au plan psychiatrique, même temporaire, des suites de l'accident.

L'OAI a encore interpellé les Drs B. _____ et M. _____, médecins praticiens, nouvellement consultés par C. _____.

Dans un rapport du 24 novembre 2014, le Dr B. _____ a posé les diagnostics de lombosciatalgie bilatérale chronique dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 gauche et d'une importante dysbalance musculaire et de status après fracture-luxation du carpe le 5 septembre 2009 avec reconstruction à l'aide d'un greffon du poignet droit. Le Dr B. _____ a précisé que les douleurs persistantes depuis l'accident de 2009 s'étaient aggravées à la suite d'une chute avec perte d'équilibre le 7 mai 2014, étant précisé que les premiers examens à l'Hôpital de S. _____ avaient exclu toute fracture. Ce médecin a attesté une capacité de travail de 40% dans l'activité habituelle, C. _____ ne pouvant pas rester assis plus de 20 minutes et debout plus de 5 minutes, la marche étant également limitée. Le 7 avril 2015, le Dr B. _____ a précisé que l'assuré avait subi un blocage lombaire fin janvier 2015, ayant induit une limitation pendant 10 jours, et qu'il avait recouvré une capacité de travail d'environ 50% dans son activité habituelle de gestionnaire depuis le 1^{er} mars 2015, les postures étant limitées à environ 30 minutes.

Le 8 décembre 2014, la Dre M. _____ a posé les diagnostics de fracture-luxation du carpe le 5 septembre 2009 avec reconstruction par greffe osseuse compliquée d'une algo-neuro-dystrophie de Südeck, de lombosciatalgies chroniques depuis 2009 avec hernie discale L4-L5 et de séquelles psychiques d'accidents. La Dre M. _____ a indiqué que son patient connaissait toujours des douleurs « type-étai » au niveau du poignet droit, avec des sensations de brûlure et des douleurs diffuses, parfois accompagnées des lâchages d'objets, l'extension du pouce droit étant impossible. La Dre M. _____ a encore précisé que l'assuré rencontrait des difficultés d'utilisation de sa main droite nécessitant le port

d'une attelle, des difficultés à la marche due à une sciatalgie hyperalgique et des difficultés à manipuler un clavier d'ordinateur. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 14 juillet 2014.

Dans un avis du SMR du 20 avril 2015, le Dr C.D._____ s'est rallié à l'appréciation du Dr B._____ et a retenu une incapacité de travail de 100% dès le 7 mai 2014 puis de 50% dès le 1^{er} mars 2015.

Par décisions des 12 février et 27 mai 2016, l'OAI a accordé à C._____ une rente entière d'invalidité du 6 septembre 2010 au 31 décembre 2011, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mars 2012, puis une demi-rente dès le 1^{er} mai 2015. Il a retenu que C._____ avait subi une incapacité de travail de 100% du 6 septembre 2009 au 30 septembre 2011, de 50% du 1^{er} octobre au 31 décembre 2011 et de 25% du 1^{er} janvier au 28 février 2012. Il avait ensuite recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2012 dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges de plus de 15kg, pas de travaux de force et pas de mouvements répétitifs du poignet. Il s'était ensuite à nouveau retrouvé en incapacité de travail dès le 7 mai 2014. Considérant que l'atteinte à la santé justifiant l'incapacité de travail dès le 7 mai 2014 était une nouvelle atteinte, sans lien avec celle prévalant depuis 2009, l'OAI a imposé un nouveau délai d'attente d'un an, à l'issue duquel C._____ présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité permettant l'alternance régulière des positions assise et debout environ toutes les 30 minutes. Ces décisions, non contestées, sont entrées en force.

D. Par courrier du 4 janvier 2018, C._____, représenté par Me Henri Bercher, a requis de F.G._____ l'octroi d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, sur la base de celle allouée par l'assurance-invalidité.

Le 8 février 2018, la H._____ a fait savoir à C._____ qu'un droit éventuel à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle des suites de l'accident du 5 septembre 2009 ne pouvait lui être reconnu

qu'à l'épuisement des indemnités journalières de l'assureur-accidents. Dans la mesure où il avait été considéré comme apte au travail dès le 1^{er} mai 2014, elle ne lui devait toutefois aucune prestation. Quant à l'atteinte à la santé survenue dès le 7 mai 2014, elle dépendait d'une cause différente et était survenue après la fin des rapports de travail auprès de G._____ (le 31 décembre 2009) et donc après la fin de la couverture d'assurance.

E. Le 24 juillet 2018, C._____, toujours représenté par Me Henri Bercher, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et déclaré recourir à l'encontre de F.G._____, au motif qu'elle refusait de rendre une décision sur opposition confirmant son refus de prester du 8 février 2018. Faisant valoir qu'il avait été employé par G._____ du 11 juin 2009 au 31 janvier 2011, il a conclu à l'octroi en sa faveur d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016 ainsi qu'à l'octroi en faveur de ses enfants L._____ et T._____ d'une demi-rente d'enfant d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016, respectivement le 1^{er} octobre 2017, arguant du fait qu'il était couvert pour l'éventualité d'invalidité au sens de la prévoyance professionnelle auprès de F.G._____ à la date de l'accident, le 6 septembre 2009, qu'il n'avait pas repris le travail depuis lors et qu'il avait fait depuis lors sans interruption partie du collectif des assurés auprès de la H._____.

Dans sa réponse du 30 août 2018, la H._____ a demandé à être formellement désignée comme partie défenderesse, en lieu et place de la société F.G._____ citée par C._____. Au fond, elle a conclu au rejet de la demande, estimant que, selon les constatations de l'OAI, l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 5 septembre 2009 avait pris fin au plus tard le 28 février 2012 et que l'incapacité de travail survenue à compter du 7 mai 2014, sans relation de causalité avec l'accident du 5 septembre 2009, était apparue alors que la couverture d'assurance de prévoyance avait pris fin. La H._____ a également contesté la durée des rapports de travail telle qu'alléguée par C._____, estimant que le contrat de travail liant celui-ci à G._____ n'avait duré que du 1^{er} septembre au 31 décembre 2009. Elle a en outre reproché à

C._____ une réticence, au motif qu'il n'avait pas annoncé dans son formulaire d'admission du 30 septembre 2009 l'incapacité de travail qu'il présentait à ce moment-là.

Par réplique du 7 novembre 2018, C._____ a admis la rectification de partie proposée par la défenderesse et pris acte que la procédure était dirigée contre la H._____ - Œuvre de prévoyance de G._____ Sur le fond, il a pris de nouvelles conclusions dont la teneur était la suivante :

Qu'il plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal Cantonale du canton de Vaud, avec suite de frais et dépens :

- I. Ordonner à la H._____ -ŒUVRE DE PREVOYANCE DE G._____ de reporter au 11 juin 2009 la date d'affiliation du demandeur auprès de celle-ci et modifier ses différents avoir de prévoyance professionnelle en conséquence.
- II. Ordonner à la H._____ -ŒUVRE DE PREVOYANCE DE G._____ de verser les rentes suivantes, selon décisions OAI des 12 février 2016 et 27 mai 2016 :
 - A C._____ une demi-rente d'invalidité (annuelle CHF 6'345,50, mensuelle CHF 528.80) du 1^{er} octobre 2011 au 31 décembre 2011.
 - Puis à nouveau depuis le 1^{er} mai 2015.
 - A l'enfant L._____, une demi-rente d'enfant d'invalidité (annuelle CHF 1'269.10, mensuelle CHF 105.75) dès le 29 avril 2014
 - A l'enfant T._____, une demi-rente d'enfant d'invalidité (annuelle CHF 1'269.10, mensuelle CHF 105.75) dès le 1^{er} octobre 2017

Subsidiairement

III. Dire que les rentes susmentionnées ne peuvent en aucun cas être inférieures au montant de CHF 6'065.- annuel (CHF 505,40 mensuel) en ce que concerne C._____ et CHF 1'213.- annuelle (CHF 101.10 mensuelle) pour chacun de ses enfants.

IV. Ordonner une expertise en tant que de besoin.

En substance, C._____ a contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail au 1^{er} mars 2012, en voulant pour preuve le versement d'indemnités journalières par V._____ jusqu'au 30 avril 2014. Il a en outre soutenu que l'aggravation du 7 mai 2014 était survenue alors qu'il était toujours affilié auprès de la H._____, qui plus est quelques jours après la fin du versement des indemnités journalière de l'assurance-accident, et qu'elle était en lien de connexité avec l'accident du 5 septembre 2009. C._____ a en outre contesté toute réticence, arguant du fait que les questions du formulaire d'adhésion concernaient la

situation prévalant au moment de l'admission, soit en juin 2009, période à laquelle il ne connaissait pas de problème de santé.

Dans sa duplique du 29 novembre 2018, la H. _____ a admis une affiliation de C. _____ à la date du début des rapports de travail, s'il devait s'avérer que ceux-ci avaient débuté avant le 1^{er} septembre 2009. Elle a maintenu ses conclusions pour le surplus.

Le 7 janvier 2019, le juge instructeur a informé les parties que les dossiers constitués par V. _____ et l'OAI avaient été versés à la procédure et leur a imparti un délai pour venir les consulter et faire valoir leurs déterminations éventuelles.

Par écritures respectives des 25 janvier et 26 février 2019, la H. _____ et C. _____ ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]).

b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions proprement dites. Lorsqu'un litige surgit au sujet de prétentions qu'elles font valoir envers des assurés ou qu'elles leur refusent, ce litige doit se résoudre par la voie d'une action devant le tribunal compétent, de façon analogue à un litige privé (ATF 115 V 228 consid. 2).

e) Le « recours » déposé par C._____ doit être converti en action de droit administratif, ce dont le juge instructeur a informé les parties le 26 juillet 2018. Une telle action devant être introduite à l'encontre d'une fondation de prévoyance, elle aurait formellement dû être dirigée contre la H._____, et non contre F.G._____. La H._____ a admis sa légitimité passive en répondant directement à la demande et en proposant une rectification de la partie défenderesse, ce que le demandeur a accepté dans sa réplique du 7 novembre 2018.

f) L'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, est recevable en la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet la question de savoir si le demandeur peut prétendre à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse.

3. a) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de

l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 115 V 103 consid. 4b).

b) Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 130 V 270 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5), dans la mesure où l'OAI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2).

Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa ; 115 V 208 consid. 2c).

c) 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 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 (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 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. 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 123 V 262 consid. 1b).

d) L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP 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. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). 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). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 123 V 262 consid. 1c).

e) La relation de 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. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une

activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, il est possible de s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

f) Est déterminante pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP dont la cause est à l'origine de l'invalidité la perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. La relation de connexité temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité survenue ultérieurement se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement d'après la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références ; voir également la définition légale de l'art. 6 LPGA, disposition qui ne s'applique toutefois pas en matière de prévoyance professionnelle). Cette activité doit cependant permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3).

g) L'exercice d'une activité permettant de réaliser un revenu excluant le droit à une rente ne suffit pas encore à interrompre la relation de connexité temporelle. Pour admettre l'existence d'une telle

interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative de 80 % au moins (en référence au taux de 20 % de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là [voir TF 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et la référence]). Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) d'une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la relation de connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (TF 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 1).

h) Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la personne assurée a présenté une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TFA B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.2, in SVR 2005 BVG n° 5 p. 15). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme conforme à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire ainsi que la teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en

considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de 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. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TFA B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références). Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

i) 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).

4. a) A teneur de l'art. 5 du règlement de prévoyance (dans sa version valable dès le 1^{er} janvier 2008, applicable à la présente affaire), il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide au sens de l'AI ou lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, qu'il n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes (al. 1). En cas d'invalidité partielle, les prestations prévues pour une invalidité totale sont accordées en fonction du degré d'invalidité.

L'invalidité de moins d'un quart n'ouvre pas droit aux prestations assurées. Les prestations pleines sont accordées en cas d'invalidité d'au moins deux tiers. Le degré d'invalidité correspond au moins à celui que reconnaît l'AI (al. 2). Lorsque l'invalidité a été intentionnellement provoquée ou aggravée, seules sont dues les prestations obligatoires LPP ; elles seront toutefois réduites dans la mesure où l'AI refuse, réduit ou retire les siennes (al. 3).

b) En l'occurrence, la disposition réglementaire relative à la notion d'invalidité va au-delà des exigences légales prévues par la prévoyance professionnelle obligatoire sous un double aspect. D'une part, le règlement prévoit l'allocation d'une rente déjà à partir d'un degré d'invalidité de 25%. D'autre part, la notion d'invalidité est définie de manière plus large que dans la LAI (et dans la LPP), puisque l'invalidité peut résulter de l'incapacité d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes, l'invalidité au sens de l'assurance-invalidité ne constituant qu'une alternative à cette possibilité (cf. TF 9C_578/2011 du 10 octobre 2012 consid. 4).

c) Dans la mesure où la défenderesse dispose de sa propre définition de l'invalidité, laquelle ne correspond pas à celle de l'assurance-invalidité, elle peut en principe procéder librement à l'évaluation de l'invalidité selon ses propres règles, sous réserve que le taux d'invalidité retenu ne saurait être inférieur à celui fixé par les organes de l'assurance-invalidité.

5. a) Conformément à l'art. 15 du règlement de prévoyance, l'assuré invalide au sens de l'art. 5 du règlement de prévoyance (cf. supra consid. 4) a, sous réserve de l'art. 9 al. 1 du règlement de prévoyance, droit à une rente d'invalidité.

b) Selon l'art. 9 al. 1 du règlement de prévoyance, lorsque le sinistre relève de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM), la rente d'invalidité et la rente

pour enfant d'invalidé ainsi que la rente de veuve, la rente de veuf (ou les prestations en capital) et les rentes d'orphelin sont assurées uniquement dans le cadre des prestations minimales LPP et seulement dans la mesure où, ajoutées aux revenus à prendre en considération selon l'al. 2 let. a, et, en cas de droit aux prestations d'invalidité, à un salaire ou une compensation qui auraient été versés ou qui pourraient encore l'être, elles s'élèvent à 90 % de la perte de gain présumée.

c) Les prestations d'invalidité minimales de la LPP sont réglées à la section 3 du chapitre 3 de la LPP. Le droit aux prestations est réglé à l'art. 23 let. a LPP, disposition selon laquelle ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'assurance-invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 24 LPP, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI (let. a), à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins (let. b), à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins (let. c) et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (let. d).

d) Dans la mesure où, lorsque le sinistre relève de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM), le règlement de prévoyance reprend, par renvoi, la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, la défenderesse est en principe liée par l'estimation de l'invalidité opérée par les organes de l'assurance-invalidité (cf. supra consid. 3c), pour autant qu'elle soit décisive pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la prévoyance professionnelle (cf. TFA B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b). En l'occurrence, la défenderesse s'est vu notifier les décisions de l'OAI des 12 février et 27 mai 2016, si bien qu'elle est en principe liée par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité.

6. Cela étant précisé, il convient dans un premier temps de déterminer la période au cours de laquelle le demandeur a été assuré auprès de la défenderesse.

a) L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 3 al. 1 par. 3 du règlement de prévoyance ; art. 10 al. 1 LPP) et cesse en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2b LPP). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure néanmoins assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité (art. 10 al. 3 LPP).

b) Dans le cas d'espèce, il ressort du contrat de travail du 10 juin 2009, de la lettre de licenciement du 6 décembre 2010 et du certificat de travail du 19 juin 2012 que les rapports de travail liant le demandeur à G._____ se sont étendus du 11 juin 2009 au 31 janvier 2011. Contrairement à ce que soutient la défenderesse, le fait que G._____ lui a adressé le 30 septembre 2009 un formulaire demandant l'affiliation du demandeur au 1^{er} septembre 2009 et lui a annoncé par courrier du 14 septembre 2010 « le sortir de M C._____ pour le 31 décembre 2009 » ne suffit pas à valablement conclure que les rapports de travail se sont limités à la période du 1^{er} septembre 2009 au 31 décembre 2009. N'est pas plus convaincante l'argumentation de la défenderesse selon laquelle il serait « hautement douteux que l'employeur ait maintenu le contrat de travail outre le terme de résiliation permis par la loi », en prolongeant « le contrat de travail pendant presque deux ans, alors que selon l'art. 336 c al. 1 let. b CO, le délai de résiliation est de 30 jours dans la première année ». Il ne s'agit-là que de conjectures, contredites par plusieurs pièces au dossier, lesquelles corroborent l'existence de rapports de travail du 11 juin 2009 au 31 janvier 2011 (cf. extrait de compte individuel AVS ; bulletins de salaires ; déclaration d'accident du 5 octobre 2009 ; questionnaire pour l'employeur du 14 avril 2010 à l'attention de l'OAI ; avis d'incapacité de travail du 15 octobre 2010 de l'employeur à F.G._____ ; rapports des 31 mai 2010, 27 septembre 2010 et 29 novembre 2010 du case-manager d'V._____).

c) C'est également en vain que le demandeur entend déduire des certificats de prévoyance émis par la défenderesse jusqu'en 2016 une affiliation auprès de ladite institution de prévoyance au-delà de janvier 2011. De tels certificats ne font en effet qu'attester le sens et la portée de l'avoir de vieillesse inscrit au compte individuel d'un assuré. Ils n'ont en revanche aucune portée en matière de durée de la couverture d'assurance.

d) Sur le vu de ce qui précède, il sied de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3) que les rapports de travail liant le demandeur à G._____. se sont étendus du 11 juin 2009 au 31 janvier 2011 et que le demandeur était assuré auprès de la défenderesse du 11 juin 2009 au 28 février 2011.

7. Afin de déterminer si le demandeur peut prétendre à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse, il convient d'établir si l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue durant la période d'assurance précitée. Dès lors que le demandeur a présenté plusieurs atteintes à la santé distinctes (atteintes au poignet droit, dorsolombalgies et troubles au plan psychiatrique), il convient d'examiner séparément pour chacune d'entre elles si elle est à l'origine d'une incapacité de travail survenue entre le 11 juin 2009 et le 28 février 2011 (cf. consid. 3d supra).

8. L'état de santé du demandeur a été évalué dans le cadre de procédures relevant de l'assurance-accidents et de l'assurance-invalidité.

a) La procédure relevant de l'assurance-accidents a abouti à un arrêt rendu le 20 août 2015 par la Cour de céans confirmant la décision sur opposition du 30 avril 2014 d'V._____, notamment en ce qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2014 pour les suites de l'accident du 5 septembre 2009 et refusait le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

aa) Dans ce cadre, la Cour a retenu que le demandeur ne subissait plus aucune atteinte à sa capacité de travail en lien avec les suites somatiques de la fracture-luxation du poignet droit le 5 septembre 2009. Elle a établi que dans leur rapport d'expertise du 22 juin 2011, les Drs R._____ et W._____ avaient estimé que les diagnostics mis en évidence lors de leur examen n'empêchaient pas la reprise du travail, d'abord à titre thérapeutique dès le 1^{er} septembre 2011, puis à 50% dès le 1^{er} octobre 2011 et à 100% dès le 1^{er} mars 2012, sous réserve d'une incapacité de travail à 100% durant quatre semaines des suites d'une intervention chirurgicale visant à retirer une vis cassée dans le poignet droit, opération qui a été réalisée le 11 juin 2012. Cette appréciation de la capacité de travail avait été confirmée par l'expert X._____ le 19 février 2013, lequel constatait qu'au moment de l'expertise prévalait essentiellement une incongruence post-traumatique douloureuse radio-lunaire du poignet droit évoluant vers une arthrose post-traumatique définitive. Le Dr X._____ estimait cependant qu'aucune des atteintes somatiques prévalant au moment de l'expertise n'était de nature à réduire la capacité de travail de l'intéressé, qui disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle de comptable ainsi que dans toute autre activité adaptée ne nécessitant pas de manutention de force ni de mouvements répétitifs du poignet. Le Dr X._____ avait encore relevé que le scanner effectué le 8 février 2013 pour les besoins de l'expertise n'avait plus mis en évidence de signe du Sudeck qui était à l'origine des complications rencontrées. La Cour de céans a également constaté que les avis des experts étaient corroborés par le Dr D._____, lequel, dès le 9 février 2010, s'était prononcé en faveur d'une reprise progressive du travail dès début mars 2010, suivie d'une reprise en plein dès février 2011. Faute de reprise effective, le Dr D._____ avait alors préconisé, à l'instar des Drs R._____ et W._____, une reprise à 50% dès le 1^{er} octobre 2011, en veillant à éviter un travail soutenu, avec une reprise progressive selon l'évolution du Sudeck (cf. rapports des 9 février 2010, 4 janvier 2011, 29 septembre 2011 à V._____ et 3 avril 2012 à l'OAI). Le 31 octobre 2014, le Dr D._____ avait encore confirmé que l'aspect du

poignet était satisfaisant du point de vue fonctionnel et n'empêchait pas son patient d'exercer une activité professionnelle non soutenue.

La Cour a écarté les avis des Drs M. _____ et P. _____, seuls à défendre une totale incapacité de travail pour des motifs tant somatiques que psychiques, estimant qu'ils étaient insuffisamment motivés et clairs pour remettre sérieusement en question les avis des experts.

bb) S'agissant des troubles lombaires, la Cour de céans a exclu qu'ils fussent en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2009. Elle a constaté que C. _____ n'avait, pour la première fois, formellement émis des plaintes à cet égard et soutenu un lien avec l'accident précité que le 20 février 2014, dans le cadre de son opposition à la décision d'V. _____. Le Tribunal a estimé non convaincantes les affirmations de l'intéressé selon lesquelles il avait ressenti des douleurs dorsales « depuis le début » et les avait signalées aux différents médecins intervenus depuis l'accident, mais que face à « la lésion spectaculaire subie (...) au poignet droit et à ses difficultés de récupération », ainsi qu'à l'urgence liée au déficit moteur et sensitif de sa main, ses plaintes n'auraient jamais été prises au sérieux ni reportées dans les rapports médicaux. La Cour a constaté, d'une part, que ces déclarations étaient en contradiction avec les propres dires de C. _____, qui, dans son acte de recours du 2 juin 2014, avait fait état de « douleurs dorsolombaires apparues récemment » et, d'autre part, que le C. _____ n'avait pas mentionnés des douleurs lombaires dans la liste de ses plaintes lors des trois expertises pratiquées par les Drs R. _____ et W. _____ (22 juin 2011), N. _____ (11 novembre 2011) et X. _____ (4 février 2013). Seul le Dr J. _____ avait évoqué le 5 juin 2013 des douleurs dorsales ; cette mention, non détaillée, n'était toutefois intervenue que près de cinq ans après l'accident. La Cour de céans a en outre jugé non probants les rapports des Drs E. _____ (7 mai 2014), U. _____ (8 mai 2014), ainsi que A. _____ et M. _____ (13 mai 2014) en ce qu'ils faisaient état de pathologies lombaires supposées prévaloir depuis l'accident de circulation, relevant à cet égard que ces médecins ne suivaient pas le patient au

moment de l'accident et n'avaient fait que retranscrire les affirmations de celui-ci quant à l'apparition des douleurs lombaires. La Cour a encore relevé qu'il semblait que C._____ avait été victime d'une chute le 6 mai 2014, vraisemblablement à l'origine des différentes consultations et examens intervenus dès le 7 mai 2014, auquel cas il lui appartiendrait d'annoncer cet événement à son assureur-accidents comme un nouvel accident.

cc) Au plan psychiatrique, la Cour de céans a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr J._____, lequel a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0), à la limite du seuil diagnostic, et de trouble anxieux non-spécifié (F41.9). L'expert a estimé qu'un tel tableau clinique ne pouvait être associé à des limitations psychiatriques significatives et à une quelconque atteinte à la capacité de travail, qui restait entière et l'avait toujours été. Il a relevé qu'il existait beaucoup d'arguments pour admettre que le demandeur s'était campé dans une position de révolte et de non acceptation des conséquences physiques et socioprofessionnelles liées à son accident, que cette position psychologique était vraisemblablement le *primum movens* de l'adoption d'un comportement d'invalidé mais qu'elle ne pouvait pas être assimilée à une maladie psychiatrique *per se*. Il s'agissait plus d'un comportement anormal de malade que d'un trouble mental *stricto sensu*. Le Dr J._____ a exposé en détails et de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne pouvait se rallier aux diagnostics posés par le Dr P._____ (épisode dépressif majeur sévère [F32.2] et état de stress post-traumatique [F43.1]), le tableau clinique décrit par le psychiatre traitant validant un épisode dépressif léger selon les critères exigés par le système de classification CIM-10, et non un épisode dépressif grave. Le Dr J._____ a également réfuté tout état de stress post-traumatique dès lors que le demandeur ne présentait aucune des trois catégories de symptômes très spécifiques exigés par la doctrine que sont les intrusions, l'évitement et l'action neurovégétative, les descriptions données par le Dr P._____ n'entrant pas dans les symptomatologies précitées.

Le Cour de céans a écarté les conclusions du Dr N. _____ dans le sens d'une incapacité de travail de 100% au plan psychiatrique depuis l'accident, suivie d'une reprise à 50% dès le 15 décembre 2011 puis d'une reprise en plein dès le 15 janvier 2012, estimant que la position de ce médecin s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail était incohérente, dès lors qu'il avait retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger sans symptômes psychotiques (F32.0), de surcroît en rémission, et qu'il avait fixé l'apparition des symptômes anxieux et dépressifs à cinq mois seulement avant son expertise de novembre 2011.

b) Se prononçant sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'OAI a retenu que le demandeur avait présenté une incapacité de travail de 100% dès le 6 septembre 2009, de 50% du 1^{er} octobre 2011 au 31 décembre 2011 et de 25% du 1^{er} janvier 2012 au 28 février 2012 en raison des douleurs et de l'impotence fonctionnelle du poignet droit des suites de la fracture-luxation subie le 5 septembre 2009, avant de recouvrer une capacité de travail entière dès le 1^{er} mars 2012 dans une activité adaptée, ne nécessitant pas le port de charges de plus de 15 kg, des travaux de force et des mouvements répétitifs du poignet droit. L'OAI a estimé qu'à aucun moment les troubles d'ordre psychique présentés par le demandeur n'avaient porté atteinte à sa capacité de travail. L'OAI a ensuite reconnu une nouvelle diminution de la capacité de travail dès le 7 mai 2014 en raison des troubles lombaires, précisant à cet égard qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte, distincte de celle qui prévalait au moment du dépôt de la demande, pour laquelle un nouveau délai d'attente d'un an au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) devait être appliqué. L'OAI a constaté qu'à l'issue dudit délai d'attente, le demandeur présentait une incapacité de travail de 50% due aux troubles lombaires. Sur la base de ces éléments, l'OAI a, par décisions des 12 février et 27 mai 2016, mis le demandeur au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 6 septembre 2010 au 31 décembre 2011, d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mars 2012, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015.

c) Il n'y a pas lieu de s'écarter des considérations médicales précitées qui ont fait l'objet de décisions entrées en force. Si ces décisions ont certes été rendues pour trancher le droit aux prestations de l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, sur la base des règles spécifiques propres à ces deux régimes, les faits sur lesquels elles se basent permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur la question ici litigieuse.

aa) Il sied dès lors de constater que l'atteinte au poignet droit a conduit à une incapacité de travail survenue durant la période d'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse. Cette incapacité de travail a duré sans interruption du 5 septembre 2009 au 30 septembre 2011 à 100%, du 1^{er} octobre au 31 décembre 2011 à 50% puis du 1^{er} janvier au 28 février 2012 à 25%.

bb) L'atteinte au niveau dorso-lombaire n'a induit une diminution de la capacité de travail qu'à compter du 7 mai 2014, alors que le demandeur n'était plus assuré auprès de la défenderesse. Cette pathologie n'est pas en lien de connexité matérielle avec celle qui s'est manifestée pendant les rapports d'affiliation de sorte qu'elle ne peut fonder un droit à des prestations d'invalidité auprès de la défenderesse. C'est en vain que le demandeur soutient que ses dorsolombalgies sont en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2009. L'assurance-invalidité a certes alloué une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015 en lien avec cette atteinte ; elle a cependant spécifié qu'il s'agissait-là d'une nouvelle atteinte, sans relation avec celles qui avaient permis l'octroi de prestations du 1^{er} septembre 2010 au 31 mars 2012, d'où l'imposition d'un nouveau délai d'attente, ce que le demandeur n'a pas contesté.

cc) Enfin, il n'a pas été établi que les troubles psychiques présentés par le demandeur ont induits une quelconque incapacité de travail ; ils n'ont de ce fait jamais donné lieu à une invalidité. Le demandeur ne peut donc émettre aucune prétention à l'encontre de la défenderesse à cet égard.

d) En définitive, seule l'incapacité de travail consécutive à la fracture du poignet droit subie le 5 septembre 2009 est susceptible de donner droit à des prestations d'invalidité à la charge de la défenderesse.

9. En l'occurrence, l'OAI a alloué au demandeur, en raison exclusivement des douleurs et de l'impotence fonctionnelle du poignet droit consécutive à la fracture-luxation subie le 5 septembre 2009, une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2011 et une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mars 2012. Dans la mesure où il n'existe aucun motif justifiant que la défenderesse s'écarte de l'évaluation des organes de l'assurance-invalidité pour cette période (cf. supra consid. 4c et 5d), le demandeur peut également prétendre, à l'échéance d'un délai de carence d'une année (art. 26 al. 1 LPP en corrélation avec l'art. 28 al. 1 let. b LAI), sur le principe de la part de la défenderesse à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2011 et à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mars 2012.

10. Cela étant, il convient d'examiner, conformément à l'art. 9 al. 1 du règlement de prévoyance, si l'on ne se trouve pas en présence d'un cas de surindemnisation.

a) Pour rappel, l'art. 9 al. 1 du règlement de prévoyance prévoit que, lorsque le sinistre relève de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM), la rente d'invalidité et la rente pour enfant d'invalides ainsi que la rente de veuve, la rente de veuf (ou les prestations en capital) et les rentes d'orphelin sont assurées uniquement dans le cadre des prestations minimales LPP et seulement dans la mesure où, ajoutées aux revenus à prendre en considération selon l'al. 2 let. a du règlement, et, en cas de droit aux prestations d'invalidité, à un salaire ou une compensation qui auraient été versés ou qui pourraient encore l'être, elles s'élèvent à 90 % de la perte de gain présumée.

b) Sont réputés revenus à prendre en considération au sens de l'art. 9 al. 2 let. a du règlement de prévoyance les prestations de l'AVS/AI, de l'assurance-accidents selon la LAA, les prestations selon la LAM, d'autres assurances sociales ou institutions de prévoyance suisses ou étrangères (à l'exception des allocations pour impotents, des indemnités pour atteinte à l'intégrité et de toute autre prestation assimilable).

c) Par « perte de gain présumée » il faut entendre le salaire hypothétique que l'assuré réaliserait sans invalidité, ce qui ne correspond pas forcément au gain effectivement obtenu avant la survenance de l'éventualité assurée (ATF 125 V 163 consid. 3b ; 123 V 193 consid. 5a ; 204 consid. 5b et les références).

d) Avant de procéder au calcul de surindemnisation proprement dit, il convient de procéder à quelques constatations de fait :

aa) Le gain présumé perdu doit être fixé à 67'200 fr., conformément aux renseignements issus du contrat de travail signé par le demandeur le 10 juin 2009 et du questionnaire rempli le 16 avril 2010 par l'employeur dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité.

bb) Le demandeur a bénéficié entre le 8 septembre 2009 et le 30 avril 2014 d'indemnités journalières de l'assurance-accidents d'un montant de 147 fr. 30 (cf. attestation fiscale établie le 28 avril 2015 par V. _____ [249'820 fr. 80 / 1'696 jours]).

cc) Le demandeur s'est vu allouer entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2010 une rente entière de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de 1'788 fr., entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 une rente entière de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de 1'819 fr. et entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2012 une demi-rente de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de 910 fr.

dd) Il n'y a pas lieu de tenir compte des indemnités journalières complémentaires de l'assurance-accidents d'un montant de 18 fr. 40 versées au demandeur du 5 novembre 2009 au 30 avril 2014 par V. _____ en vertu d'un contrat fondé sur la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1), dans la mesure où le règlement de prévoyance ne prévoit pas la prise en compte dans le cadre d'un calcul de surindemnisation d'une telle prestation.

e) Cela étant constaté, il y a lieu, s'agissant d'un calcul rétroactif de surindemnisation concernant des prestations dues pour une période limitée dans le temps, de procéder à un calcul global à partir du début du droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle et comprenant l'ensemble de la période durant laquelle lesdites prestations étaient dues (cf. ATF 139 V 519 consid. 3 ; 132 V 27 consid. 3.1 ; 126 V 193 consid. 3). En l'occurrence, le calcul se présente de la manière suivante :

Gain présumé perdu ([16 x 5'600 fr.] + [3 x 2'800 fr.]	98'200 fr. 00
Dont 90 %	88'200 fr. 00
./ . rente AI ([4 x 1'788 fr.] + [12 x 1'819 fr.] + [3 x 910 fr.]	31'710 fr. 00
./ . indemnités journalières AA (578 x 147 fr. 30)	<u>85'139 fr. 40</u>
Total	- 28'649 fr. 40

Le total des montants imputables étant supérieurs au 90 % du gain présumé perdu, le demandeur ne peut prétendre à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse.

11. Dans sa réponse à la demande, la défenderesse fait grief au demandeur d'avoir commis une réticence en ne déclarant pas, sur le formulaire d'adhésion qu'il avait rempli le 30 septembre 2009, qu'il subissait une atteinte à la santé et se trouvait en incapacité de travail. Cette question peut souffrir de demeurer indécise, dès lors que la défenderesse n'a pas procédé conformément aux règles formelles décrites à l'art. 6 LCA, selon lesquelles la résiliation doit intervenir par écrit dans

les quatre semaines qui suivent le moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence.

12. a) Mal fondée, la demande formée par C. _____ contre la H. _____ 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 la H. _____ obtienne gain de cause, elle 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 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 par C. _____ contre la H. _____ est rejetée.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Henri Bercher (pour le demandeur),
- H. _____,
- 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 :

