

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 27 juillet 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

A.Q. _____, à Lausanne, demandeur, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, Service juridique, à Lausanne,

et

N. _____, à Sion, défenderesse, représentée par Me Jean-François Dumoulin, avocat à Lausanne,

D. _____, à Paudex, défenderesse.

Art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP

E n f a i t :

A. a) A.Q._____, né le [...], a été engagé par G._____ (ci-après : G._____), dès le 1^{er} février 2001 en qualité de représentant régional dans les cantons de Vaud et Genève.

En tant qu'employé de G._____, A.Q._____ était affilié en matière de prévoyance professionnelle à la Caisse de retraite N._____ (ci-après : la Caisse N._____). Selon une fiche d'assurance établie au 1^{er} janvier 2004, la prestation assurée à cette date en cas d'invalidité était une rente annuelle de 26'056 francs.

Par lettre du 20 février 2005, A.Q._____ a résilié son contrat de travail avec effet au 31 mai 2005, au motif qu'une opportunité qu'il ne pouvait refuser s'était offerte à lui.

b) Le 25 mai 2005, le Dr F._____, interniste FMH et médecin traitant, a déclaré A.Q._____ inapte au travail du 25 au 27 mai 2005 en raison de blessures aux mains, aux jambes et au dos subies alors qu'il était au volant d'un petit tracteur (« tracasset »). L'accident, survenu le 23 mai 2005, a fait l'objet d'une déclaration de sinistre LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20).

c) A.Q._____ a débuté son nouvel emploi le 1^{er} juin 2005 auprès de la société X._____ SA. Par demande d'affiliation du 1^{er} juin 2005, l'employeur a annoncé l'intéressé comme personne à assurer à compter de cette même date au [...], devenu en automne 2009 le Fonds de prévoyance D._____. Sur la base de la déclaration de santé de l'assuré, le fonds a confirmé l'admission le 13 juin 2005 (sans réserve pour des raisons de santé) avec effet au 1^{er} juin 2005.

d) A.Q._____ a été hospitalisé d'office à l'Hôpital J._____, du 10 au 22 juin 2005 en raison de troubles bipolaires (épisode maniaque).

e) Par avis de mutation du 5 août 2005 adressé au Fonds de prévoyance D._____, l'employeur X._____ SA a annoncé le départ de l'employé au 31 juillet 2005 pour cause de résiliation des rapports de travail et un salaire AVS brut du 1^{er} juin au 31 juillet 2005 totalisant 14'516 fr. 65.

B. a) Le 8 septembre 2006, A.Q._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente et en faisant état de troubles bipolaires existant depuis le 1^{er} juin 2005.

b) Dans un rapport médical du 24 octobre 2006, le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique à l'Hôpital J._____, a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec syndromes psychotiques (F31.2), existant depuis le 10 juin 2005, ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F10.21), existant au moins depuis novembre 1994.

c) Dans un rapport médical du 31 octobre 2006 adressé à l'OAI, le Dr F._____ a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de troubles affectifs bipolaires et de syndrome de dépendance à l'alcool. A la question « Incapacité de travail d'au moins 20 % reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour », il a indiqué « arrêt de travail à 100 % du 25.05.2005 jusqu'à actuellement », sans autres précisions.

d) Dans un rapport médical du 5 juin 2007 adressé à l'OAI, la Dresse R._____, médecin associée de Psychiatrie [...], a indiqué que l'assuré souffrait, avec influence sur la capacité de travail, d'un trouble bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique (F31.31), existant depuis janvier 2005, et de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2), existant depuis une dizaine d'années. Elle a indiqué que l'intéressé avait été hospitalisé à l'Hôpital J._____ du 10 au 22 juin 2005, puis du 12 juillet au 13 octobre 2005, avait rechuté dans la

consommation d'alcool courant 2006 et avait dû être hospitalisé du 21 mars au 19 avril 2007 pour une hépatite alcoolique aiguë; un suivi ambulatoire important avait été mis en place et le patient, abstinant depuis sa sortie d'hôpital, venait régulièrement aux rendez-vous. Elle réservait son pronostic en raison des risques importants de rechute et estimait qu'une reprise de travail dans le milieu professionnel normal était illusoire.

e) Dans un rapport d'examen du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 4 octobre 2007, la Dresse K._____ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'un trouble bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique (F31.31). Elle a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 25 mai 2005 en se fondant sur le rapport médical du Dr F._____ du 31 octobre 2006 et a exposé ce qui suit :

« Cet assuré de [...] était employé comme chef de vente chez G._____ du 01.02.2001 au 31.05.2005, date pour laquelle il a donné sa démission, en vue d'une autre orientation professionnelle. Le départ de son travail se fait dans un contexte conflictuel, puis début juin 2005 l'assuré travail[le] quelques jours dans son nouvel emploi avant d'être hospitalisé d'office le 10.06.2005 en milieu psychiatrique pour un épisode maniaque. Il reste hospitalisé 4 mois. Une mise sous tutelle a été nécessaire. De plus, il présente un syndrome de dépendance à l'alcool depuis une dizaine d'années sans répercussion sur sa capacité de travail, et à sa demande un sevrage a été organisé en novembre 2004.

Inscrit au chômage à la suite de son hospitalisation en milieu psychiatrique, la Dresse R._____ mentionne dans son rapport du 05.06.2007 que toute tentative de reprise de travail a échoué. L'assuré souffre d'un trouble bipolaire actuellement marqué par un épisode dépressif d'intensité moyenne, associé à un syndrome de dépendance à l'alcool. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux pour ce trouble psychiatrique ainsi que pour le problème d'alcool, et est suivi conjointement par son médecin traitant, un médecin psychiatre et le Centre thérapeutique d'alcoologie [...]. Toujours selon ce rapport, malgré ce traitement bien conduit, le pronostic reste réservé, les risques de rechute étant très importants.

Dès lors, et après discussion avec le Dr [...], médecin psychiatre au SMR, compte tenu de l'évolution peu favorable de la maladie depuis mai 2005 malgré un traitement bien conduit, et compte tenu de la sévérité des limitations fonctionnelles de l'assuré et de l'important risque de rechutes, l'exercice d'une activité lucrative n'est pas envisageable ».

f) Par projet de décision du 20 novembre 2007, confirmé par décision du 20 mars 2008, l'OAI a alloué à A.Q. _____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2006, avec la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatations :**

- Depuis le 25 mai 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.
- A l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 29 LAI, soit au 25 mai 2006, votre incapacité de travail et de gain est totale. A ce jour, votre état de santé ne vous a pas permis d'exercer à nouveau une activité lucrative. Le degré d'invalidité ainsi présenté est de 100 %.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- Dès le 1^{er} mai 2006, vous avez droit à une rente entière ».

C. a) Par lettre recommandée du 26 février 2008, le Fonds de prévoyance D. _____ a écrit ce qui suit à A.Q. _____ :

« Nous nous référons au projet d'acceptation de rente d'invalidité établi en date du 20 novembre 2007 par l'Office AI pour le canton de Vaud.

Après étude de votre dossier, nous constatons que cet office projette de vous reconnaître invalide à 100 % dès le 1^{er} mai 2006, vous donnant ainsi droit à une rente ordinaire simple.

En ce qui concerne les prestations du fonds, nous avons noté qu'à la question figurant sur la déclaration de santé de la demande d'affiliation au fonds datée du 1^{er} juin 2005, se référant à la confirmation que la personne à assurer - bien que jouissant de sa pleine capacité de travail - ne souffre, à sa connaissance, ni d'une infirmité, ni d'une maladie, ni des suites d'un accident, vous avez par votre signature attesté que vous ne souffriez d'aucune maladie.

Sur la base de votre demande d'affiliation, nous vous avons confirmé, le 13 juin 2005, votre admission au fonds à partir du 1^{er} juin 2005 et ceci sans réserve, compte tenu du fait que vous aviez répondu de façon affirmative à toutes les questions relatives à la déclaration de santé.

Toutefois, l'article 2 du règlement du fonds indique que lorsque l'état de santé n'est pas satisfaisant, le fonds demande un examen médical et selon les cas émet des réserves pour la part de la couverture des risques de décès ou d'invalidité supérieure à celle de la LPP. Ce même article précise également que si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), la partie surobligatoire peut être exclue du contrat de prévoyance si le risque assuré s'est déjà réalisé au moment de la découverte de la réticence par le fonds.

Or, au vu du dossier AI qui vient de nous être remis, il s'avère que vous avez une atteinte à la santé datant d'avant l'affiliation au

fonds. Vos problèmes de santé datent de plusieurs années et vous avez notamment subi une hospitalisation en novembre 2004.

Vous ne pouviez donc pas de bonne foi ignorer cet état de fait au moment de votre affiliation et n'avez donc pas répondu de façon exacte à la déclaration de santé. Vous avez commis une réticence.

Si nous avions eu connaissance de cet élément lors de votre affiliation, nous vous aurions admis au fonds avec une réserve pour la couverture des risques de décès ou d'invalidité liée à celle pathologie se déclarant dans les 5 ans.

Par conséquent, nous excluons la partie surobligatoire des prestations d'invalidité ou de décès du fonds et les limitons à celles découlant de l'assurance obligatoire de la LPP (loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, survivants et invalidité).

Selon l'article 23 LPP, a droit à des prestations d'invalidité l'invalidé qui était assuré lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Cela signifie que la qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de la première incapacité de travail qui est l'événement assuré. Ainsi, l'institution de prévoyance n'est pas tenue à prestation lorsque le travailleur, mis ultérieurement au bénéfice d'une rente d'invalidité, est déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité future de travail au moment de son affiliation.

Sachant, comme relevé ci-dessus, que votre incapacité de travail à l'origine de votre invalidité est antérieure à votre affiliation au fonds, le droit aux prestations ne découle pas du rapport de prévoyance qui nous lie. Le Dr F. _____ dans son rapport du 31 octobre 2006 a diagnostiqué des troubles affectifs bipolaires et un syndrome de dépendance à l'alcool ayant des répercussions sur votre capacité de travail. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % dès le 25 mai 2005, soit à une date antérieure à votre affiliation au fonds.

En résumé, vous n'avez pas droit à des prestations d'invalidité du fonds, ni pour la part obligatoire, selon la LPP, ni pour la part surobligatoire dépassant les prestations minimales de la LPP ».

b) Le 27 mars 2008, l'assuré s'est adressé en ces termes au Fonds de prévoyance D. _____ :

« Votre décision du 26 février dernier a retenu toute mon attention. Je prends note que la décision de l'office de l'assurance invalidité me reconnaissant un invalidité à 100 % depuis le 1^{er} mai 2006, me donne droit à une rente ordinaire simple.

Votre Fonds d'assurance retraite a pris la décision de non-droit à des prestations d'invalidité pour des motifs auxquels je souhaite apporter les précisions suivantes.

Lors de la signature de la demande d'affiliation du 1^{er} juin 2005, je n'ai fait acte d'aucune réticence et j'ai répondu en toute bonne foi à votre questionnaire. A ma connaissance, à cette date, je ne souffrais d'aucune maladie. En date du 25 mai 2005, j'ai eu un accident qui a justifié une incapacité de travail temporaire à 100 %. J'ai commencé mon nouveau poste de travail le 1^{er} juin à 100 %, ce qui peut être confirmé par mon employeur.

Je confirme que je n'avais aucune atteinte de la santé avant la signature de cette affiliation. Je joins à la présente un courrier de mon médecin, le Dr. F. _____ (...) ».

Le courrier du Dr F. _____ annexé par l'assuré était daté du 13 mars 2008 et avait la teneur suivante :

« Mon patient m'a remis votre courrier daté du 26.02.2008 et je tiens à y apporter quelques précisions. Me référant comme vous au rapport que j'ai signé le 31 octobre 2006, je reviens sur 2 points qui me semblent extrêmement importants de votre point de vue et qui n'ont pas été mentionnés dans ce rapport.

Le diagnostic des troubles affectifs bipolaires a été posé après le 1^{er} juin 2005 et en reprenant mes notes et mon dossier il s'avère que Monsieur A.Q. _____ ne pouvait être au courant de ce diagnostic lorsqu'il a signé son contrat.

La deuxième chose c'est qu'à l'époque du 1^{er} juin 2005 et ceci depuis 2004, Monsieur A.Q. _____ présentait effectivement des problèmes d'alcool avec un syndrome de dépendance qui a justifié d'ailleurs l'hospitalisation en 2004, mais je suis très loin d'être sûr qu'à l'époque où Monsieur A.Q. _____ a signé son contrat d'assurance, il était conscient de ce diagnostic et ceci très certainement en raison de la comorbidité psychiatrique dont, je le répète, le diagnostic n'a été posé qu'après juin 2005 !

Enfin, vous mentionnez une incapacité de 100 % dès le 25 mai 2005 mais cette incapacité de travail n'avait absolument rien à faire avec les 2 diagnostics énoncés ci-dessus, mais concernait un accident avec un tracteur qui justifia effectivement une consultation le 25 mai 2005 et dont le diagnostic était un diagnostic traumatologique ».

c) Le 17 juillet 2008, le Fonds de prévoyance D. _____ s'est adressé à la Caisse N. _____ pour lui faire savoir que A.Q. _____ avait introduit auprès du fonds une demande de prestations d'invalidité, fort de la décision de l'OAI du 20 mars 2008 (produite en annexe) le reconnaissant invalide à 100 % dès le 1^{er} mai 2006. Or, selon le fonds, cette invalidité découlait d'une incapacité de travail datant du 25 mai 2005, de sorte que les prestations étaient dues par l'ancienne institution de prévoyance auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'était survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, soit par la Caisse N. _____.

Le 28 juillet 2008, la Caisse N. _____ a prié l'OAI de lui adresser une copie du dossier de l'assuré, qu'elle a reçue sous forme de CD-ROM par pli recommandé du 5 août 2008.

Par courrier du 1^{er} octobre 2008, la Caisse N. _____ a indiqué au Fonds de prévoyance D. _____ qu'elle ne pouvait entrer en matière pour une quelconque rente d'invalidité, dans le sens où l'accident dont l'intéressé avait été victime à fin mai 2005 n'était pas la cause de sa mise au bénéfice d'une rente AI. En effet, l'incapacité de travail consécutive à l'accident avait pris fin le 27 mai 2005 et l'assuré avait été en mesure de débiter normalement sa nouvelle activité lucrative le 1^{er} juin 2005.

d) Le 21 octobre 2008, la Caisse N. _____ s'est adressée à l'OAI pour lui faire part de son désaccord concernant l'incohérence entre les faits et la date de mise au bénéfice de la rente AI, qui devait selon elle être déterminée par rapport aux événements du 10 juin 2005.

Le 27 novembre 2008, l'OAI a répondu ce qui suit à la Caisse N. _____ :

« Nous accusons réception de votre courrier du 21 octobre dernier qui a retenu toute notre attention.

Sur un plan purement formel, nous relevons que dans la mesure où nous avons omis de vous notifier notre décision du 20 mars dernier, le délai de recours de 30 jours ne commence à courir que lorsque vous en avez eu connaissance soit par envoi du CD ROM du 5 août dernier. Dans ce contexte, nous relevons que nous considérerions votre courrier du 21 octobre comme tardif si vous demandiez qu'il soit considéré comme un recours.

Sur le fond, nous avons examiné vos arguments sous l'angle d'une demande de reconsidération.

Nous relevons que nous nous sommes fondés sur le rapport médical du Dr F. _____ du 31 octobre 2006 qui mentionnait la date du 25 mai 2005 comme début de l'incapacité entière. Il est vrai que cette date correspond au début d'une incapacité de courte durée liée à un accident qui n'a rien à voir avec l'atteinte subséquente fondant l'incapacité de longue durée. Dans la mesure pourtant où la période entre les deux atteintes à la santé a duré moins de 30 jours, nous pouvions admettre qu'il n'y a pas eu d'interruption de l'incapacité de travail au sens de la loi sur l'assurance invalidité, peu importe que les atteintes soient de même nature. Dans ce contexte, nous ne pouvons pas admettre que retenir le début de l'incapacité de travail pour la première atteinte comme début de l'atteinte à la santé soit manifestement erroné en application des dispositions de notre assurance. Nous considérons ainsi que les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies.

Pour le surplus, nous vous laissons le soin d'examiner dans quelle mesure notre décision vous lie quant à la détermination de la caisse de pension compétente ».

e) Par lettre du 27 octobre 2008, le Fonds de prévoyance D. _____ a confirmé à A.Q. _____ qu'il refusait de lui octroyer des prestations d'invalidité, au motif que, dans sa décision du 20 mars 2008 lui accordant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2006, l'OAI avait retenu un début d'incapacité totale de travail au 25 mai 2005, soit à une date antérieure à son affiliation au fonds.

f) Le 19 décembre 2008, représentée par son conseil, Me Jean-François Dumoulin, avocat à Lausanne, la Caisse N. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de deux recours contre les deux décisions de l'OAI du 20 mars 2008 adressées à A.Q. _____ (s'agissant des prestations accordées à celui-ci et à sa fille B.Q. _____ - causes jointes AI 634/08 et AI 635/08), ainsi que contre la décision de l'OAI du 27 novembre 2008 adressée à son intention. Elle a conclu à l'annulation de ces décisions, à la fixation du début de l'incapacité de travail de l'assuré au 10 juin 2005 et à la constatation qu'elle ne doit pas verser de prestations d'invalidité.

Par lettre du 19 janvier 2009, la Caisse N. _____ a confirmé au mandataire de A.Q. _____, Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, qu'elle avait fait recours « contre la décision de l'Office AI mettant à la charge de la Caisse N. _____ le versement d'une rente d'invalidité », pour le motif que l'invalidité de l'intéressé trouvait son origine dans un événement survenu à un moment où il n'était plus employé de G. _____.

D. **a)** Par demande du 3 février 2009, A.Q. _____ a ouvert action contre la Caisse N. _____ ainsi que contre le Fonds de prévoyance D. _____, en prenant les conclusions alternatives suivantes :

« - La Caisse N. _____ est débitrice de A.Q. _____ dès le 1^{er} mai 2006 d'une rente entière d'invalidité d'un montant que justice dira, avec intérêts moratoires de 5 % l'an dès l'ouverture de la présente action;

ou

- le Fonds de prévoyance D._____ est débiteur de A.Q._____ dès le 1^{er} juin 2006 d'une rente entière d'invalidité d'un montant que justice dira, avec intérêts à 5 % l'an dès l'ouverture de la présente action ».

A l'appui de ses conclusions, A.Q._____ a exposé que la caisse de pensions compétente était celle au moment où avait débuté l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, pour autant qu'il y ait entre le début de l'incapacité de travail et l'invalidité une connexité à la fois matérielle et temporelle. L'application de ce principe de connexité matérielle et temporelle faisait que la caisse de pensions concernée par son cas d'invalidité était l'un des deux fonds de prévoyance défendeurs, le droit à la rente étant ouvert, en cas de compétence de la Caisse N._____, dès le 1^{er} mai 2006, et en cas de compétence du Fonds de prévoyance D._____, dès le 1^{er} juin 2006.

b) Dans sa réponse du 13 mars 2009, la Caisse N._____ a conclu à ce que le début de l'incapacité de travail du demandeur soit fixé au 10 juin 2005 et au rejet des conclusions de la demande en tant qu'elles la visaient. Elle a fait valoir que la décision de l'OAI du 20 mars 2008 - qui faisait elle-même l'objet d'un recours - reposait sur une appréciation inexacte des faits, dès lors que la pathologie dont souffrait encore l'intéressé n'était pas survenue dès le 25 mai 2005, mais dès le 10 juin 2005, comme le précisait sans ambiguïté le rapport médical du Dr I._____ du 26 (recte : 24) octobre 2006. En effet, l'incapacité de travail présentée par le demandeur à la fin du mois de mai 2005 était en lien avec un accident subi au volant d'un petit véhicule agricole et les blessures somatiques sans gravité particulière n'avaient entraîné qu'une incapacité de travail de trois jours. En revanche, la maladie psychiatrique grave survenue le 10 juin 2005 était bien la cause des difficultés de santé dont le demandeur souffrait encore. En outre, contrairement à ce que soutenait l'OAI dans son courrier du 27 novembre 2008, il y avait bien eu interruption de l'incapacité de travail - même si les circonstances particulières du cas d'espèce faisaient que cette interruption avait été de courte durée - puisque l'on se trouvait en présence de deux pathologies

totale­ment distinctes, la première étant bénigne et la seconde très grave, au point qu'elle avait entraîné une incapacité totale de travail.

c) Dans sa réponse du 6 avril 2009, le Fonds de prévoyance D._____ a conclu au rejet de la demande en tant qu'elle le visait. Il a soutenu que les constatations faites par l'AI concernant notamment la survenance de l'incapacité de travail liaient les institutions de prévoyance, du moins en ce qui concernait la prévoyance professionnelle obligatoire. En conséquence, dès lors que le rapport d'examen du SMR du 4 octobre 2007 retenait une incapacité de travail à 100 % dès le 25 mai 2005, soit une date antérieure à l'affiliation du demandeur, il ne lui incombait pas de prendre en charge les prestations d'invalidité.

d) La réponse de chacune des défenderesses a été communiquée à l'autre pour information.

e) Dans le délai de réplique, le demandeur a indiqué le 13 mai 2009 que les réponses des défenderesses n'appelaient pas d'explication complémentaire de sa part. Il a en revanche sollicité du Tribunal qu'il demande à chacune des deux défenderesses qu'elle indique le montant de la rente d'invalidité qu'elle lui verserait si elle était condamnée, en indiquant les éléments qui ont présidé à son calcul.

Le 5 juin 2009, la Caisse N._____ s'est opposée à la requête formulée par le demandeur, en exposant que celle-ci était pour le moins prématurée.

Le 10 juillet 2009, le Fonds de prévoyance D._____ a déclaré maintenir sa prise de position et a indiqué que la rente d'invalidité à laquelle le demandeur aurait droit si le fonds devait prendre en charge le cas s'élèverait à 2'178 fr. par mois (30 % du salaire annuel assuré de 87'100 fr.).

f) Par courrier du 14 juillet 2009, le juge instructeur, considérant que l'intérêt du demandeur à ne pas devoir procéder en deux

temps et donc à obtenir d'ores et déjà l'indication, par chacune des défenderesses, du montant (et des éléments qui ont présidé au calcul de ce montant) de la rente d'invalidité que celle-ci devrait lui verser si elle devait prendre en charge le cas primait clairement l'intérêt éventuel de la Caisse N._____ à ne pas fournir d'emblée ces indications, a invité cette dernière à lui indiquer le montant de la rente d'invalidité qu'elle verserait au demandeur si elle devait prendre en charge le cas, ainsi que les éléments présidant au calcul de ce montant.

Par courrier du 27 août 2009, la Caisse N._____ a indiqué que la rente d'invalidité réglementaire maximale à laquelle le demandeur pourrait avoir droit si elle devait prendre en charge le cas s'élèverait à 34'140 fr. par année (60 % du salaire annuel assuré de 56'900 fr., compte tenu de la déduction de coordination de 17'200 fr.). Elle a précisé que ce montant était fourni à titre indicatif compte tenu de ce qu'elle n'était pas en possession des documents usuels pour le traitement de ce genre de cas.

g) Le dossier AI a été versé au dossier de la présente cause et les parties ont eu la faculté de le consulter.

E n d r o i t :

1. a) Chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40]). 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]).

Le for 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).

L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239; 117 V 237 et 329 consid. 5d; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). La LPGA ne trouve pas application en matière de prévoyance professionnelle (Kieser, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n° 17 p. 242).

Sur le plan procédural, il y a lieu d'appliquer les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. L'application de ces règles de procédure satisfait aux exigences de l'art. 73 LPP, qui pose des principes généraux pour les contestations en matière de prévoyance professionnelle (CASSO, jugement du 3 novembre 2009, PP 50/08 ap. TF - 105/2009, consid. 1).

b) En l'espèce, l'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du siège de la partie défenderesse (pour le Fonds de prévoyance D._____) respectivement du lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (pour la Caisse N._____, qui n'a d'ailleurs pas contesté la compétence ratione loci du Tribunal de céans), est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et 109 al. 1 LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, 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. Selon la jurisprudence, 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 (ATF 123 V 262 consid. 1a; 120 V 112 consid. 2b; 117 V 331 consid. 3; TF 9C_564/2008 du 22 juillet 2009, consid. 2.1; TF B_92/06 du 13 mars 2007, consid. 4.2; Jürg Brühwiler, *Obligatorische berufliche Vorsorge*, in SBVR, Band XIV, *Soziale Sicherheit*, 2^e éd. 2007, n° 104 p. 2041).

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. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; cf. actuellement art. 28 al. 1 let b LAI), mais il correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité; si l'institution de prévoyance a déjà effectué le transfert de la prestation de libre passage, elle n'est pas, pour autant, libérée de l'obligation éventuelle de verser ensuite une rente d'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; 120 V 116 consid. 2b; 117 V 329 consid. 3; Jürg Brühwiler, *op. cit.*, n° 107 p. 2042).

b) L'art. 23 LPP a donc aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur (en changeant en même temps d'institution de prévoyance) et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité: le droit aux prestations ne découle pas *eo ipso* du nouveau rapport de prévoyance; il faut bien plutôt examiner auprès de quelle institution l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 123 V 262 consid. 1c; 120 V 112 consid. 2c et les références citées; Jürg Brühwiler, *op. cit.*, n° 104 p. 2041). Ainsi, lorsqu'il y a plusieurs atteintes à la santé, 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 une 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 (TF B_92/06 du 13 mars 2007, consid. 4.2; TFA B_32/05 du 24 juillet 2006 consid. 6.3).

Pour qu'une 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 134 V 20 consid. 3.2; 130 V 270 consid. 4.1; 123 V 262 consid. 1c; 120 V 112 consid. 2c/aa; TF 9C_564/2008 du 22 juillet 2009, consid. 2.1; TF B_92/06 du 13 mars 2007, consid. 4.2; Jürg Brühwiler, op. cit., n° 107 p. 2042). 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 134 V 20 consid. 3.2.1; 123 V 262 consid. 1c; 120 V 112 consid. 2c/aa; TF 9C_564/2008 du 22 juillet 2009, consid. 2.1; TF B_92/06 du 13 mars 2007, consid. 4.2; Jürg Brühwiler, op. cit., n° 108 et 109 p. 2043).

c) On ajoutera que d'après la jurisprudence, si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi – comme c'est le cas à l'art. 19 du Règlement du Fonds de prévoyance D._____, dans son état au 1^{er} janvier 2005 (TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008, consid. 2.3) – 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 130 V 270 consid. 3.1; 126 V 308 consid. 1; TF

9C_700/2007 du 26 juin 2008, consid. 2.3). 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 130 V 270 consid. 3.1; 129 V 73 consid. 4 et 4.2; TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008, consid. 2.3). Cela étant, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'a décidé l'organe de l'assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'assureur LPP dans la procédure de l'assurance-invalidité n'a plus d'objet (ATF 130 V 270 consid. 3.1, résumé dans la RSAS 2004 p. 451; TFA B_27/05 du 26 juillet 2006, consid. 3.3).

d) Selon l'art. 24 al. 1 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). Pour la naissance du droit à la rente, ce sont les dispositions de la LAI qui sont applicables par analogie en vertu de l'art. 26 al. 1 LPP (ATF 134 V 20 consid. 3.1.2).

3. a) En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que le demandeur, qui a changé d'employeur et d'institution de prévoyance au 1^{er} juin 2005, a présenté successivement deux incapacités de travail dont les causes sont parfaitement distinctes et indépendantes l'une de l'autre. D'une part, il a présenté une brève incapacité de travail en raison d'un accident de « tracasset » survenu le 23 mai 2005, qui a causé des blessures aux mains, aux jambes et au dos; cette incapacité de travail a

pris fin le 28 mai 2005. D'autre part, il a présenté depuis le 10 juin 2005, date de son hospitalisation d'office en milieu psychiatrique, une incapacité totale de travail de longue durée en raison d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec syndromes psychotiques.

b) C'est manifestement la cause de l'incapacité de travail survenue à partir du 10 juin 2005 qui est à l'origine de l'invalidité, au sens de l'art. 23 LPP. Il ressort en effet de manière univoque du rapport d'examen SMR du 4 octobre 2007, sur lequel l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision d'octroi de rente du 20 mars 2008, que l'invalidité résulte d'un trouble bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique (F31.31). Cette incapacité de travail a débuté le 10 juin 2005 et a perduré depuis lors. Dans la mesure où le trouble bipolaire n'a jamais entraîné d'incapacité de travail avant le 10 juin 2005, l'incapacité de travail ayant débuté à cette date se trouve en relation de connexité tant matérielle que temporelle avec l'invalidité reconnue par la décision de l'OAI du 20 mars 2008. A l'inverse, il n'y a de toute évidence aucune connexité matérielle, au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2b supra), entre l'invalidité et la brève incapacité de travail qui a suivi l'accident de « tracasset » survenu le 23 mai 2005 et qui a pris fin le 28 mai 2005; en effet, l'affection à l'origine de l'invalidité – à savoir le trouble bipolaire – n'a strictement rien à voir avec cette incapacité de travail transitoire d'étiologie traumatologique, comme le Dr F._____ l'a souligné dans son courrier du 13 mars 2008 et comme l'OAI l'a retenu dans sa décision du 27 novembre 2008.

c) Il est vrai que le rapport d'examen SMR du 4 octobre 2007, sur lequel l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision du 20 mars 2008 allouant à A.Q._____ une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2006, a fixé le début de l'incapacité de travail durable (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) au 25 mai 2005. Cette date retenue dans le rapport d'examen SMR du 4 octobre 2007 l'a été sur la base du rapport médical du 31 octobre 2006 du Dr F._____, qui à la question « Incapacité de travail d'au moins 20 % reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour » a indiqué « arrêt de

travail à 100 % du 25.05.2005 jusqu'à actuellement », sans autres précisions. Or, il est établi que l'incapacité de travail qui a débuté le 25 mai 2005 était due à l'accident de « tracasset » du 23 mai 2005 et a pris fin le 28 mai 2005, et que c'est le trouble bipolaire ayant entraîné une incapacité de travail durable dès le 10 juin 2005 qui est à l'origine de l'invalidité du demandeur.

d) Le fait que la décision de l'OAI du 20 mars 2008 ait fixé le début de l'incapacité de travail durable au sens de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) au 25 mai 2005 ne saurait avoir pour effet d'engager la responsabilité de la Caisse N. _____ à laquelle le demandeur était affilié jusqu'au 31 mai 2005, alors qu'il est établi, comme on vient de le voir, que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité s'est manifestée pour la première fois le 10 juin 2005, lorsque le demandeur était affilié au Fonds de prévoyance D. _____.

La fixation du début de l'incapacité de travail durable au sens de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) au 25 mai 2005 résulte de l'application des règles spécifiques à l'assurance-invalidité, qui ne saurait lier les institutions de prévoyance lorsqu'il s'agit de délimiter les responsabilités entre ces institutions. En effet, selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (actuellement art. 28 al. 1 let. b LAI), l'assuré a droit à une rente AI s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. L'art. 29ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) dispose qu'il y a interruption notable de l'incapacité de travail, au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. Enfin, l'art. 4 al. 1 LAI dispose que l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Il découle de cette dernière disposition qu'en raison du principe de finalité, l'assurance-invalidité alloue ses prestations sans égard à la cause de l'atteinte à la santé invalidante. Dans le cas particulier, cela signifie que l'origine de l'incapacité de travail

(traumatologique ou psychiatrique) importe peu au regard de la LAI et que l'OAI pouvait retenir le 25 mai 2005, début de l'incapacité de travail de trois jours due à l'accident de « tracasset » du 23 mai 2005, comme date déterminante pour fixer le début du délai d'attente d'une année, dans la mesure où il s'était écoulé moins de 30 jours entre la fin de l'incapacité totale de travail due à l'accident du 23 mai 2005 et la nouvelle incapacité totale de travail survenue le 10 juin 2005 en raison du trouble bipolaire (art. 29ter RAI).

La fixation, par l'OAI, du début de l'incapacité de travail durable au sens de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) au 25 mai 2005 n'a ainsi aucune incidence sur l'issue du présent litige. En effet, comme le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de le préciser (ATF 130 V 501 non publié, consid. 2.3.2, reproduit in SVR 2005 BVG n° 5 p. 14), la force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance (cf. consid. 2c supra) repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes. Elle ne vaut dès lors qu'en ce qui concerne les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité qui étaient déterminantes dans la procédure de l'assurance-invalidité pour établir le droit à une rente d'invalidité et qui devaient effectivement faire l'objet d'une détermination; dans le cas contraire, les organes de la prévoyance professionnelle sont tenus d'examiner librement les conditions du droit aux prestations (TFA B_50/99 du 14 août 2000, consid. 2b). Le fait que l'assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n'exclut donc pas que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue (dans une mesure plus restreinte) plus d'une année auparavant (TFA B_47/98 du 11 juillet 2000, reproduit in RSAS 2003 p. 45) et a contrario peu de temps après l'incapacité de travail fondant le droit à des prestations AI conformément aux dispositions AI (cf. SBVR p. 1554).

e) En définitive, force est de constater que l'incapacité de travail dont la cause - soit le trouble bipolaire diagnostiqué par les Drs

I. _____ le 24 octobre 2006, F. _____ le 31 octobre 2006 et R. _____ le 5 juin 2007 - est à l'origine de l'invalidité est survenue pour la première fois le 10 juin 2005 et est demeurée totale depuis lors. Comme le demandeur était au 10 juin 2005 affilié au Fonds de prévoyance D. _____, c'est à cette institution de prévoyance qu'il incombe de verser des prestations d'invalidité, conformément à l'art. 23 al. 1 let. a LPP.

4. a) Le demandeur ayant été reconnu invalide à raison de 100 % au sens de l'AI par décision de l'OAI du 20 mars 2008, il a droit à une rente entière d'invalidité (art. 24 al. 1 let. a LPP). Pour la naissance du droit à la rente, ce sont les dispositions de la LAI qui sont applicables par analogie en vertu de l'art. 26 al. 1 LPP. Dès lors que l'incapacité totale de travail déterminante en l'espèce a débuté le 10 juin 2005, le droit à la rente prend naissance le 10 juin 2006 (art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et la rente doit être allouée dès le 1^{er} juin 2006 (art. 29 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

b) Le Fonds de prévoyance D. _____ a indiqué le 10 juillet 2009 que la rente d'invalidité à laquelle le demandeur aurait droit si le fonds devait prendre en charge le cas s'élèverait à 2'178 fr. par mois, correspondant à 30 % du salaire annuel assuré de 87'100 fr. Ce montant n'ayant pas été contesté par le demandeur, c'est une rente mensuelle de 2'178 fr. que le Fonds de prévoyance D. _____ doit être condamné à verser au demandeur dès le 1^{er} juin 2006.

c) En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans d'autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 421 consid. 5.1; 119 V 131 consid. 4a). La demeure survient par l'interpellation (art. 102 al. 1 CO); par ailleurs, à défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5 %, conformément à l'art. 104 al. 1 CO (ATF 130 V 421; 119 V 131 consid. 4d). Le Fonds de prévoyance D. _____ n'ayant pas allégué l'existence d'une telle disposition

réglementaire, l'intérêt moratoire sur les arrérages échus doit être alloué au taux de 5 % l'an et ce dès la réception de la demande, soit dès le 12 février 2009, conformément aux conclusions du demandeur.

5. a) En définitive, la demande formée par A.Q._____ à l'encontre du Fonds de prévoyance D._____ doit être admise en ce sens que ce fonds doit être condamné à verser au demandeur une rente d'invalidité mensuelle de 2'178 fr. dès le 1^{er} juin 2006, plus intérêt moratoire au taux de 5 % l'an dès le 12 février 2009 sur les arrérages échus.

En revanche, la demande formée par A.Q._____ à l'encontre de la Caisse N._____ doit être rejetée.

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

c) Obtenant gain de cause vis-à-vis du Fonds de prévoyance D._____ avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le demandeur a droit à des dépens de la part du fonds (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 1'500 francs.

Quoique la Caisse N._____ 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 le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4; Jürg Brühwiler, op. cit., n° 209 p. 2076), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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

- I. Le Fonds de prévoyance D._____ doit verser à A.Q._____ une rente d'invalidité de 2'178 fr. (deux mille cent septante-huit francs) par mois dès le 1^{er} juin 2006, plus intérêt moratoire sur les arrérages échus au taux de 5 % l'an dès le 12 février 2009.

- II. La demande formée par A.Q._____ contre la Caisse N._____ est rejetée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser à A.Q._____ à titre de dépens, est mise à la charge du Fonds de prévoyance D._____.

- V. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat (pour A.Q._____)
- Me Jean-François Dumoulin, avocat (pour la Caisse N._____)
- Fonds de prévoyance D._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :