

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 27 mars 2017

Composition : M. NEU, président
MM. Berthoud et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

T._____, à [...], demandeur, représenté par Me Alain-Valéry Poitry, avocat
à Nyon

et

CAISSE DE PENSIONS S._____, à [...], défenderesse, représentée par
Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève

Art. 23 LPP

E n f a i t :

A. Né en 1962, T. _____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur) a travaillé comme conseiller d'assurances à la clientèle, d'abord pour H. _____ puis, dès le 1^{er} novembre 2000, pour F. _____ SA. Cet employeur l'a licencié le 5 janvier 2009 pour le 31 mars 2009, les rapports de travail s'étant crispés puis sérieusement dégradés en raison de comportements jugés inadéquats. L'assuré a ensuite émargé au chômage avant une reprise temporaire d'activité, puis une incapacité de travail totale.

Il a été hospitalisé au W. _____ (ci-après : W. _____) le 29 juin 2010 pour un bilan neurologique en relation avec une épilepsie, une première crise étant intervenue en juin 2008, et a également fait l'objet d'une évaluation psychiatrique. Les rapports médicaux, établis entre 2010 et 2012 par les neurologues G. _____ et Y. _____ et les psychiatres U. _____ et C. _____, ont rendu compte de troubles neurologiques et également psychiques, ces derniers relevant en résumé d'un trouble délirant chez un sujet anosognosique.

Le 7 juin 2012, le mandataire de l'assuré a avisé la Caisse de pensions S. _____ (ci-après : la Caisse de pensions ou la défenderesse), qui a répondu ne rien pouvoir faire sans une décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Déposée le 31 octobre 2012, une demande AI a débouché sur l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} avril 2013, soit six mois après le dépôt de la demande, par décision du 18 octobre 2013 portée à la connaissance de la Caisse de pensions par courrier du mandataire de l'assuré du 24 octobre 2013. L'OAI a estimé que l'assuré présentait une totale incapacité de travail et de gain à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 5 janvier 2010. Dans le cadre de cette procédure, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a rendu un avis médical le 12 juin 2013, dans lequel il posait comme diagnostic un trouble

délirant persistant d'interprétation, de persécution et mégalomaniacque (F22.0) et retenait la notion d'une maladie invalidante au sens de l'AI à partir de l'épisode épileptique de juin 2008 avec une capacité de travail nulle dès la date de la première « incapacité de travail » le 5 janvier 2009.

Par acte du 16 octobre 2014, la Caisse de pensions S. _____ a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré au titre de la prévoyance professionnelle, alléguant en substance l'absence d'incapacité de travail durant les rapports de travail ainsi que durant la période postérieure, puisqu'une pleine aptitude au placement lui avait été reconnue durant la période de chômage et qu'il avait pu travailler de juillet à septembre 2009 auprès d'un autre assureur, qui n'avait relevé aucune restriction due à des raisons de santé.

B. Le 24 décembre 2014, T. _____ a adressé une demande à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la Fondation de prévoyance J. _____ tendant au versement de prestations d'invalidité pleines et entières à compter de la fin des rapports de travail. Il a requis, préalablement, à ce que l'assistance judiciaire lui soit accordée et que la comparution personnelle des parties et des témoins soit ordonnée, et subsidiairement à ce qu'une expertise psychiatrique soit mise en place. Il a invoqué qu'il ressortait tant de la lettre de F. _____ SA à la caisse de chômage du 4 mai 2009 que du courriel que son ancien employeur lui avait adressé le 18 décembre 2008 qu'il avait été licencié en raison de troubles du comportement, lesquels pouvaient être considérés selon les rapports médicaux comme une maladie psychique, soit préexistante, soit provenant de l'épisode épileptique de juin 2008. Il estimait que l'évaluation de l'invalidité par l'OAI avait force obligatoire pour la Caisse de pensions, relevant que celle-ci n'avait d'ailleurs pas recouru contre la décision d'octroi de rente.

Dans un mémoire de réponse du 12 mars 2015, la Caisse de pensions S. _____ a conclu, préalablement, à être substituée en lieu et place de la Fondation de prévoyance J. _____ comme défenderesse, principalement, à ce que l'assuré soit débouté de l'ensemble de ses

conclusions et condamné à tous les frais de la procédure, subsidiairement à être acheminée à prouver les faits allégués. La Caisse de pensions a fait valoir, sur la base de statistiques de production, que l'assuré n'avait présenté aucune diminution de rendement suite à son arrêt maladie de juillet 2008, qui n'avait duré que 9 jours. Aucune incapacité de travail n'avait été constatée de décembre 2008 à mars 2009, l'absence de l'assuré entre le 17 décembre 2008 et le 5 janvier 2009 correspondait à des vacances et il avait par ailleurs proposé à son ancien employeur de reprendre ses services par courrier du 18 février 2009. La Caisse de pensions précisait qu'une atteinte à la santé qui n'avait pas d'effet sur la capacité de travail durant les rapports de prévoyance ne suffisait pas. L'assuré avait été licencié en raison de tensions professionnelles et de propos inappropriés de sa part. Il avait travaillé pour M. _____ AG du 1^{er} juillet au 30 septembre 2009, sans que cet employeur ne constate aucune atteinte à la santé ni incapacité de travail ou autre baisse de rendement, et c'est l'assuré qui avait lui-même décidé de quitter cet emploi. Il avait également travaillé pour D. _____ Sàrl et B. _____ SA d'avril à juillet 2011. Ces emplois, de même que sa pleine aptitude au placement à l'assurance-chômage, rompaient le lien de connexité temporelle à supposer qu'il ait été incapable de travailler durant les rapports de prévoyance avec la défenderesse. Celle-ci estimait que la date du 5 janvier 2009 retenue par le SMR ne reposait sur aucun élément médical, précisant que l'inactivité de l'assuré résultait de la libération de son obligation de travailler. Elle a fait valoir qu'elle n'avait reçu ni le projet de décision de l'OAI du 24 juin 2013 ni la décision d'octroi de rente du 18 octobre 2013 et que les décisions AI n'avaient aucune force contraignante pour les institutions de prévoyance lorsque le début de l'incapacité de travail était survenu plus de deux ans avant la demande de prestation, puisqu'en cas de demande tardive, l'OAI n'avait pas à instruire le moment exact du début de l'incapacité de travail invalidante. A titre subsidiaire, la Caisse de pensions relevait que le droit à une rente surobligatoire n'avait pu naître avant le 1^{er} avril 2013, puisque le règlement de prévoyance renvoyait sur ce point à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Le demandeur a répliqué le 29 juin 2015 qu'il n'avait quasi rien fait durant son emploi pour M. _____ SA, qu'il était persuadé qu'il s'agissait d'un test mis en place par F. _____ SA et, n'en pouvant plus, avait demandé de mettre un terme à son contrat.

Le 20 août 2015, la Caisse de pensions a allégué, sur la base d'un courrier de F. _____ SA du 3 août 2015, que l'assuré était frustré et énervé que ses demandes constantes tendant à obtenir un poste d'agent général n'aboutissaient pas, et que son attitude à plusieurs reprises déplacée, notamment à l'égard de ses supérieurs hiérarchiques, avait finalement mené à son licenciement. Se référant à des courriers de D. _____ Sàrl, la défenderesse considérait que l'assuré était pleinement capable de travailler en 2011. Selon elle, le fait que l'assuré s'estimait constamment testé par son ancien employeur ne signifiait pas qu'il était incapable de travailler. Elle demandait à ce qu'il soit ordonné à l'assuré de produire l'intégralité des documents en rapport avec son engagement auprès de M. _____ SA, de D. _____ Sàrl et de B. _____ SA.

Le dossier constitué par l'OAI a été versé en cause à la demande du juge en charge de l'instruction.

Le 28 septembre 2015, la Caisse de pensions a fait valoir qu'aucun document médical n'attestait d'une incapacité de travail à l'époque où l'assuré était employé par F. _____ SA et que les documents médicaux établis postérieurement n'avaient pas de force probante quant à la date de survenue de l'incapacité de travail ayant mené à l'invalidité.

Dans un courrier du 14 octobre 2015, le demandeur a repris ses arguments.

Une expertise judiciaire a été confiée au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 février 2016, il a retenu un trouble délirant persistant (F22.0) dans le contexte d'une épilepsie temporale, avec délire persécutoire et mégalomaniaque, et avec anosognosie. L'expert concluait à une

incapacité de travail totale, sans traitement possible ni mesure professionnelle, avec pronostic vers une fixation. La psychopathologie de l'assuré s'était continuellement aggravée depuis la crise d'épilepsie inaugurale au mois de juin 2008. L'expert considérait que le seuil diagnostique du trouble délirant persistant était d'ores et déjà atteint au moins en septembre 2008. Il indiquait notamment ce qui suit :

« Tant les neurologues que les psychiatres se montrent unanimes pour corréliser le trouble délirant persistant de M. T. _____ aux phénomènes de déjà-vu et de déjà-vécu à une pathologie épileptique temporale admise au moins depuis juin 2008 [...]

Pour l'expert, on devrait raisonnablement admettre que l'intéressé avait au moins une diminution de rendement de l'ordre de 20 % depuis le mois de juin 2008 jusqu'à fin août de la même année. La diminution de rendement et l'incapacité de travail ont pu être de l'ordre de 40 % au total depuis le 01.09.2008 jusqu'au 31.12.2008. Depuis lors la diminution de rendement et l'incapacité de travail ont vraisemblablement été de l'ordre de 70 % au total. Depuis le 01.04.2009, le soussigné considère que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % et qu'elle est restée globalement constante depuis lors. L'assuré n'a pas été à même de se réinsérer dans le monde ordinaire du travail ».

Concernant les très bonnes performances de l'assuré jusqu'à la fin de son contrat, l'expert faisait l'hypothèse qu'il « a pu vivre sur ses réserves et produire des résultats essentiellement fondés sur ce qu'il a pu mettre en place pendant la période où il ne souffrait pas encore de troubles psychiques graves ». Enfin, s'agissant de l'absence d'incapacité de travail, il rappelait qu'étant anosognosique, l'assuré était convaincu de ne pas être malade de sorte qu'il ne fallait dès lors pas attendre de lui qu'il effectue des démarches auprès de médecins pour obtenir des certificats d'incapacité de travail et qu'il était compréhensible qu'il ait demandé à reprendre du service.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur cette expertise.

La Caisse de pensions a fait valoir le 23 mai 2016 que cette expertise intervenait six ans après les faits en question, que la jurisprudence excluait de procéder par des appréciations postérieures et des réflexions spéculatives sur l'existence d'une incapacité de travail

médicale et théorique rétroactive de plusieurs années. Elle estimait que l'expert se basait sur des présomptions et des hypothèses relatives à la date de début de l'incapacité de travail déterminante, que l'expert n'avait entendu que l'assuré et son épouse et non son employeur, et que s'il était envisageable que l'atteinte à la santé avait débuté durant les rapports de travail, autre était la question de l'évaluation rétroactive de l'incapacité de travail. La défenderesse précisait qu'à défaut de certificat médical d'arrêt de travail contemporain des faits, l'atteinte à la santé et ses conséquences sur la capacité de travail et de rendement devaient selon la jurisprudence être constatables par l'employeur, ce qui n'avait pas été le cas.

Par courrier du 13 juin 2016, le demandeur a relevé que dans la procédure prud'homale qui les opposait, F._____ SA avait contesté qu'il fût parmi les meilleurs conseillers et même précisé qu'il n'avait pas réalisé tous ses objectifs. Il a allégué avoir gagné en 2008 environ 28'000 fr. de moins qu'en 2007, ce qui prouvait sa diminution de rendement. Se référant aux écrits émanant de son ancien employeur, selon lesquels il était persuadé d'être testé, allant jusqu'à croire que F._____ SA demandait à de faux clients de le contacter, il estimait que ces éléments ne pouvaient qu'être le début de sa maladie psychique. Il a rappelé qu'il était même allé jusqu'à déposer plainte pénale contre son ancien supérieur, étant convaincu d'avoir vu que la personne qui avait signé son contrat de travail était en réalité une autre personne.

Dans un courrier du 28 juin 2016, la défenderesse a reproché au demandeur de n'avoir produit qu'une partie des pièces des procédures prud'homales et pénales qui l'ont opposé à son ancien employeur, qu'il s'agissait d'une inégalité de traitement procédurale devant conduire à écarter ces pièces ou, à défaut, qu'il appartenait au Tribunal d'en requérir la production.

Le 29 juin 2016, le demandeur a communiqué qu'il ne s'opposait pas à la production des dossiers complets.

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 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, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, est recevable à la forme.

T._____ a dirigé son action à l'encontre de la Fondation de prévoyance J._____, sise à [...]. Dans le mémoire de réponse du 12 mars 2015, la Caisse de pension S._____, également sise à [...], a déclaré se substituer à la Fondation de prévoyance J._____ au motif que c'était à elle, et non à la fondation précitée, qu'il appartenait de verser d'éventuelles prestations de prévoyance professionnelle à l'assuré. La Fondation de prévoyance J._____ a confirmé, dans une attestation du 16 juillet 2015, qu'elle n'avait pas le statut d'une caisse de pension et que sa

vocation était de gérer les fonds de la prévoyance professionnelle des employés de F._____ SA et des sociétés de la holding. Il y a lieu d'admettre cette substitution, qui n'a pas été contestée par le demandeur (cf. art. 83 al. 4 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], en relation avec l'art. 109 al. 2 LPA-VD).

2. Le litige tient à la question du droit de l'assuré, à charge de la défenderesse, à une prestation d'invalidité qui serait fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance.

3. 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. 29 al. 1 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) La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou à ne pas reprendre une activité lucrative. Il peut également être tenu compte du comportement de la personne assurée dans le monde du travail, tel que, par exemple, le fait qu'elle perçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demanderesse d'emploi pleinement apte au placement, étant précisé que les périodes de chômage indemnisé ne sauraient être pleinement assimilées à des périodes de travail effectif.

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

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

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

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

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

considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TF B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références).

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

4. a) La Caisse de pension S._____ est une institution de prévoyance qui alloue des prestations qui vont au-delà des prestations minimales selon la LPP. Une telle institution, dite « enveloppante » (cf. sur cette notion : ATF 136 V 313 consid. 4), est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP en matière d'organisation, de sécurité financière, de surveillance et de transparence, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 115 V 103 consid. 4b). Dans les faits, une institution de prévoyance « enveloppante » propose, en général, un plan de prestations unique qui inclut les prestations minimales et les améliore, sans opérer de distinctions entre prévoyance obligatoire et prévoyance plus étendue. Afin de s'assurer que les prestations réglementaires respectent les exigences minimales de la

LPP, autrement dit si la personne assurée bénéficie au moins des prestations minimales légales selon la LPP (art. 49 al. 1 LPP en corrélation avec l'art. 6 LPP), l'institution de prévoyance est tenue de pouvoir procéder à un calcul comparatif entre les prestations selon la LPP (sur la base du compte-témoin que les institutions de prévoyance doivent tenir afin de contrôler le respect des exigences minimales de la LPP [*Alterskonto* ; art. 11 al. 1 OPP 2 {Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 ; RS 831.441.1}]) et les prestations réglementaires (*Schattenrechnung* ; cf. ATF 136 V 65 consid. 3.7 et les références ; voir également ATF 114 V 239 consid. 6a).

b) Le règlement de prévoyance de la Caisse de pensions S._____, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 et applicable en l'espèce, prévoit en matière de couverture du risque « invalidité » notamment les dispositions suivantes :

Art. 27 - Droit à la rente d'invalidité

- 1 En cas d'incapacité de gain avant le départ à la retraite et au plus tard avant l'âge ordinaire de la retraite selon l'art. 23, al. 1, l'assuré a droit à une rente d'invalidité pour autant qu'il ait été assuré au moment de la survenance de l'incapacité de travail qui est la cause de l'incapacité de gain. La notion d'invalidité est fondée sur la LAI. En outre, les dispositions de l'art. 23, let. b et c, LPP s'appliquent.
- 2 Il s'agit d'une incapacité de gain lorsque, sur la base d'un avis médical, il est objectivement vérifiable que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer entièrement ou partiellement sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa situation, à ses connaissances et à ses capacités, ou s'il est invalide au sens de l'AI à raison de 40 % au moins.
- 3 Le montant des prestations en cas d'incapacité de gain partielle est défini en fonction du degré de l'incapacité de gain. Celui-ci est toutefois au moins égal au degré d'invalidité déterminé par l'AI. Pour la fixation des prestations, les exceptions suivantes sont valables :
 - a) une incapacité de gain inférieure à 40 % ne donne droit à aucune prestation.
 - b) si le degré d'incapacité de gain est égal à 70 % ou plus, les prestations complètes sont accordées.

- 4 Si le degré d'invalidité d'un assuré se modifie et entraîne une modification du taux de la rente qui lui est servie par l'AI, les prestations d'invalidité de la Caisse de pensions sont adaptées en conséquence avec effet à la date fixée dans la décision AI pour la modification en question.

Art. 28 - Début et fin de la rente d'invalidité

- 1 Dans le cadre des dispositions légales, sur demande et aux frais de la Caisse de pensions, l'assuré invalide est tenu de se faire examiner par le médecin-conseil de la Caisse de pensions, qui constate l'existence de l'invalidité et en définit le degré.
- 2 Le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt après une incapacité de travail de l'assuré d'une année, suivie d'une incapacité de gain permanente résultant de la même cause. Les dispositions de la LAI s'appliquent par analogie à la naissance du droit à la rente d'invalidité.
- 3 Le versement de la rente est différé aussi longtemps que l'assuré est au bénéfice de la totalité de son salaire ou des indemnités journalières qui en tiennent lieu, pour autant qu'elles représentent au moins 80 % du salaire annuel déterminant et qu'elles aient été financées par l'employeur à raison de 50 % au moins.
- 4 Le droit à une rente s'éteint avec le décès de l'invalide ou avec une diminution de l'incapacité de gain en dessous de 40 %, au plus tard toutefois à l'âge de la retraite ordinaire.
- 5 En cas d'invalidité partielle, l'assuré est traité comme un assuré actif, en fonction de son taux d'occupation et comme un rentier invalide, en fonction de son incapacité de gain.

[...]

c) La jurisprudence a précisé que si une institution de prévoyance reprend, explicitement ou par renvoi – comme dans le présent cas (art. 27 al. 1 du règlement de prévoyance) –, 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 138 V 409 consid. 3.1 ; 126 V 308 consid. 1 in fine). 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

(ATF 129 V 73 consid. 4.2). Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP – qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI – n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 150 consid. 2.5). Le Tribunal fédéral (arrêt B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.3.2 non publié dans l'ATF 130 V 501) a encore précisé que la force contraignante de la décision de l'AI pour l'institution de prévoyance vaut 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 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 (arrêt B 47/98 du 11 juillet 2000, in RSAS 2003 p. 45 ; cf. également TF 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 4.1). Dans la mesure où le droit à la rente de l'assurance-invalidité présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail de la personne assurée au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 [SVR 2013 BVG n° 17 p. 67]; voir également l'arrêt 9C_414/2007 du 25 juillet 2008 consid. 2.4).

5. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF B 90/04 du 27 avril 2005 consid. 3). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF B 90/04 précité consid. 3).

6. Il convient de déterminer la période à laquelle est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité et d'examiner s'il existe entre cette incapacité et l'invalidité une relation de connexité matérielle et temporelle.

a)

aa) Dans le cas du demandeur, une atteinte à la santé psychique invalidante telle que justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité entière a fait l'objet d'une décision en force de l'OAI, qui s'est fondé sur les rapports médicaux concordants versés au dossier à compter de l'hospitalisation au W._____ en juin 2010. La maladie invalidante est retenue à compter de l'épisode épileptique de juin 2008, avec une capacité de travail nulle - du fait que l'assuré est hors du monde réel et présente un risque d'acte hétéro agressif (cf. rapport SMR du 12 juin 2013) - qui a été fixée au 5 janvier 2009, à savoir la date du licenciement. Le SMR fait mention d'une première incapacité de travail à cette date. Or il ressort des pièces du dossier que l'assuré n'a pas été mis en arrêt de

travail par un médecin, mais a été libéré de son obligation de travailler suite à son licenciement. Le droit à la rente d'invalidité a été ouvert à compter du 1^{er} avril 2013, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations, qui a été déposée tardivement.

bb) La défenderesse estime ne pas être liée par la décision de l'OAI au motifs que cette dernière ne lui aurait pas été notifiée en temps utile, que l'OAI a statué sur une demande tardive sans examen complet du début et de l'évolution de l'incapacité de travail et qu'il se fonderait sur un avis du SMR insoutenable dans la mesure où aucun document médical n'a été établi avant 2010, ce dont on devrait inférer une pleine capacité de travail de l'assuré, une incapacité de travail ne pouvant être valablement établie par des rapports médicaux établis a posteriori.

Certes, la décision de l'OAI du 18 octobre 2013 ne porte pas mention de la défenderesse comme destinataire, pas plus que le projet de décision du 24 juin 2013. Toutefois, le conseil de l'assuré a communiqué la décision à la défenderesse par pli du 24 octobre 2013, soit en temps utile pour la contester formellement. Dans cette mesure, la décision de l'OAI pourrait lui être opposable. Cette question peut cependant demeurer indécise dès lors que le grief fait au SMR d'une argumentation insoutenable tombe à faux. En effet, l'absence de consultation, respectivement de rapport médical établi par un psychiatre avant 2010 tient précisément à la pathologie de l'intéressé, atteint d'anosognosie, soit le déni de toute problématique psychique et l'absence de demande de soins. Cette pathologie a été relevée pour la première fois en juillet 2010 par la Dresse G._____, à la suite de l'hospitalisation destinée à effectuer un bilan de l'épilepsie, et se trouve confirmée sans ambiguïté par l'expert L._____. Ainsi, il n'est pas surprenant, mais médicalement expliqué, que l'assuré n'ait consulté aucun médecin pour des troubles psychiques dont il estimait et estime encore ne pas être atteint, nonobstant leur gravité.

cc) En cours de procédure, compte tenu de la particularité de l'atteinte à la santé retenue, respectivement d'un certain flou quant à l'étiologie, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par un spécialiste a

été décidée afin de dissiper tout doute quant au diagnostic, respectivement de préciser la mesure de sa répercussion en termes de capacité de travail. Cette expertise a été confiée au Dr L. _____, qui a considéré que le seuil diagnostique du trouble délirant persistant était d'ores et déjà atteint au moins en septembre 2008, que l'incapacité de travail a pu être de l'ordre de 40 % au total du 1^{er} septembre 2008 au 31 décembre 2008, puis vraisemblablement de l'ordre de 70 % et qu'elle était totale depuis le 1^{er} avril 2009. Le Dr L. _____ expose que d'après les informations à disposition et notamment le dossier de l'assurance-invalidité, l'assuré est en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} avril 2009 (p. 1 et 2 du rapport d'expertise). Il faut néanmoins relever qu'aucune pièce du dossier n'atteste une incapacité de travail totale à compter du 1^{er} avril 2009. Cette date apparaît uniquement dans la demande de prestations AI remplie par l'épouse du demandeur et signée par ce dernier le 25 octobre 2012, sans être corroborée par un certificat médical. Le SMR, quant à lui, fixe le début de l'incapacité de travail durable au 5 janvier 2009, se référant à une première incapacité de travail à cette date-là, dont on ne trouve pas non plus trace au dossier, comme déjà mentionné ci-dessus (cf. consid. 6a/aa). L'absence de certificat d'arrêt de travail début 2009 n'est toutefois pas déterminante au vu de l'ensemble des éléments du dossier. D'une part, comme déjà mentionné, l'anosognosie présentée par l'assuré explique que celui-ci n'ait jamais effectué de démarches auprès de médecins pour obtenir des certificats d'incapacité de travail. D'autre part, les conclusions de l'expert apparaissent convaincantes dans la mesure où elles convergent avec l'ensemble des constatations et appréciations médicales faites par les médecins ayant examiné l'assuré entre 2010 et 2012, à savoir qu'il présente un tableau clinique du registre psychotique dont le point de départ doit être rattaché aux phénomènes neurologiques de déjà-vu et de déjà-vécu qui se manifestent en cas de crises épileptiques temporales (cf. rapport d'expertise p. 11), étant rappelé qu'une crise épileptique inaugurale est survenue en juin 2008. Le rapport d'expertise est par ailleurs particulièrement complet et circonstancié, de sorte qu'il emporte pleine valeur probante au regard des critères fixés par la jurisprudence (cf. consid. 5). Cette expertise suffit à la résolution du litige, si bien qu'il ne se justifie pas de procéder à de plus

amples mesures d'instruction, telles que l'audition de témoins ou la production des pièces des procédures prud'homales et pénales qui ont opposé le demandeur à son ancien employeur.

dd) En conséquence, avec l'expert judiciaire, dont l'avis concorde du reste avec celui des autres spécialistes qui se sont prononcés auparavant, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est effectivement intervenue durant les rapports de travail, une diminution de rendement de 20 % minimum étant retenue avec l'épilepsie inaugurale de juin 2008, suivie d'une péjoration de l'état de santé en crescendo avec impact sur la capacité de travail, réputée nulle et cristallisée dès avril 2009. Il sied en outre de relever que le licenciement est intervenu en raison de comportements déplacés et inadéquats de l'assuré dans l'exercice de sa profession, comportements qu'explique pleinement l'atteinte à la santé psychique telle qu'elle sera diagnostiquée par l'expert. On ne saurait à cet égard suivre la défenderesse lorsqu'elle soutient que l'atteinte à la santé psychique était peut-être déjà présente à la fin des rapports de travail, mais qu'elle n'avait engendré aucune incapacité de travail à ce moment-là. Il faut en effet souligner que l'incapacité de travail de l'assuré est due à son délire d'être dans un environnement où il est testé et au fait qu'il se comporte envers ses interlocuteurs en étant persuadé qu'il vit toujours une deuxième rencontre qui a pour but de le tester, soit une attitude qui peut choquer et qui n'est pas compatible avec une activité à caractère social, de même que dans celle d'un conseiller en assurances au service extérieur (cf. rapport d'expertise p. 11) ; son trouble délirant a pour effet de l'exclure du monde réel (cf. avis SMR du 12 juin 2013). Or ce sont précisément ces éléments qui ont poussé F. _____ SA à licencier l'assuré, comme cela ressort de la lettre que cet employeur a adressée le 4 mai 2009 à la caisse de chômage, dans laquelle il expliquait que malgré différents entretiens destinés à lui faire comprendre que la création d'une nouvelle agence n'était pas prévue, l'assuré était demeuré convaincu que la compagnie le « testait » avant de lui confier le poste auquel il aspirait et que cette impression de « testing » avait créé des quiproquos pénibles dans les relations avec les collègues, le supérieur hiérarchique mais aussi avec la

clientèle. De même, dans le courriel que l'employeur a envoyé le 18 décembre 2008 à l'assuré, il l'avertissait que son comportement, à savoir notamment d'être allé jusqu'à dire à une personne qui l'appelait pour une offre qu'elle le testait et que le client n'existait pas, était de nature à justifier un licenciement. Ces documents démontrent clairement que le délire de l'assuré d'être dans un monde où il est testé - délire qui justifie une totale incapacité de travail selon les médecins - existait déjà à la fin des rapports de travail et d'une manière suffisamment importante pour amener F. _____ SA à résilier le contrat de travail de l'assuré. Dès lors, au grief de la défenderesse d'une attestation rétroactive d'une incapacité médico-théorique, il convient d'opposer le fait qu'en licenciant l'intéressé pour comportements inadéquats au travail, l'employeur avait précisément été confronté aux manifestations de la pathologie psychique, certes sans pouvoir la traduire en terme de diagnostic, mais en prenant néanmoins la mesure du délire persécutoire et mégalomane de l'intéressé.

b) Subsiste la question de la relation de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité. La connexité matérielle est évidente telle que médicalement exposée, ce qui n'est pas contesté. Par contre, la connexité temporelle est disputée par la défenderesse, qui tire argument d'une période de chômage avec pleine aptitude au placement et prises d'emploi temporaires, dont il conviendrait de déduire une absence d'incapacité de travail. Ici encore, l'appréciation médicale du cas, respectivement les conclusions de l'expert judiciaire quant aux particularités de la pathologie psychiatrique de l'assuré, s'avèrent déterminantes. Il n'est pas douteux que, dans le déni de cette pathologie en raison d'anosognosie, l'intéressé se soit annoncé à l'assurance-chômage comme pleinement apte au placement, alors que ce n'était manifestement pas le cas pour raisons médicales. Compte tenu de l'énergie, de l'engouement mégalomane et des ressources dont peut faire preuve une personne atteinte d'un trouble délirant (cf. rapport d'expertise p. 10 et 12), il n'est pas non plus douteux qu'il se soit montré convaincant dans le suivi de son dossier et le respect de ses obligations à l'égard de cette assurance. Toutefois, comme retenu par l'expert, dites

ressources ne sont pas et n'étaient déjà plus exploitables professionnellement. Ainsi, comme l'observe l'expert, l'assuré a démontré son inaptitude à évoluer dans le monde du travail par l'échec d'une réinsertion, dans le cadre des trois emplois allégués par la défenderesse, ces rapports de travail ayant été de courte durée, alors même qu'une complication prochaine restait toujours à craindre.

En définitive, au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (nature de l'atteinte à la santé, pronostic médical, motifs ayant conduit au licenciement, raisons qui ont conduit l'intéressé à reprendre ou à interrompre une activité lucrative), on retiendra que l'intéressé, au terme des rapports de travail, n'a pas à nouveau disposé d'une pleine capacité de travail, ni que sa capacité de gain se soit rétablie lors d'une tentative de réinsertion, de sorte que le rapport de connexité temporelle n'a pas été interrompu.

c) En conclusion, le droit du demandeur à de pleines prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle doit être reconnu à la charge de la défenderesse.

7. Il reste à déterminer la date de la naissance du droit aux prestations, que le demandeur estime devoir être servies dès la fin des rapports de travail, soit à compter du 1^{er} avril 2009. A teneur de l'art. 28 ch. 2 du règlement de la Caisse de pensions, applicable au demandeur en régime d'assurance surobligatoire, le droit à la rente prend naissance au plus tôt après une incapacité de travail de l'assuré d'une année, suivie d'une incapacité de gain permanente résultant de la même cause. En l'occurrence, l'incapacité de travail a débuté en juin 2008, ce qui porte la naissance du droit au plus tôt à juin 2009. Cela étant, cette norme précise que les dispositions de la LAI s'appliquent par analogie à la naissance du droit à la rente. Ainsi, selon l'art. 28 LAI, le droit n'est ouvert qu'après que l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40 % minimum durant un an, alors que l'art. 29 LAI précise que le droit prend naissance au plus tôt six mois à compter de la date de la demande de prestations. Certes, comme le relève la défenderesse, selon la jurisprudence (ATF 140 V 470),

c'est cette dernière disposition qui s'applique au droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire. Toutefois, l'assuré bénéficie en l'occurrence du régime de la prévoyance surobligatoire, qui lui est plus favorable. Ainsi, il y a lieu de retenir le cas d'application du seul art. 28 LAI, soit du délai d'une année à compter d'une incapacité de travail minimum de 40 %, laquelle a débuté en l'occurrence selon l'expert judiciaire en septembre 2008. Partant, le droit aux prestations d'invalidité de l'assuré a pris naissance à compter du 1^{er} septembre 2009. Les dispositions réglementaires relatives au versement éventuellement différé de la rente demeurent bien entendu réservées, la cause étant renvoyée à la défenderesse pour trancher cette question.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre les conclusions du demandeur, en ce sens que la défenderesse est tenue de lui verser de pleines et entières prestations d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2009.

b) La procédure est gratuite (cf. art. 73 al. 2 LPP), de sorte qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) Le demandeur, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens de la part de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 4'000 fr. vu la complexité de la cause et de la procédure.

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le demandeur dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Alain-Valéry Poitry. Me Poitry a produit le 8 juillet 2016 le relevé des opérations effectuées pour le compte du demandeur. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 29 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'absence de liste des débours, il y a lieu de fixer ceux-ci à 100 fr. en application de l'art. 3 al. 3 RAJ, auquel renvoie l'art. 18 al. 5 LPA-VD. Compte tenu de la TVA au taux de 8 %, cela représente un montant total de 5'745 fr. 60 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par la défenderesse, de sorte que le solde à hauteur de 1'745 fr. 60 est provisoirement supporté par l'Etat. Le demandeur est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'745 fr. 60 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. La demande déposée le 24 décembre 2014 par T. _____ contre la Caisse de pensions S. _____ est admise.

- II. La Caisse de pensions S. _____ est condamnée à verser à T. _____ de pleines et entières prestations d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2009.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Une indemnité de 4'000 fr., à verser à T._____ à titre de dépens, est mise à la charge de la Caisse de pensions S._____.
- V.** L'indemnité d'office de Me Poitry, conseil du demandeur, est arrêtée à 5'745 fr. 60 (cinq mille sept cent quarante-cinq francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le montant de 1'745 fr. 60 (mille sept cent quarante-cinq francs et soixante centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alain-Valéry Poitry (pour le demandeur),
- Me Jacques-André Schneider (pour la défenderesse),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :