

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Rothenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Fonds de prévoyance T. _____, à Paudex, recourant, représenté par Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé,

S. _____, à Penthaz, appelée en cause, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne.

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée), née en 1981, travaillant en qualité de paysagiste à Penthalaz, a été annoncée au Fonds de prévoyance T._____ pour un début d'activité lucrative au 23 janvier 2006. Elle a été licenciée pour raisons économiques avec effet au 30 novembre 2007. Le 9 juillet 2008, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Elle a déposé les documents suivants:

- Un rapport du 16 juillet 2007 de la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, retenant le diagnostic d'arthralgies et de myalgies diffuses. Elle a relevé un important état de fatigue depuis un an, des douleurs ostéo-articulaires, une ferritine basse et un tableau compatible avec une fibromyalgie.

- Un rapport du 8 novembre 2007 du Dr V._____, cardiologue FMH, posant les diagnostics de dyspnées et douleurs thoraciques d'origine extra-cardiaque. Il a constaté un examen clinique cardiovasculaire normal.

- Un rapport d'investigation dermato-allergologique du CHUV, daté du 10 décembre 1997, évoquant une main atopique et une dermite de contact irritative. Un eczéma des plis des coudes a notamment été signalé, ayant justifié une incapacité de travail entière du 8 au 14 décembre 1997.

Dans un rapport du 24 avril 2008, l'assurée a été examinée par la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil du service de l'emploi, qui a retenu une capacité de travail à 100% "dès maintenant". Elle a retenu que l'assurée pouvait exercer un travail sans port de charges, sans terrassement et sans une activité trop intellectuelle, nécessitant de faire des calculs, son activité habituelle étant exigible avec ces restrictions.

En date du 23 juillet 2008, le Dr V._____ a retenu le diagnostic sans influence sur la capacité de travail de souffle systolique fonctionnel, l'examen clinique étant pour le surplus normal.

Le 27 août 2008, la Dresse R._____, chiropraticienne FMH, s'est référée à des consultations d'urgence pour des cervicodorsalgies droites et des lombosciatalgies à bascule, à des traitements de chiropraxie et a signalé un arrêt de travail du 26 au 31 octobre 2006. Elle a produit un rapport du 31 octobre 2006 de l'institut de radiologie et d'imagerie médicale de Lausanne.

Dans un rapport du 12 septembre 2008, la Dresse F._____, médecine générale FMH, a diagnostiqué une polyarthralgie diffuse et des myalgies, depuis 2006. Une période d'incapacité de travail à 100% a notamment été retenue du 7 au 13 janvier 2008. L'activité habituelle d'horticultrice n'était plus exigible, sauf si l'intéressée pouvait s'abstenir de travail de terrassement, de port de charges à répétition au-dessus de 20 kilos et d'effectuer des calculs. Elle s'est également prononcée sur les limitations fonctionnelles.

Le 12 septembre 2008 également, la Dresse K._____ a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies, d'arthralgies et de myalgies diffuses. Sans attester d'incapacité de travail, elle a retenu que l'activité de paysagiste n'était plus exigible, mais qu'une activité en position alternée et sans port de lourdes charges était exigible à 100%; elle a suspecté des difficultés intellectuelles et a requis un bilan pour évaluer les capacités de l'intéressée.

Dans un rapport du 31 mars 2009, la polyclinique de dermatologie de Lausanne, par les Drs [...] et [...], a diagnostiqué une dermatite atopique et une polinose. Il a été relevé que l'intéressée devait éviter le contact direct des mains avec l'eau, porter des gants de protection, utiliser des émoullients et éviter le contact avec des substances irritatives, toxiques, et avec l'humidité et le froid. Elle pouvait ainsi

travailler dans un bureau ou exercer une autre profession, mais pas en plein air.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un rapport du 16 juin 2009 du Dr A._____, psychiatre FMH, a requis un examen neuropsychologique afin de faire un diagnostic différencié entre un trouble des acquisitions et un trouble envahissant du développement, de délimiter les limitations fonctionnelles neuropsychologiques, puis de se déterminer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Les 19 août et 16 septembre 2009, l'assurée a été soumise à un examen neuropsychologique effectué par la Dresse X._____, médecin chef du service de neuropsychologie du CHUV, assistée d'une logopédiste et d'une psychologue. Dans un rapport non daté, il a été relevé ce qui suit:

"Cet examen neuropsychologique met en évidence des difficultés langagières au niveau de la lecture, de la compréhension écrite et de la dénomination sous contrainte temporelle. On relève également des difficultés de calcul oral, de mémoire épisodique en modalité verbale et un ralentissement général dans les tâches cognitives chez une patiente disposant de ressources intellectuelles dans la moyenne inférieure. Les forces de cette patiente se situent dans le raisonnement non-verbal, la capacité d'attention aux détails et l'intégration visuo-motrice. Ce tableau correspond à un trouble des acquisitions scolaires. Dans ces conditions, la reprise d'une formation exigeant un apprentissage théorique semble compromise à moins qu'un soutien individualisé ne soit mis en place".

Dans un rapport d'examen psychiatrique complémentaire du 3 décembre 2009, le Dr A._____, se référant aux investigations de la Dresse X._____, a retenu le diagnostic de trouble mixte des acquisitions scolaires, sévère. La capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée a été fixée à 0% depuis novembre 2007. Il a également retenu ce qui suit:

"L'examen neuropsychologique a mis en évidence un trouble mixte des acquisitions scolaires, mais vu l'intensité des troubles, il va être à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une répercussion sur la capacité de travail de longue durée. Comme concluent les examinateurs, l'assurée aurait besoin

d'un soutien individualisé, ce qui exclut toute activité dans le marché de l'économie.

Les limitations fonctionnelles:

Trouble du langage, trouble de la fonction exécutive (ralentissement), trouble de l'apprentissage et de l'évocation différée".

Sous la plume du Dr W._____, le SMR a, dans ses lignes 18 décembre 2009, en se référant aux rapports des Drs A._____ et X._____, retenu l'atteinte principale de trouble mixte des acquisitions scolaires sévère, et une incapacité de travail totale depuis novembre 2007.

Le 22 décembre 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, en raison de son état de santé.

Dans un préavis du 22 décembre 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2008, en raison d'une incapacité de travail totale depuis novembre 2007, soit à l'échéance du délai de carence d'une année. Une copie de ce préavis a été adressée au Fonds de prévoyance T._____.

Le 21 janvier 2010, afin de déterminer le droit de l'assurée à des prestations de sa part, le Fonds de prévoyance T._____ a requis et obtenu la production du dossier AI.

Par décision du 9 mars 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2008, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis. Une copie de cette décision a été adressée au Fonds de prévoyance T._____.

B. Par acte du 12 avril 2010 de son mandataire, le Fonds de prévoyance T._____ recourt devant le Tribunal cantonal et conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 9 mars 2010, en tant qu'elle admet

un début d'incapacité de travail de 40% au moins dès le 1^{er} novembre 2007, estimant que le début de l'incapacité de travail déterminante pour l'octroi de la rente AI ne pouvait être antérieur au 1^{er} février 2008.

Le Fonds de prévoyance T._____ relève que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail à l'échéance de son contrat de travail au 30 novembre 2007 et qu'aucune pièce ne permet d'arrêter le début d'une incapacité de travail de 40% le 1^{er} décembre 2007. Il ajoute que l'avis du SMR ne peut être retenu au sujet de la date de survenance de l'incapacité de travail, dès lors qu'il se fonde sur l'anamnèse professionnelle de l'intéressée et non sur des faits médicaux constatés de manière objective.

En date du 14 juin 2010, indiquant ne rien avoir à ajouter à la décision querellée, l'OAI conclut au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 7 juillet 2010, par son mandataire, l'assurée, appelée en cause, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle relève que l'avis du Dr A._____ permet de fixer à novembre 2007 le début de son incapacité de travail, les autres éléments au dossier ne permettant pas d'aboutir à une autre solution.

Dans sa réplique du 2 septembre 2010, le recourant confirme ses conclusions. Relevant que la date du début de l'incapacité de travail doit être clairement établie, conformément à la jurisprudence, il observe que la Dresse K._____ (dans son rapport du 16 juillet 2007) n'a pas fait état d'une incapacité de travail et qu'une capacité de travail à 100% dans la profession de l'assurée a été retenue par le médecin-conseil du service de l'emploi.

Dans ses écritures du 13 septembre 2010, l'OAI se rallie aux déterminations de l'assurée.

En date du 2 novembre 2010, l'assurée confirme ses conclusions. Elle relève que le recourant, faute de dispositions réglementaires contraires, est en principe lié par l'appréciation de l'OAI, et que le rapport du Dr A._____, spécialiste en psychiatrie, satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, l'avis isolé du médecin-conseil du service de l'emploi ne permettant pas d'y faire obstacle.

Le 10 novembre 2010, le recourant maintient sa position au motif qu'il ne saurait y avoir de constat rétroactif d'une incapacité de travail.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent.

b) Le Fonds de prévoyance T._____ a qualité pour recourir contre une décision qui lui a été notifiée par l'OAI et impliquant qu'il doive lui aussi servir des prestations; en effet cette décision le touche directement, de sorte qu'il dispose d'un intérêt digne de protection (TF 9C_414/2007 du 25 juillet 2008 consid. 2 et les arrêts cités). Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier

2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant, en qualité d'institution appelée à servir des prestations de prévoyance professionnelle, conteste le moment à partir duquel l'assurée a présenté une incapacité de travail ayant une incidence sur son droit à une rente d'invalidité.

a) Selon la jurisprudence, si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308 consid. 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; 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération. En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2; TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3; TFA I 82/03 du 29 août 2003 consid. 2.1 et les arrêts cités).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

L'assuré a droit à une rente, notamment, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

3. a) Le requérant conteste le début de l'incapacité de travail déterminante pour l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors que cette date a pour effet de le contraindre à verser des prestations dans la mesure où elle est intervenue pendant les rapports de travail couverts par l'assurance de prévoyance professionnelle. Sur le fond, l'existence d'une incapacité de travail - en l'occurrence sur le plan psychique - n'est pas contestée; seul l'est le dies a quo de cette incapacité. Le requérant tire pour l'essentiel argument de l'absence de constat médical objectif permettant d'arrêter la

date de survenance de l'incapacité de travail au 1^{er} novembre 2007, soit avant la date déterminante de la fin des rapports de travail de l'assurée.

b) En premier lieu, si la problématique psychique de l'assurée a certes été mise en lumière tardivement, on ne saurait pour cette seule raison s'écarter des rapports des Drs X._____ et A._____. Un avis médical peut en effet parfaitement se prononcer à titre rétroactif sur l'état de santé d'un assuré. Il en va ainsi d'un rapport rendu postérieurement à la date de la décision attaquée et qui se rapporte à la situation de fait antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2). Or, en l'occurrence, il appert que les troubles psychiques ont fait l'objet d'investigations médicales fouillées autant que probantes. La Dresse X._____, spécialiste reconnue et assistée d'une logopédiste et d'une psychologue, a procédé à un examen clinique neuropsychologique complet, permettant de mettre en évidence, notamment, des difficultés langagières, des difficultés de calcul et un ralentissement général dans les tâches cognitives, ce tableau correspondant à un trouble des acquisitions scolaires. Elle en a logiquement déduit que la reprise d'une formation exigeant un apprentissage théorique semblait compromise. Se fondant sur les observations claires de sa consœur, le Dr A._____ (rapport du 3 décembre 2009) a conclu que l'intensité des troubles constatés lors de l'examen neuropsychologique était à l'origine d'une atteinte à la santé mentale excluant toute activité professionnelle; il a retenu le diagnostic de trouble mixte des acquisitions scolaires, sévère, puis fixé la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée à 0% depuis novembre 2007. Les conclusions de ces médecins ont ensuite été reprises dans un avis médical de synthèse du SMR, sous la plume du Dr W._____ (avis médical du 18 décembre 2009).

c) Ensuite, on ne voit pas de raisons de s'écarter, s'agissant de la problématique psychique, des conclusions des Drs X._____ et A._____. La Dresse G._____ a certes retenu une capacité de travail à 100% dès le 24 avril 2008 (rapport du 24 avril 2008), mais elle n'a manifestement pas procédé à des examens neuropsychologiques, se

bornant à la problématique d'ordre somatique; elle n'est du reste pas psychiatre, de sorte qu'elle ne saurait valablement remettre en cause l'avis des confrères spécialistes, tel le Dr A._____. La Dresse G._____ a du reste relevé que l'assurée ne pouvait pas exercer une activité trop intellectuelle ni nécessitant de faire des calculs, ce qui laissait augurer la présence des troubles psychiques ensuite mis en évidence. En outre, des difficultés pour effectuer des calculs ont été signalées par la Dresse F._____ (rapport du 12 septembre 2008), de même que la Dresse K._____ avait suspecté des difficultés intellectuelles et requis un bilan pour évaluer les capacités de l'intéressée (rapport du 12 septembre 2008). Ainsi, avant la mise en œuvre de l'examen neuropsychologique par la Dresse X._____, la problématique psychique n'avait - à juste titre - pas été écartée par les médecins somaticiens. Enfin, l'atteinte à la santé déterminante relevant d'un domaine très particulier et complexe, seul l'avis de spécialistes en la matière doit être retenu, à l'exclusion de celui de médecins somaticiens, respectivement du médecin de la caisse de l'assurance-chômage dont on peine à circonscrire la méthode de travail.

d) A cela s'ajoute encore que, contrairement à ce qu'affirme le Fonds de prévoyance T._____, le recours à l'anamnèse professionnelle de l'assurée pour déterminer le dies a quo d'une affection ou d'une incapacité de travail ne saurait être exclu dès lors qu'il s'agit, précisément, de se prononcer sur la capacité de travail du point de vue professionnel. Il appartient ainsi au médecin d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1), ce qui a été en l'occurrence correctement fait par les Drs X._____ et A._____, la date retenue par le Dr A._____ pour l'incapacité de travail s'avérant, en définitive, postérieure à plusieurs périodes d'incapacité de travail médicalement attestées, respectivement à l'arrêt de travail effectif et définitif de l'assurée. Enfin, le fait que l'assurée ait été licenciée, comme s'en prévaut le recourant, pour raisons économiques au 30 novembre 2007, ne saurait avoir une incidence sur sa capacité de travail ni infirmer l'existence de troubles psychiques.

e) En conclusion, les avis médicaux établis par les Drs X._____, A._____ et W._____, tous concordants dans leurs conclusions, ont valeur probante, la décision attaquée se fondant sur une instruction médicale effectuée lege artis par des spécialistes reconnus. Il y a donc lieu de retenir que l'assurée a présenté une incapacité de travail totale depuis novembre 2007 ainsi qu'à l'échéance d'un délai de carence d'une année, ce qui lui ouvrirait effectivement le droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2008. L'appréciation du SMR n'est non seulement pas insoutenable, mais s'avère au contraire convaincante.

4. Partant, le recours formé par le Fonds de prévoyance T._____ doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais de justice doivent être mis à la charge du Fonds de prévoyance T._____ débouté, par 500 francs.

b) Le Fonds de prévoyance T._____ versera en outre des dépens, non pas à l'OAI - qui ne peut y prétendre comme organe chargé de tâches étatiques - mais à l'assurée appelée en cause, qui a agi avec le concours d'un mandataire professionnel pour la sauvegarde de ses droits. Il y a lieu de fixer ces dépens à 1'500 francs.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 9 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du Fonds de prévoyance T._____.

IV. Le Fonds de prévoyance T._____ versera à l'appelée en cause S._____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève (pour le Fonds de prévoyance T._____)
- Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne (pour S._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :