

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 21 mars 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente

MM. Métral, juge et Piguet, juge suppléant

Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à F._____, demandeur,

et

CAISSE DE PENSIONS X._____, à Lausanne, défenderesse,

ainsi que

Y._____, à T._____, appelée en cause.

Art. 23 al. 1 let. a LPP

E n f a i t :

A. **a)** G._____, né en 1974, dispose d'une formation d'employé de commerce. Après avoir travaillé dans le domaine des assurances jusqu'au 31 janvier 1999, il a rejoint l'association A._____ pour le compte de laquelle il a travaillé jusqu'au 31 octobre 2008, date de son licenciement.

En date du 7 juin 2003, il a été victime d'un accident de vélo, à la suite duquel il a présenté des lombalgies, puis des lombosciatalgies (sur hernie discale L4-L5 préexistante).

Par décisions des 23 mai et 23 juin 2005 (confirmées après révision les 30 janvier 2008 et 14 septembre 2010), l'office AI pour le canton de Fribourg a alloué à G._____ une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin au 31 juillet 2004, puis une demi-rente à compter du 1^{er} août 2004 (sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 50 %).

G._____ s'est également vu allouer à compter du 1^{er} septembre 2005 une demi-rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part d'Y._____, fondation de prévoyance auprès de laquelle son employeur était affilié.

b) A la suite de son licenciement, G._____ s'est vu reconnaître le droit à des indemnités de l'assurance-chômage. Au mois d'octobre 2009, il a été mis au bénéfice d'un programme d'emploi temporaire (PET) auprès de l'Association régionale d'action sociale (ci-après : l'ARAS) [...]. Cette association a engagé l'intéressé à mi-temps à compter du 1^{er} janvier 2010. Il a été assuré au titre de la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de pensions X._____ à un taux de 50 %.

En raison d'un rendement insuffisant, le temps d'essai a, dans un premier temps, été prolongé jusqu'au 30 juin 2010, puis le contrat s'est

finalement poursuivi jusqu'au 31 décembre 2010 sous forme de contrat à durée déterminée. Au cours de ces périodes, G._____ a été en incapacité de travail du 14 au 16 avril 2010, du 23 juin au 2 juillet 2010, puis sans discontinuer depuis le 6 septembre 2010.

c) Au printemps 2011, G._____, désormais domicilié dans le canton de Vaud, a déposé une demande de révision de sa rente de l'assurance-invalidité, alléguant une aggravation de son état de santé pour des motifs psychiques. Après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès du docteur C._____, psychiatre traitant (rapport du 20 novembre 2010) et constaté que la capacité résiduelle de travail ne s'élevait plus qu'à 30 %, l'office AI pour le canton de Vaud a, par décision du 27 avril 2012, remplacé la demi-rente allouée jusqu'alors par une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} mai 2012.

d) En conflit avec son assurance d'indemnités journalières (I._____), G._____ a interpellé dans le courant de l'année 2011 le médiateur de l'assurance privée et de la SUVA. Dans la prise de position qu'il a rédigée, le médiateur a retenu que les troubles survenus depuis le 6 septembre 2010 consistaient en une nouvelle maladie qui ouvrait pour l'assuré un nouveau droit à des indemnités journalières. L'assurance d'indemnités journalières s'est ralliée à l'appréciation du médiateur et a octroyé à l'assuré les indemnités journalières requises (courrier du 17 février 2012).

B. a) Par courrier du 10 mai 2012, G._____ a communiqué à la Caisse de pensions X._____ le contenu de la décision de l'office AI du 27 avril 2012. Par courrier du 14 août 2012, dont la teneur a été confirmée le 13 décembre 2012, la Caisse de pensions X._____ a informé G._____ qu'elle ne pouvait donner suite à sa demande de prestations de la prévoyance professionnelle, au motif que l'aggravation de son état de santé était en lien d'étroite connexité matérielle et temporelle avec son invalidité initiale pour laquelle Y._____ lui octroyait une rente d'invalidité de 50 %.

b) Par courrier du 8 août 2012, dont la teneur a été confirmée le 11 septembre 2012, Y._____ a informé G._____ qu'elle n'était pas tenue de prendre en charge l'augmentation de son degré d'invalidité, motif pris qu'il n'était pas assuré auprès de l'institution de prévoyance lorsqu'était survenue l'aggravation - due à une nouvelle pathologie - de son état de santé.

c) Dans un courrier du 11 février 2013, le médiateur de l'assurance privée et de la SUVA a informé l'assuré qu'il ne pouvait intervenir auprès d'Y._____ pour soutenir que l'affection en question était une dégénérescence de sa précédente atteinte, car "d'une part, ce serait incohérent avec votre propre attitude judiciaire. D'autre part, cela serait contradictoire avec la position que vous m'avez fait soutenir - à raison - l'année passée".

C. a) Par demande du 27 décembre 2012, complétée le 15 janvier 2013, G._____ a ouvert action contre la Caisse de pensions X._____ et conclu à ce que la caisse lui reconnaisse un droit à prestations.

b) Dans sa réponse du 21 mars 2013, la Caisse de pensions X._____ a conclu au rejet de la demande. Elle a expliqué que les problèmes d'ordre psychologique rencontrés par le demandeur existaient depuis de nombreuses années et qu'ils étaient intimement liés aux problèmes dorsaux de celui-ci, ainsi que cela ressortait des différents rapports médicaux versés dans le dossier de l'assurance-invalidité. L'augmentation du taux d'invalidité du demandeur n'était pas due à une nouvelle maladie, mais résultait de l'aggravation d'une affection qui était déjà la cause de son incapacité de travail. Il existait par conséquent une relation d'étroite connexité matérielle entre cette incapacité et l'augmentation de l'invalidité survenue au mois de mai 2010. Dans la mesure où le demandeur n'avait jamais retrouvé une pleine capacité de travail - il avait été engagé à un degré d'activité de 50% auprès de l'ARAS-[...], il convenait d'admettre qu'il existait un lien de connexité

matérielle et temporelle entre la maladie dont souffre le demandeur depuis 2004 et l'aggravation de celle-ci survenue en 2010.

c) Dans sa réplique du 8 avril 2013, G._____ a renvoyé aux courriers des 10 janvier 2012 et 11 février 2013 rédigés par le médiateur de l'assurance privée et de la SUVA, desquels il ressortait que son incapacité de travail résultait d'une nouvelle maladie.

d) Par courrier du 23 avril 2013, le Tribunal cantonal a requis de l'office AI pour le canton de Vaud la production de son dossier.

e) Par courrier du 22 novembre 2013, le Tribunal cantonal a appelé en cause Y._____.

f) Dans sa réponse du 7 mars 2014, Y._____ a conclu au rejet de la demande, en tant que celle-ci se dirigeait contre elle. A son avis, il était clairement établi que le demandeur souffrait de troubles somatiques depuis son accident de vélo survenu en 2003. Cet accident était à l'origine d'une incapacité de travail de 50 % qui restait stable, comme le relevait le docteur C._____ dans un rapport de 2012. Sur cette base, elle ne contestait pas devoir au demandeur des prestations d'invalidité sur la base d'une invalidité de 50 %. Par contre, le médecin précité partait du principe que les troubles de la personnalité justifiaient une invalidité supplémentaire d'au moins 20 % et a constaté l'existence d'une invalidité de 70 % à compter du 6 juillet 2010 au moins. Il fallait donc partir du principe que l'invalidité du demandeur s'était aggravée au plus tôt en 2010, sur la base d'une cause survenue à un moment où il n'était plus assuré auprès d'elle. De ce fait, une augmentation de son droit envers elle ne reposait sur aucune base juridique. Au surplus, il n'existait aucun certificat médical - établi au cours de la période d'assurance qui s'était étendue de 2003 à 2008 - sur la base duquel il était possible d'admettre que le demandeur avait souffert de troubles psychiques à cette époque déjà.

g) Dans ses observations du 18 mars 2014, G._____ a constaté que les deux institutions de prévoyance arrivaient à des conclusions opposées et invité le Tribunal cantonal à lui reconnaître un droit aux prestations de l'une ou l'autre institution.

h) Dans ses déterminations du 15 mai 2014, la Caisse de pensions X._____ a constaté que les arguments avancés par Y._____ n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position. S'agissant plus particulièrement de l'avis émis par le docteur C._____ le 20 novembre 2010, elle a relevé que ce médecin faisait justement état des problèmes psychiques rencontrés par le demandeur avant son affiliation auprès de la Caisse de pensions X._____, puisqu'il précisait notamment que sans l'aide de son père, le demandeur aurait déjà dû consulter dix ans plus tôt.

i) Dans ses observations du 26 mai 2014, G._____ a réitéré ses remarques du 18 mars 2014.

j) Dans ses déterminations du 9 juin 2014, Y._____ a indiqué que les explications de la Caisse de pensions X._____ ne contenaient aucun élément nouveau.

k) Par acte du 18 septembre 2014, le Tribunal cantonal a requis de la Caisse de pensions X._____ la production de diverses pièces utiles à l'examen de la cause (statuts, règlement de prévoyance, documents relatifs à l'affiliation de l'Association régionale d'action sociale [...]).

l) Le même jour, le Tribunal cantonal a requis le dossier du demandeur relatif aux années 2010 et 2011 auprès de la Caisse de chômage J._____.

m) Toujours le même jour, le Tribunal cantonal a requis des renseignements médicaux auprès des docteurs C._____ (réponse du 5

octobre 2014), K._____ (réponse du 6 octobre 2014) et O._____ (réponse du 29 janvier 2015).

n) Dans ses déterminations du 20 mai 2015, Y._____ a considéré que les documents mis à sa disposition n'apportaient pas d'éléments nouveaux. Elle a renoncé à se prononcer en détails et a confirmé le contenu de ses écritures précédentes.

o) Le 3 septembre 2015, le demandeur a spontanément transmis un rapport non daté de la doctoresse P._____.

p) Dans ses déterminations du 14 octobre 2015, Y._____ a relevé que les éléments mis en évidence par la doctoresse P._____ étaient conformes avec ce qui ressortait des divers rapports et examens médicaux versés au dossier de l'assurance-invalidité et ne pouvaient notamment pas mettre en doute le fait qu'une nouvelle maladie (psychique), survenue à un moment où le demandeur n'était plus assuré auprès d'elle, a occasionné l'augmentation de l'invalidité du demandeur au-delà de 50 %. De ce fait, le demandeur ne pouvait prétendre vis-à-vis d'elle à des prestations dépassant les versements en cours.

q) Dans ses déterminations du 14 octobre 2015, la Caisse de pensions X._____ a répété qu'elle considérait que l'augmentation du taux d'invalidité du demandeur n'était pas due à une nouvelle maladie, mais résultait de l'aggravation d'une affection pour laquelle Y._____ allouait une rente partielle.

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 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En l'espèce, l'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du siège de la défenderesse, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

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. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (art. 24 al. 1 LPP).

b) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est – ou était – affilié au moment de la survenance de l'événement assuré; dans le cadre de la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.20) (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

c) 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. 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 alors 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 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a).

d) 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 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 138 V 409 consid. 6.2).

e) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne

suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et les références).

3. a) Le demandeur bénéficie depuis le 1^{er} septembre 2005 d'une demi-rente de la prévoyance professionnelle allouée par Y._____ en raison de troubles somatiques (lombosciatalgies et paralysie du plexus brachial droit; cf. rapport d'expertise du docteur M._____ du 18 juin 2004). Rien n'indique - et aucune partie ne le soutient - que les lésions somatiques ont évolué depuis lors (cf. les rapports du docteur C._____ des 20 novembre 2010 et 5 octobre 2014). L'atteinte à la santé dont il convient d'examiner les répercussions sur le plan asséculo-logique relève de la sphère psychiatrique.

b) Contrairement à ce que soutient la défenderesse, il n'existe aucun élément médical au dossier qui autorise à penser que les troubles somatiques et psychiques sont intimement liés. Il convient en premier lieu de relever que les rapports médicaux établis dans le cadre de la procédure qui a donné lieu en 2005 à l'octroi en faveur du demandeur d'une demi-rente de l'assurance-invalidité ne font aucune mention d'un diagnostic de la sphère psychiatrique (rapports des docteurs K._____ du 23 juin 2004, R._____ des 25 juillet 2003 et 28 septembre 2004, M._____ du 18 juin 2004). Certes, le docteur K._____ a relevé dans un rapport du 10 janvier 2008 l'existence d'un trouble dépressif; faute d'être étayé, on ne saurait toutefois conclure de la mention de ce simple diagnostic que le demandeur souffrait depuis de nombreuses années de troubles d'ordre psychiatrique, qui plus est intimement liés aux problèmes de dos du demandeur. En l'absence d'indices suffisants permettant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, le bien-fondé des faits dont la défenderesse entend se prévaloir, il convient de nier que l'aggravation de

l'incapacité de travail du demandeur trouve son origine dans l'atteinte à la santé qui fait actuellement l'objet d'une prise en charge asséculoologique par Y._____.

c) Dans le cadre du présent dossier, le premier médecin à avoir attesté lege artis un diagnostic de nature psychiatrique est le docteur C._____. Dans son rapport du 20 novembre 2010, ce médecin a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse au côté de ceux de traumatisme plexus brachial droit à la naissance, de probable syndrome psycho-organique à la naissance et de status après cure de hernie discale. Ce médecin a constaté que son patient n'avait pas atteint, malgré des efforts considérables, un rendement suffisant alors qu'il travaillait pour le compte du service social de V._____. Les difficultés liées à sa crainte du téléphone, de son inhibition peureuse des contacts, de sa crispation physique à l'ordinateur, du besoin de repos pour son bras droit lors de travaux administratifs prolongés et ses douleurs rachidiennes quand il devait rester longtemps assis constituaient un obstacle à un rendement professionnel satisfaisant. La combinaison de son handicap physique et de son trouble de la personnalité anxieux rendaient une nouvelle insertion professionnelle plus que douteuse. A moins d'une occupation de niche dans un cadre particulièrement tolérant et compréhensif et offrant un soutien massif, l'ancienneté des craintes et des troubles du demandeur rendaient le pronostic sombre quant à la possibilité d'une nouvelle réinsertion dans l'économie libre. Le docteur C._____ a évalué l'incapacité de travail à 70 % depuis le 6 juillet 2010, à raison de 50 % pour des raisons physiques (plexus brachial droit) et de 20 % au moins supplémentaires liés à son trouble de personnalité et au syndrome psycho-organique.

d) On ne saurait nier en l'espèce qu'il existe des éléments qui laissent à penser que des troubles de nature psychiatrique avaient déjà exercé par le passé une influence sur la vie professionnelle du demandeur. Ainsi, il ressort du rapport du docteur C._____ du 20 novembre 2010 que la fin de son activité pour le compte d'une assurance au mois de janvier 1999 avait résulté d'"un pétage de plombs". Au cours de l'activité qu'il

avait exercée par la suite entre 1999 et 2008, il semble qu'il ait bénéficié d'un environnement particulièrement adapté susceptible d'atténuer la présence d'un éventuel trouble psychique sous-jacent ou qui, à tout le moins, lui a permis de palier d'éventuelles limitations grâce à une organisation adaptée de son travail. En l'absence de rapports médicaux attestant que les incapacités de travail survenues pendant cette période seraient consécutives à une atteinte psychique comme d'indices objectifs démontrant que les résultats fournis par le demandeur dans le cadre de l'activité qu'il exerçait à 50 % ne répondaient pas aux attentes de son employeur, on ne saurait toutefois considérer qu'une éventuelle problématique psychiatrique avait à cette époque une influence sur l'exercice de l'activité professionnelle du demandeur, singulièrement sur sa capacité de travail. Au contraire, il ressort de la lettre de licenciement datée du 28 juillet 2008 que son activité pour le compte de l'association A._____ a pris fin pour des raisons économiques.

e) Force est d'admettre que des troubles psychiatriques n'ont exercé une influence sur la capacité de travail du demandeur qu'à compter de la dernière activité qu'il a exercée pour le compte de l'Association régionale d'action sociale [...]. Si l'activité qu'il avait précédemment exercée lui permettait de déployer pleinement sa capacité résiduelle de travail, tel n'était manifestement pas le cas de cette nouvelle activité. Il s'ensuit que l'incapacité de travail qui a conduit à l'aggravation de l'invalidité du demandeur est survenue au moment où le demandeur était assuré auprès de la défenderesse. Le fait que le demandeur a présenté des difficultés dès le début de l'exercice de son activité n'a dans ce contexte pas d'importance.

4. a) Sur le vu de ce qui précède, la demande formée le 27 décembre 2012 par G._____ à l'encontre de la Caisse de pensions X._____ doit être admise dans le sens des conclusions prises dans cette écriture. La Caisse de pensions X._____ est par conséquent renvoyée à arrêter le montant des prestations auxquelles le demandeur a droit.

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

c) Le demandeur, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (cf. ATF 110 V 132 consid. 4d).

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

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

- I.** La demande formée par G. _____ contre la Caisse de pensions X. _____ est admise.
- II.** G. _____ a droit à une rente de la prévoyance professionnelle de la part de la Caisse de pensions X. _____.
- III.** La Caisse de pensions X. _____ est invitée à fixer le montant des prestations à servir.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- V.** Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- M. G. _____,
- Caisse de pensions X. _____,
- Y. _____,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :