

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 18 décembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G._____, à Lausanne, demandeur, représenté par Me Séverine Berger,
avocate à Lausanne,

et

M._____, à Genève, défenderesse,

N._____, à Genève, défenderesse et appelée en cause.

Art. 10, 23 al. 1 et 26 al. 1 LPP

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: le demandeur), né en 1967, au bénéfice d'une formation d'analyste-programmeur apprise en cours d'emploi, a travaillé du 1^{er} mai 2004 au 31 décembre 2006 en cette qualité auprès de T. _____ SA, entreprise avec siège à [...]. A ce titre, il a été affilié auprès de la N. _____ (ci-après: la N. _____) jusqu'au 31 décembre 2005, puis, à compter du 1^{er} janvier 2006, auprès de la M. _____ (ci- après: la M. _____).

Dans un rapport médical du 14 octobre 2005, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Département de psychiatrie du [...], a fait savoir au Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de l'Unité d'alcoologie du Site de [...], que le demandeur avait séjourné, en admission volontaire, du 14 septembre au 5 octobre 2005, auprès du Service de psychiatrie générale de l'établissement de [...], et qu'il s'agissait de la deuxième hospitalisation dans cet établissement. Les diagnostics posés étaient ceux d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), de trouble de la personnalité schizoïde (F60.1) ainsi que de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). Il était précisé que le demandeur avait été hospitalisé une première fois à [...] en 2002 et à deux reprises à l'hôpital de [...] dix ans auparavant suite à des tentamens par veinosection et saut du [...] [...]. Il avait repris sa consommation d'alcool immédiatement après la dernière sortie de l'hôpital, pour l'augmenter jusqu'à 6 à 7 litres de bière par jour depuis plusieurs mois. Il présentait une symptomatologie dépressive chronique qui s'était aggravée depuis deux à trois mois avec installation d'idées suicidaires quotidiennes. Son incapacité de travail était entière du 14 septembre au 5 octobre 2005. Il avait ensuite séjourné du 5 octobre au 8 novembre 2005 auprès de la Clinique d'alcoologie [...] et avait également présenté une incapacité de travail de 100% durant cette période. Il a touché des prestations de l'assureur perte de gain N. _____ du 14 octobre au 8 novembre 2005.

Après une reprise de travail, le demandeur a présenté une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 8 mars 2006. Du 8 mars au 30 septembre 2006, il a touché des prestations de l'assureur perte de gain N._____. Le Dr D._____, spécialiste en médecine générale, a attesté une incapacité de travail totale du 8 au 20 mars 2006 (certificat médical du 14 mars 2006), du 21 mars au 6 avril 2006 (certificat médical du 27 mars 2006), du 6 avril au 8 mai 2006 (certificat médical du 8 mai 2006), et du 8 mai au 1^{er} juillet 2006 (certificat du 4 juillet 2006).

Selon la déclaration pour l'assurance collective de l'indemnité journalière en cas de maladie déposée le 27 avril 2006 par T._____ SA, le début de la maladie était fixé au 14 septembre 2005. Sous la rubrique «Message à l'assureur», il était précisé ce qui suit:

"Comme vous pourrez le constater à l'aide des certificats qui suivront par la poste, Monsieur G._____ a rechuté, mais n'a jamais repris à 100% durant sa période de validité."

Dans un rapport médical du 22 mai 2006 au médecin-conseil de la N._____, le Dr C._____ a expliqué que le demandeur était connu pour un trouble dépressif récurrent, qu'il avait été hospitalisé une première fois en 2002 à [...], mais que le problème de dépression était plus ancien, avec anamnestiquement deux hospitalisations une dizaine d'années auparavant à [...].

Un inspecteur de sinistres de l'assureur perte de gain N._____ a rencontré le demandeur le 12 septembre 2006. Selon les déclarations du demandeur, ce dernier estimait que ses difficultés de concentration et ses pertes ou troubles de la mémoire duraient depuis environ 4 ans avec un pic en fin 2005 lors de son arrêt. S'agissant du pronostic, le demandeur indiquait qu'il pourrait reprendre le travail partiellement d'ici 2 à 3 mois, sans pouvoir expliquer ce qui l'empêchait actuellement. Quant à l'incapacité de travail, elle était décrite en ces termes:

"100% durant 2 mois, puis il mentionne une reprise durant environ 3 mois puis une rechute".

Par courrier du 19 septembre 2006 au demandeur, l'assureur perte de gain N._____ lui a fait savoir que son médecin-conseil avait examiné son dossier à la suite de la visite de son inspecteur de sinistres et que la conclusion de cet examen démontrait qu'il était apte à reprendre le travail avec effet au 1^{er} octobre 2006, si bien que le versement des indemnités était suspendu à compter de cette date.

Le 6 juin 2007, le demandeur a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), en faisant état de troubles psychiques existant depuis 1995.

Il ressort de l'extrait du compte individuel (CI) du demandeur du 11 juillet 2007 que ce dernier a travaillé de janvier 2002 à avril 2004 pour le compte de H._____ SA, puis de mai 2004 à septembre 2006 pour le compte de T._____ SA, aucune autre inscription n'y figurant ensuite.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 12 juillet 2007, le dernier jour de travail effectif du demandeur avait été le 31 mars 2006. Il avait été licencié le 24 novembre 2006 pour le 31 décembre 2006, en raison de ses incapacités de travail et de la fin de son mandat.

Dans son rapport médical à l'OAI du 24 juillet 2007, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool et au tabac, de trouble dépressif récurrent, de personnalité schizoïde et de status post-tentamen. Le traitement avait débuté le 2 mars 1999 et ce médecin était d'avis que l'incapacité de travail était entière comme informaticien.

Dans son rapport médical à l'OAI du 6 août 2007, le Dr Z._____, médecin assistant de la Consultation de [...], a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble schizotypique (F21) existant depuis 2007, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) existant depuis 2002, ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25) existant depuis

2005. Il était d'avis que l'incapacité de travail était de 100% depuis l'hospitalisation à [...] du 16 avril 2007 et précisait que le patient ne travaillait plus depuis avril 2006.

Dans un certificat médical du 17 août 2007 au Service social, le Dr D. _____ a indiqué que son patient était en arrêt de travail pour raisons psychiatriques depuis le mois de septembre 2006 jusqu'à ce jour.

Par rapport médical du 13 août 2008 à l'OAI, le Dr F. _____, médecin assistant de la Consultation de [...] a posé les diagnostics de schizophrénie indifférenciée (F20.30) existant depuis 2007, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) existant depuis 2002, ainsi que de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25) existant depuis 2005. Il estimait que l'incapacité de travail était totale depuis l'hospitalisation à [...] du 16 avril 2007. Pour lui, tant les éléments psychotiques que les éléments thymiques et cognitifs empêchaient le demandeur d'exercer son activité professionnelle d'analyste-programmeur, ainsi que toute autre activité professionnelle en milieu non protégé pour le moment.

Par projet d'acceptation de rente du 10 octobre 2008, l'OAI a préavisé en faveur de l'octroi d'une rente entière d'invalidité au demandeur à compter du 1^{er} avril 2008, avec la motivation suivante:

"Depuis le 16 avril 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

En raison de votre atteinte à la santé, vous n'êtes actuellement plus à même d'exercer une activité professionnelle depuis avril 2007; c'est donc à cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année."

Ce projet a été communiqué à la M. _____ et à la [...].

Par décision du 12 décembre 2008, l'OAI a reconnu au demandeur le droit à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} décembre 2008. Cette décision a été communiquée à N. _____ Assurances et à la M. _____.

Par courrier du 8 janvier 2009 à l'OAI, N._____ a noté que selon les documents en sa possession, l'incapacité de travail du demandeur se poursuivait et un projet de décision avait été émis. Elle priait donc l'OAI de lui adresser une copie de sa décision, en lui demandant d'ajouter la N._____ à sa liste de distribution. Le 15 janvier 2009, l'OAI a donné suite à cette requête et lui a communiqué le projet de décision du 10 octobre 2008, sa décision du 12 décembre 2008 et sa motivation, en précisant qu'il n'avait pas encore rendu la décision concernant le rétroactif.

Par lettre du 23 janvier 2009, N._____ a écrit ce qui suit à l'OAI:

"Monsieur G._____ est assuré auprès de notre société dans le cadre de la prévoyance professionnelle. Actuellement, il est en incapacité de travail.

Sur la base des documents en notre possession, nous ne sommes pas à même de déterminer si, et dans quelle mesure, nous sommes redevables de prestations pour ce cas.

Afin de pouvoir vérifier correctement le droit aux prestations, nous vous prions de nous remettre votre dossier pour consultation.

Cette démarche est effectuée dans le cadre de l'art. 47 al. 1 lit. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1] en relation avec l'art. 87 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40].

Au nom et pour le compte de la Fondation collective LPP de la «N._____».

L'OAI a adressé le dossier du demandeur le 2 février 2009 à la N._____.

Par décision du 8 mai 2009, avec effet au 1^{er} avril 2008, le droit à une rente entière de l'invalidité a été reconnu au demandeur pour la période d'avril à novembre 2008. Cette décision a été communiquée à la M._____ et à N._____.

Le 10 août 2009, la M._____ a prié l'OAI de lui communiquer le dossier complet du demandeur. L'OAI a donné suite à cette requête le 17 août 2009.

Par courrier du 20 août 2010 au conseil du demandeur, la M. _____ lui a fait savoir qu'il résultait de la décision de l'OAI que l'incapacité de travail invalidante remontait au 16 avril 2007, soit postérieurement à la cessation de son affiliation auprès d'elle, le 31 décembre 2006. La M. _____ expliquait qu'il ne lui était dès lors pas possible d'entrer en matière sur le versement d'une prestation d'invalidité. Elle précisait encore avoir transféré la prestation de libre passage du demandeur auprès de N. _____ le 27 septembre 2007.

Dans une correspondance du 25 août 2010 à la M. _____, le demandeur, par son conseil, lui a fait savoir qu'il ressortait des différents certificats médicaux que l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité avait débuté le 8 mars 2006, date à laquelle il était assuré auprès de cette institution.

Par courrier du 8 septembre 2010 au conseil du demandeur, la M. _____ a rappelé que la date pertinente selon elle pour le début de l'incapacité de travail invalidante était le 16 avril 2007, et non pas le 8 mars 2006. Même dans cette dernière hypothèse, elle relevait qu'elle ne serait pas non plus compétente pour la prise en charge du cas, dès lors que le demandeur devrait s'adresser à l'institution à laquelle il était précédemment affilié, le lien de connexité matérielle et temporelle n'étant pas rompu.

Le demandeur, par son conseil, s'est adressé le 16 septembre 2010 à la N. _____, afin qu'elle se détermine sur l'octroi d'une rente en sa faveur.

B. Par acte du 11 octobre 2010, G. _____ a déposé un recours (sic) contre la décision sur opposition (sic) rendue le 8 septembre 2010 par la défenderesse M. _____, en concluant à ce qu'ordre soit donné à cette dernière de lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2007. En substance, il fait valoir que l'OAI s'est vraisemblablement fondé sur le rapport médical du Dr Z. _____ du 6 août 2007 pour arrêter la date du 16 avril 2007 comme début du délai d'attente d'une année. Or il soutient que

ce médecin relève qu'il ne travaillait plus depuis avril 2006 et qu'il ignorait si le médecin traitant avait rédigé des certificats d'incapacité de travail. A cet égard, il observe que le Dr D._____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 8 mars au 1^{er} juillet 2006, puis de septembre 2006 à août 2007, et qu'il est évident que le Dr Z._____ n'a pu attester une incapacité de travail antérieurement au 16 avril 2007, dans la mesure où il a été consulté à l'occasion de son hospitalisation à [...]. Dans un autre moyen, il note que les troubles retenus par l'OAI pour justifier l'octroi de la rente (dépression, dépendance à l'alcool et trouble schizoïde) sont les mêmes que ceux qui ont justifié son incapacité de travail dès le 8 mars 2006. Il en déduit que la condition de la connexité matérielle est réalisée, au même titre que la connexité temporelle. Il soutient dès lors qu'en retenant la date du 16 avril 2007 pour le début de l'incapacité de travail invalidante, l'OAI a interprété les pièces au dossier de manière insoutenable et a méconnu des preuves pertinentes. La date du début de l'incapacité de travail étant insoutenable, elle ne lie selon lui pas l'institution de prévoyance, ni lui-même. C'est selon lui la date du 8 mars 2006 qui aurait dû être retenue. A l'appui de sa demande, le demandeur a produit diverses pièces figurant au dossier, ainsi qu'un courrier de J._____ SA du 4 février 2010 selon lequel la valeur de rachat de sa police de libre passage se montait à 50'698 fr. dont 42'089 fr. d'avoirs de vieillesse selon la LPP, une attestation du 16 août 2010 de la N._____ selon laquelle sa prestation de libre passage s'élevait à 7'832 fr. 50 (y compris intérêts du 2 janvier 2007 au 18 août 2010), et la confirmation de l'ouverture d'un compte de libre passage auprès de la Fondation institution supplétive LPP, le solde actuel de la prestation de libre passage s'élevant à 33'566 fr. 32 au 26 août 2010.

Dans sa réponse du 7 décembre 2010, la M._____ conclut au rejet de la demande. Elle fait principalement valoir que l'incapacité de travail invalidante est postérieure à l'assujettissement car il s'agit de la date indiquée dans la décision de l'AI, et subsidiairement que le lien de connexité matérielle et temporelle n'a pas été rompu avec l'incapacité de travail intervenue entre le 14 septembre et le 8 novembre 2005 et l'invalidité reconnue par l'AI.

Le 3 février 2011, le demandeur a requis l'appel en cause de la N._____ afin de prendre à son encontre, alternativement aux conclusions prises à l'encontre de la M._____, la conclusion selon laquelle il lui était ordonné de lui verser une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2006. Il a expliqué qu'il n'était pas exclu que le lien de connexité entre l'incapacité de travail de septembre à novembre 2005 et l'invalidité justifiant la rente n'ait pas été rompu et que N._____ soit tenue de lui verser une rente.

L'appel en cause de N._____ a été ordonné le 25 février 2011 et cette dernière invitée à se déterminer sur les écritures des parties.

Dans sa réponse du 5 mai 2011, N._____ a conclu au rejet de la demande. Elle a notamment relevé qu'à la suite de la résiliation de l'affiliation de T._____ SA au 31 décembre 2005, elle avait versé à l'institution supplétive LPP pour le compte du demandeur 19'092 fr. 95 et 7'832 fr. 50 correspondant à la prestation de sortie et à la libération du paiement des primes. Elle a en outre expliqué que la M._____ s'était adressée à elle le 24 septembre 2007 en prétendant que l'incapacité de travail avait débuté alors que le demandeur était encore assuré auprès d'elle, ce à quoi elle avait répondu le 5 août 2009 que dès lors que l'AI avait fait débuter le délai de carence après la fin des rapports d'assurance, elle (N._____) n'était pas redevable de prestations. Le demandeur lui avait à son tour demandé de statuer sur l'octroi d'une rente d'invalidité, par courrier du 15 avril 2010, auquel elle avait répondu le 31 mai 2010 en déclinant toute prise en charge, notamment au motif que le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue entre le 14 septembre et le 8 novembre 2005 avait été rompu par une reprise de l'activité du 8 novembre 2005 au 7 mars 2006. Elle a encore exposé que s'il était patent que l'état de santé du demandeur s'était détérioré bien avant 2007, ce n'était qu'à partir du 16 avril 2007 que l'incapacité de travail était devenue permanente et de longue durée, cette date paraissant parfaitement admissible et non contestable. Dans un dernier moyen, elle a relevé que si contre toute attente le Tribunal parvenait à la

conclusion que la décision de l'Al était insoutenable, le lien de causalité temporel entre l'hospitalisation ayant pris fin le 8 novembre 2005 et l'incapacité de travail survenue le 7 mars 2006 serait rompu.

Par réplique du 6 juin 2011, le demandeur a confirmé les conclusions prises par écritures des 11 octobre 2010 et 3 février 2011. Il a précisé que c'était pour ne pas le prêter face au chômage que son employeur avait motivé la lettre de licenciement du 24 novembre 2006 par l'échéance d'un mandat, alors même que le réel motif de licenciement était son incapacité de travail durable. A titre de mesures d'instruction, il a requis l'audition de l'administrateur-président de T._____ SA pour qu'il soit entendu sur les raisons qui l'avaient poussé à se séparer de lui. Il a encore requis la mise en oeuvre d'une expertise sur la question de savoir quand avait débuté son incapacité de travail à l'origine de l'invalidité justifiant l'octroi d'une rente, rappelant que la date du 16 avril 2007 comme début du délai d'attente d'un an était selon lui manifestement insoutenable.

Dans sa duplique du 7 juillet 2011, la M._____ a observé qu'elle-même et la N._____ parvenaient à la même conclusion, savoir que la décision Al du 1^{er} avril 2008 (recte: 8 mai 2009) fixant la date du début de l'incapacité de travail au 16 avril 2007 ne pouvait être qualifiée d'insoutenable. Cela justifiait selon elle de retenir la date du 16 avril 2007. Or comme l'assujettissement du demandeur à la M._____ avait pris fin le 31 décembre 2006, il n'était plus assuré auprès d'elle lors du début de son incapacité de travail invalidante et ne pouvait dès lors prétendre à des prestations de sa part. Sur la question de la connexité temporelle, la M._____ a relevé que le demandeur avait été hospitalisé deux mois à la fin de l'année 2005, avait repris son activité, interrompue par les congés de fin d'année, puis dès le 8 mars 2006. Pour elle, le lien de connexité temporel entre l'hospitalisation de 2005 et l'incapacité de travail débutée le 8 mars 2006 n'avait pas été rompu, si bien qu'elle n'était pas compétente pour servir des prestations.

Dans sa duplique du 30 septembre 2011, la N._____ conclut derechef au rejet des conclusions prises à son encontre, et subsidiairement à ce que la prise en charge des prestations d'invalidité en faveur du demandeur incombe à la M._____. Elle fait à nouveau valoir que le demandeur n'a plus retravaillé durant toute l'année 2006, voire jusqu'au 17 août 2007, ce qui relativise l'incapacité de travail de 2005. Pour la N._____, l'arrêt de travail du 14 septembre 2005 se situe rétrospectivement dans une chaîne répétée d'arrêts de travail antérieurs, qui devient définitif et déterminant à partir du 8 mars 2006.

Le 1^{er} novembre 2011, la M._____ a formellement conclu au rejet des conclusions condamnatoires prises à son encontre par la N._____. Elle précise par ailleurs en se référant à l'écriture du 6 juin 2011 du demandeur que de l'aveu de ce dernier, la reprise d'activité dès le 9 novembre 2005 n'était qu'une simple tentative de reprise et qu'une réinsertion durable était improbable.

Par ordonnance du 16 janvier 2012, le juge instructeur a informé le conseil du demandeur que sous réserve d'un avis contraire de la cour, il n'entendait pas ordonner d'expertise ni auditionner le témoin R._____ (administrateur-président de T._____ SA), les requêtes formulées en ce sens étant rejetées.

C. Le dossier de l'assurance-invalidité a été versé à la présente cause et les parties ont eu la faculté de le consulter.

Il en ressort notamment que dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente, l'OAI a invité le demandeur à lui faire connaître l'évolution de son état de santé le 6 décembre 2010. Ce dernier a alors indiqué que son état était toujours le même.

Le Dr D._____ a lui aussi relevé dans son rapport médical du 17 janvier 2011 à l'OAI que l'état de son patient était stationnaire, avec la précision qu'il n'avait plus de ses nouvelles depuis le 9 novembre 2009.

Dans leur rapport médical du 29 mars 2011, les Drs V._____, chef de clinique, et E._____, médecin assistante de la Consultation de [...] ont aussi relevé un état stationnaire, posant les diagnostics de schizophrénie indifférenciée existant depuis 2008 (F20.30), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) existant depuis 2002, ainsi que de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) depuis 2003. Ils rappelaient que le demandeur avait été hospitalisé à [...] en 1990 et 1995, puis à [...] en 2002, 2005 et 2007, la dernière fois du 16 avril au 19 juin 2007. Ils estimaient que l'incapacité de travail était entière depuis 2007 dans l'activité de programmeur en informatique et dans toute autre activité, sans possibilité de reprise ni d'amélioration de la capacité de travail.

Par communication du 31 mars 2011, l'OAI a fait savoir au demandeur qu'il continuait à bénéficier d'une rente entière. Cette communication a été adressée à la M._____ et à la N._____.

Le 18 avril 2011, la M._____ a retourné sa communication du 31 mars 2011 à l'OAI, en lui expliquant ne pas être compétente pour le versement de la prestation d'invalidité en faveur du demandeur.

Le 28 avril 2011, le conseil du demandeur a fait savoir à l'OAI que son client avait ouvert action contre la M._____ pour obtenir le paiement d'une rente d'invalidité, demande complétée par une requête d'appel en cause dirigée contre la N._____.

N._____ s'est déterminée le 24 mai 2012 sur le dossier AI. Elle a notamment relevé que le demandeur n'avait pas prétendu dans sa demande du 11 octobre 2010 que la reprise de novembre 2005 à mars 2006 était une simple tentative, une réinsertion étant improbable. Elle relève que des trois hospitalisations à [...] du demandeur, en 2002, 2005 et 2007, c'est la dernière que l'AI a retenue comme point de départ du délai d'attente pour l'octroi de la rente AI, en notant que cette dernière hospitalisation avait duré du 16 avril au 19 juin 2007, soit 9 semaines. Elle

en déduit que les hospitalisations précédentes, en 2002 et 2005, ne constituaient pas des périodes d'incapacité de travail déterminantes.

Dans ses déterminations du 25 mai 2012, le demandeur a confirmé ses 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 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, 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 l'espèce, l'action du demandeur, quand bien même elle est faussement intitulée «recours», a été formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il avait été engagé, et est recevable en la forme. Il y a lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par une 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 a contrario et 109 al. 1 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'une ou l'autre des défenderesses est tenue de prendre en charge le cas du demandeur, singulièrement sur la question de savoir quand a débuté l'incapacité de travail qui est à l'origine de l'invalidité du demandeur.

3. a) L'art. 23 al. 1 let. a LPP (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005) dispose qu'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 lorsque est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

L'art. 4.6 du Règlement de prévoyance de la défenderesse N. _____ en faveur du personnel de T. _____ SA a la teneur suivante:

"4.6.1

Définition de l'invalidité (incapacité de gain)

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Les art. 7 et 8 LPGA sont déterminants.

La fondation peut en outre faire dépendre le versement des prestations d'invalidité d'une décision définitive de l'AI.

Le droit aux prestations intégrales réglementaires est subordonné à un degré d'invalidité d'au moins 70%. Un degré d'invalidité entre 60% et 69% donne droit à trois quarts de rente. S'il est inférieur à 60%, les prestations sont accordées en proportion du degré d'invalidité. Une invalidité de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation.

Pour les rentes d'invalidité suite à une incapacité de travail survenue entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006, l'échelle suivante est applicable:

Le droit aux prestations intégrales est subordonné à un degré d'invalidité d'au moins 66 2/3%. Si celui-ci est inférieur à 66 2/3%,

les prestations sont accordées en proportion du degré d'invalidité. Une invalidité de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation.

Les prestations assurées sont allouées en cas d'invalidité temporaire ou permanente dès que l'invalidité de la personne assurée se prolonge au-delà du délai d'attente fixé par le contrat. Si des périodes d'invalidité alternent avec d'autres périodes où la personne assurée exerce son activité professionnelle et que ces périodes de capacité de travail n'excèdent pas une année, les périodes d'incapacité de gain dues à une même cause sont additionnées et prises en considération pour le délai d'attente. Si la capacité de gain a duré plus d'une année, un nouveau délai d'attente commence à courir.

S'il y a rechute dans le délai d'une année à compter de la reprise de la pleine activité professionnelle, les prestations sont accordées sans nouveau délai d'attente. Lors de rechutes dans l'espace d'une année, les adaptations de prestations effectuées entre-temps sont annulées.

[...]

4.6.2

Rente d'invalidité

Toute personne assurée qui devient invalide a droit à une rente.

Le montant de la rente d'invalidité annuelle est fixé dans le plan de prévoyance et s'élève au maximum à CHF 250 000.

La rente commence à courir après 12 mois d'incapacité de gain. Le droit à la rente est différé aussi longtemps qu'il existe un droit au maintien du salaire ou à des prestations compensatoires correspondantes.

Le droit à la rente d'invalidité définie dans le plan de prévoyance subsiste aussi longtemps que le degré d'invalidité est supérieur à 25%, mais au plus tard jusqu'à la retraite réglementaire ou au décès. [...]"

Le Règlement de prévoyance de la M. _____ prévoit quant à lui ce qui suit:

"Article 35 — Définition de l'invalidité

Ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui:

a) sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient affiliées à la Caisse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité;

[...]

Article 36 — Droit à la rente d'invalidité et à la rente complémentaire

1. La naissance du droit à la rente d'invalidité est régie par les dispositions correspondantes de l'AI.

2. Lorsque la Caisse doit verser une rente préalable parce que l'institution tenue de verser la prestation n'est pas connue, la prestation versée porte uniquement sur la part LPP (Art. 26 al. 4 LPP).

3. Le droit à la rente d'invalidité s'éteint dès que le bénéficiaire décède ou dès la disparition de l'invalidité.

[...]

Article 37 — Degré d'invalidité

1. La rente d'invalidité et la rente complémentaire sont allouées proportionnellement au degré d'invalidité reconnu par l'AI.

2. L'assuré a droit:

- a) à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI;
- b) à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins;
- c) à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins;
- d) à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins."

b) L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 10 al. 1 LPP) et l'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP). En matière de prévoyance surobligatoire, la dissolution des rapports de travail est également un motif qui met fin à l'assurance (ATF 121 V 277 consid. 2b).

Selon l'art. 10 al. 3 LPP, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance. Si un nouveau rapport de prévoyance naît avant l'échéance du délai d'un mois, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (pour la prévoyance surobligatoire: art. 331a al. 2 CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse [Livre cinquième: Droit des obligations], RS 220).

c) En l'espèce, il est établi que les rapports de travail ont été résiliés pour le 31 décembre 2006. Le demandeur n'a pas été engagé par un nouvel employeur durant le délai d'un mois à compter du 1^{er} janvier 2007. Il est donc resté assuré auprès de la défenderesse M._____. Il a donc été assuré jusqu'au 31 janvier 2007, pour les risques de décès et d'invalidité (cf. également art. 14 al. 2 du Règlement de prévoyance de la M._____). Il a

pour le surplus été assuré auprès de N. _____ de mai 2004 à décembre 2005.

4. a) Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend – explicitement ou par renvoi – la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308 consid. 1 in fine et consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais 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 et 123 V 269 consid. 2a). Pour que l'institution de prévoyance, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, soit liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, il faut que l'institution de prévoyance ait été valablement intégrée à la procédure (ATF 129 V 73 consid. 4.2; voir aussi ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 et 130 V 270 consid. 3.1).

Le Tribunal fédéral des assurances a précisé dans l'arrêt B 45/2003 du 13 juillet 2004, au consid. 2.3.2 non publié aux ATF 130 V 501 mais paru in SVR 2005 BVG n° 5 p. 16, que la force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance 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 (cf. arrêt [du Tribunal fédéral des

assurances] B 50/1999 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 (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] B 47/1998 du 11 juillet 2000, consid. 4d non reproduit in RSAS 2003 p. 45).

Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision («prozessuale Revision») (ATF 126 V 308 consid. 2a et les références).

b) En l'espèce, la M. _____ a participé à la procédure AI et les décisions de rente lui ont été notifiées. Quant à la N. _____, elle a fait savoir à l'OAI le 8 janvier 2009 qu'elle souhaitait connaître sa décision. Le 15 janvier 2009, l'OAI lui a ainsi communiqué le projet de décision du 10 octobre 2008, sa décision du 12 décembre 2008 et sa motivation, en précisant qu'il n'avait pas encore rendu la décision concernant le rétroactif. Toujours dans le délai de recours contre la décision du 12 décembre 2008, N. _____ a prié l'OAI de lui remettre son dossier en consultation. L'OAI a communiqué la décision du 8 mai 2009 tant à la M. _____ qu'à la N. _____. Les défenderesses n'ont pas contesté les décisions de l'AI.

Il apparaît en outre que les défenderesses reprennent la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité (cf. art. 4.6.1 du

Règlement de la N._____ et art. 35 ss du Règlement de la M._____). Elles ont par ailleurs repris à leur compte l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'OAI avait procédé, niant au demandeur le droit à des prestations de la prévoyance professionnelle, au motif que le droit à la rente AI est né à une date ultérieure à son affiliation auprès d'elles.

5. Ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 let. a LPP, 2^{ème} partie de la phrase).

Le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire suppose que l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, soit survenue pendant la durée du rapport de prévoyance (y compris la prolongation prévue à l'art. 10 al. 3 LPP), conformément au principe d'assurance (art. 23 LPP; ATF 135 V 13 consid. 2.6, 134 V 20 consid. 3 et 123 V 262 consid. 1c). L'événement assuré est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. 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 136 V 65 consid. 3.1 et 123 V 262 consid. 1a). Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a et 118 V 35 consid. 5). Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références), la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là devant être de 20% au moins (TF 9C_748/2010 du 20 mai 2011, consid. 2.5, 9C_297/2010 du 23

septembre 2010, consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008, consid. 2.3).

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. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa).

La relation de connexité temporelle suppose ainsi 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).

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 45/2003 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 conformes 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 (TF B 95/2006 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).

6. a) En l'espèce, le demandeur conteste que l'incapacité dont la cause est à l'origine de l'invalidité ait débuté en avril 2007 lors de son hospitalisation à [...], estimant que celle-ci remonte à mars 2006, respectivement septembre 2005, époques où il était encore assuré par l'une ou l'autre des défenderesses, remettant ainsi en cause l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'OAI.

Il apparaît que lorsque le demandeur a été hospitalisé à [...] du 14 septembre au 5 octobre 2005, les diagnostics posés ont été ceux d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), de trouble de la personnalité schizoïde (F60.1) et de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25) (cf. rapport médical du Dr C._____ du 14 octobre 2005). Le Dr C._____ a également observé que le demandeur présentait une symptomatologie dépressive chronique qui s'était aggravée depuis deux à trois mois avec installation d'idées suicidaires quotidiennes. Les diagnostics précités ont également été posés par le Dr D._____ lorsqu'il a été invité par l'OAI à compléter un rapport médical concernant le demandeur. Ce médecin a ainsi diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un syndrome de dépendance à l'alcool et au tabac, un trouble dépressif récurrent, une personnalité schizoïde et un status post-tentamen (cf. rapport médical du Dr D._____ du 24 juillet 2007).

C'est sur la base des rapports médicaux du 6 août 2007 du Dr Z._____ et de celui du 13 août 2008 du Dr F._____ que l'OAI s'est fondé pour retenir que la capacité de travail du demandeur était

considérablement restreinte depuis le 16 avril 2007. Ces deux médecins ont en effet indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis l'hospitalisation du demandeur à [...] du 16 avril 2007. Or ces deux praticiens ne suivaient pas le demandeur avant l'hospitalisation précitée. De surcroît, le trouble schizotypique diagnostiqué par le Dr Z._____, respectivement la schizophrénie indifférenciée posée par le Dr F._____, que ces deux médecins situent en 2007, apparaissait déjà dans le rapport médical du 14 octobre 2005 du Dr C._____, qui faisait alors état d'une personnalité schizoïde. Du reste, le Dr C._____ retenait lui aussi, en 2005 déjà, comme les Drs Z._____ et F._____ dans leurs rapports médicaux de 2007 et 2008, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, ainsi qu'une dépendance à l'alcool.

Il apparaît ainsi que l'atteinte principale à la santé qui est du ressort de l'AI et dont résulte l'invalidité du demandeur selon les décisions de rente entière de l'OAI des 12 décembre 2008 et 8 mai 2009, consiste dans les diagnostics posés par les Drs Z._____ et F._____ dans leurs rapports des 6 août 2007 et 13 août 2008, savoir ceux de trouble schizotypique, de trouble dépressif récurrent et de syndrome de dépendance à l'alcool. Or ces diagnostics sont similaires à ceux posés par le Dr C._____ dans son rapport médical du 14 octobre 2005 et ayant conduit à l'hospitalisation du demandeur à l'automne 2005.

Il n'est à cet égard pas contesté que le demandeur a présenté une incapacité de travail totale du 14 septembre au 8 novembre 2005. Il a ensuite repris le travail, puis a présenté une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 8 mars 2006, attestée par certificats médicaux du Dr D._____. Le demandeur n'a plus repris son activité depuis lors. Sur le questionnaire pour l'employeur complété le 12 juillet 2007 par T._____ SA, l'employeur a indiqué que le dernier jour de travail effectif du demandeur avait été le 31 mars 2006. Il avait été licencié le 24 novembre 2006 pour le 31 décembre 2006, en raison de ses incapacités de travail et de la fin de son mandat.

Sur la déclaration pour l'assurance collective de l'indemnité journalière en cas de maladie déposée le 27 avril 2006 par T. _____ SA, cette dernière a noté que le début de la maladie était fixé au 14 septembre 2005. En outre, sous la rubrique «Message à l'assureur», l'employeur du demandeur a relevé que celui-ci avait rechuté, et qu'il n'avait jamais repris à 100% durant sa période de validité. Le demandeur lui-même a expliqué à un inspecteur de sinistres de l'assureur perte de gain N. _____ rencontré le 12 septembre 2006 que ses difficultés avaient connu un pic en fin 2005 lors de son arrêt.

Il apparaît ainsi que tous les médecins qui ont examiné le demandeur depuis 2005 ont posé des diagnostics analogues. Il ressort pour le surplus des pièces au dossier que le demandeur a présenté une incapacité de travail totale à compter du 14 septembre 2005 jusqu'au 8 novembre 2005. S'il a certes repris brièvement son activité entre la fin de l'année 2005 et le début de l'année 2006, il n'en demeure pas moins qu'il n'a jamais été en mesure de la reprendre à plein temps, et ce même pour quelques mois. Il apparaît ainsi qu'à compter de l'automne 2005, le demandeur a connu une aggravation de son état, au point qu'il n'a depuis lors plus été en mesure de reprendre une activité professionnelle. C'est ainsi bien en septembre 2005 que l'incapacité de travail déterminante et de longue durée a débuté et c'est dès cette date qu'il n'a plus été en mesure d'exercer, en raison de sa pathologie, une activité que l'on peut qualifier de normale. Il apparaît dès lors que le point de départ de l'incapacité de travail complète fixé par l'OAI le 16 avril 2007, et correspondant à l'hospitalisation du demandeur à [...], est contredit par les pièces au dossier, ce qui fait apparaître l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'OAI a procédé d'emblée insoutenable. A cet égard, on observera encore que l'OAI s'est contenté de l'avis des Drs Z. _____ et F. _____, sans plus amples examens, pour arrêter le dies a quo de l'incapacité de travail au 16 avril 2007, alors que le demandeur présentait manifestement une incapacité de travail depuis plus d'une année et demi.

b) L'incapacité de travail du demandeur est ainsi survenue au cours des rapports de travail de ce dernier auprès de T. _____ SA, en

automne 2005. A cette époque, cette entreprise et son personnel étaient affiliés à la N._____. Il est établi que l'affection à l'origine de l'invalidité est identique à celle qui empêche actuellement le demandeur d'exercer une activité lucrative normale, les diagnostics posés par les médecins depuis 2005 n'ayant pas varié. Il ne fait pas de doute qu'il existe une relation d'étroite connexité matérielle entre la survenance de l'incapacité de travail et l'invalidité. L'argumentation de la défenderesse N._____ selon laquelle les hospitalisations du demandeur de 2002 et 2005 ne constituaient pas des périodes d'incapacité de travail déterminantes ne peut par ailleurs pas être suivie, dans la mesure où l'hospitalisation de 2005 a été suivie (sous réserve d'une brève tentative de reprise qui s'est soldée par un échec, cf. infra let. c) d'une période d'incapacité de travail totale qui perdure encore à ce jour.

c) L'invalidité du demandeur est également en relation d'étroite connexité temporelle avec l'incapacité de travail survenue pendant la durée des rapports de travail auprès de T._____ SA en 2005. S'il est exact que le demandeur a tenté de reprendre son activité pour le compte de cette société entre la fin de l'année 2005 et le début de l'année 2006, période au demeurant interrompue par les congés de fin d'année, son employeur a confirmé qu'il n'avait pas été en mesure de travailler à plein temps. Finalement, son état de santé l'a empêché d'exercer toute activité dès le 8 mars 2006. Quand bien même il s'est écoulé un peu plus de trois mois entre l'incapacité de travail attestée par le Dr C._____ jusqu'au 8 novembre 2005, et celle attestée dès le 8 mars 2006 par le Dr D._____, il n'en demeure pas moins qu'une complication restait à craindre, l'employeur du demandeur ayant du reste indiqué que celui-ci n'avait jamais repris à temps complet durant cette période et relevé que le début de la maladie de son employé remontait au 14 septembre 2005 (cf. déclaration pour l'assurance collective d'indemnité journalière déposée le 27 avril 2006 par T._____ SA). Il apparaît ainsi que l'employeur du demandeur avait constaté concrètement une diminution de ses performances, ce qui atteste que l'incapacité de travail s'est effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail, la reprise d'activité de novembre 2005 à début mars

2006 ne pouvant être qualifiée que de tentative, vaine, de reprise. La N. _____ ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que le rapport de connexité temporelle a été interrompu.

d) Les conditions du droit aux prestations d'invalidité étant remplies, il en résulte que la N. _____ est tenue d'allouer au demandeur une rente entière d'invalidité, calculée conformément aux dispositions réglementaires.

e) Les éléments versés au dossier étant suffisants pour permettre à la Cour de se forger une opinion claire et d'autres mesures probatoires ne pouvant modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; 9C_440/2008 du 5 août 2008), il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions formulées par le demandeur, savoir l'audition de l'administrateur-président de T. _____ SA, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, la demande formée par G. _____ à l'encontre de la N. _____ doit être admise, cette dernière étant invitée à fixer le montant des prestations auxquelles le demandeur a droit. La demande dirigée contre la M. _____ est quant à elle rejetée.

Conformément à l'art. 4.6.2 du Règlement de prévoyance de la N. _____, le droit à la rente est différé aussi longtemps qu'il existe un droit au maintien du salaire ou à des prestations compensatoires correspondantes. Le demandeur ayant perçu des indemnités perte de gain jusqu'au 30 septembre 2006, il ne peut dès lors exiger le versement de la rente qu'à compter du 1^{er} octobre 2006.

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 de la N. _____ avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le demandeur a droit à des dépens de la part de celle-ci (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en

vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'500 francs. Les opérations éventuelles du conseil du demandeur effectuées depuis l'octroi de l'assistance judiciaire à ce dernier avec effet au 14 novembre 2012 sont couvertes par ce montant. La M. _____ n'a pour sa part pas droit à des dépens.

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

- I. La demande déposée par G. _____ contre la M. _____ est rejetée.
- II. La demande déposée par G. _____ contre la N. _____, est admise.
- III. G. _____ a droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la N. _____, à compter du 1^{er} octobre 2006.
- IV. La N. _____, est invitée à fixer le montant des prestations à servir.
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- VI. Une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs), à verser à G. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de la N. _____.
- VII. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverine Berger (pour G. _____),
- M. _____,
- N. _____,
- 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).

Le greffier :