

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 7 avril 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel, juge et Saïd, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K._____, à H._____, demandeur, représenté par Me Muriel Vautier,
avocate à Lausanne,

et

CAISSE DE PENSION L._____, à A._____, défenderesse.

E n f a i t :

A. K._____, né en 1955, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de cuisinier et d'un diplôme de gestion hôtelière. A la tête de la société P._____ SA depuis 1980, il travaillait en qualité de chef de cuisine et de gérant de restaurants. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de pension L._____.

Le 9 juillet 2004, K._____ a été victime d'un accident de la circulation routière au cours duquel il a subi une fracture de la paroi postérieure du cotyle gauche.

Les suites de l'accident ont été marquées par l'apparition d'une ossification ectopique, laquelle a engendré une limitation fonctionnelle et des douleurs importantes lors des déplacements. En raison des séquelles de son accident, K._____ n'était plus en mesure de porter des charges ou de monter ou descendre des escaliers normalement, singulièrement d'assurer le service dans une salle de restaurant et d'exercer le métier de cuisinier. Malgré ces atteintes, K._____ a progressivement repris son activité habituelle (20 % le 3 novembre 2004, 30 % le 8 décembre 2004 et 50 % le 22 février 2005).

Le 31 mars 2006, K._____ 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'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du docteur V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a indiqué, dans un rapport du 22 mai 2006, que son patient disposait depuis le mois de novembre 2004 d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Après avoir mis en œuvre deux enquêtes économiques pour les indépendants (rapports des 30 mai 2007 et 15 mai 2008), l'office AI a alloué à K._____ une mesure d'orientation professionnelle destinée à déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle (communication du 21 octobre 2008).

Après avoir examiné les différentes pistes qui s'offraient, l'office AI a alloué à K._____ une mesure d'ordre professionnel - avec les indemnités journalières y relatives - sous forme d'une formation pratique du 1^{er} juin 2011 au 30 mai 2012 destinée à lui permettre d'acquérir le métier de restaurateur d'application (communications des 20 avril et 20 mai 2011).

Au cours du mois de novembre 2011, K._____ a rencontré des difficultés dans le cadre de la mise en œuvre de son projet professionnel et présenté une décompensation dépressive qui a conduit à une incapacité de travail de 50 % dans toute activité (rapport du docteur S._____ du 8 mai 2014).

Par décisions des 10 août et 3 octobre 2016, l'office AI a, en faisant application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, alloué à K._____ trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2012.

B. Par courrier du 17 janvier 2017, la Caisse de pension L._____ a informé K._____ qu'elle n'entendait pas lui allouer de prestations d'invalidité. D'après la décision rendue par l'assurance-invalidité, ce n'est qu'à compter du mois de novembre 2011 qu'il avait été reconnu invalide au sens de l'assurance-invalidité, soit à une époque où il n'était plus assuré auprès d'elle.

Il s'en est suivi un échange de courriels et de courriers entre la Caisse de pension L._____ et K._____, à l'issue duquel chaque partie a maintenu sa position.

C. a) Par demande du 27 mars 2019, K._____ a, par l'intermédiaire de sa représentante, Me Muriel Vautier, ouvert action contre la Caisse de pension L._____ et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle d'un montant annuel de 5'784 fr. au moins dès le 1^{er} novembre 2011, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} novembre 2011.

A son avis, l'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail n'était pas survenue au mois de novembre 2011, mais à la suite de l'accident de 2004. Il ressortait en effet des pièces médicales versées au dossier et de l'examen clinique réalisé au SMR que l'atteinte psychique était en lien direct avec l'atteinte somatique résultant de l'accident, que ces atteintes avaient existé au cours des rapports de prévoyance et qu'elles avaient conduit à une incapacité de travail, même si l'atteinte à la santé psychique était moindre durant la période antérieure au mois de novembre 2011. Il était par ailleurs établi qu'il avait été reconnu invalide à 38,73 % par l'assurance-invalidité un an après la survenance de son accident. Depuis lors, il n'avait jamais pu retrouver une capacité de travail de 80 % au moins, preuves en étaient les expertises économiques pour indépendants versées au dossier de l'assurance-invalidité dont il ressortait qu'il n'avait jamais pu reprendre une activité de gérant de restaurant à un taux supérieur à 60 %, ainsi que l'avis d'un juriste de l'assurance-invalidité qui reconnaissait l'impossibilité d'exiger un changement de profession pour s'adonner à une activité salariée. Et quand bien même il fallait admettre que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité était survenue au mois de novembre 2011, force était de constater qu'il était encore affilié auprès de la Caisse de pension L._____ à ce moment-là, le règlement de prévoyance stipulant le maintien de la couverture d'assurance jusqu'à la fin des rapports de travail, mais au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile en cours. C'était donc au plus tôt à fin décembre 2011 qu'il eut été possible de lui dénier la qualité d'assuré, soit après la survenance de l'aggravation de l'état de santé sur le plan psychique.

b) Dans sa réponse du 28 mai 2019, la Caisse de pension L._____ a pris les conclusions suivantes :

RÉPONSE ET DEMANDE RECONVENTIONNELLE (art. 14 CPC)

avec les

Requêtes

1. Rejeter la demande dans son intégralité.
2. Condamner le Demandeur aux dépens.
3. A titre éventuel :

Accorder au Demandeur un quart de rente depuis novembre 2011 et trois quarts de rente depuis février 2012, majoration faite d'intérêts à hauteur de 1 % à partir du 29 mars 2019.

Condamner le Demandeur à verser les cotisations de l'employeur et de l'employé pour la période de mai 2011 à avril 2012, dont intérêts à hauteur de 5 % à partir du 28 mai 2019.

Requêtes de procédure

4. Le Demandeur doit remettre tous les décomptes des salaires / attestations de salaire des années 2011 à 2018 (...).

Sur le vu du dossier, il ressortait qu'une rente d'invalidité avait été accordée à l'assuré sur la base de troubles d'origine psychiatrique. Contrairement à ce que soutenait ce dernier, aucune incapacité de travail d'origine psychiatrique n'avait toutefois été attestée avant le mois de novembre 2011. Il est par ailleurs vrai que l'assurance-invalidité a constaté que l'assuré, en poursuivant son activité habituelle, était réinséré de manière excluant l'octroi d'une rente d'invalidité jusqu'au mois de novembre 2011. Il n'en demeurait pas moins qu'il était totalement apte à travailler dans une activité adaptée depuis 2006 et qu'il avait librement choisi de reprendre son activité habituelle et de percevoir un salaire partiel. Quant à la problématique de l'affiliation, il y avait lieu de constater que, quand bien même les rapports de travail existaient encore formellement et l'intention des parties au contrat de travail était que l'assuré retrouve ses droits et ses obligations liées au contrat à l'issue des mesures de réinsertion allouées par l'assurance-invalidité, aucun salaire n'avait été effectivement perçu par l'assuré de mai 2011 à avril 2012. Par

conséquent, l'assuré ne pouvait ni faire l'objet d'une déclaration ni être assuré. Une exemption de cotisations à partir de mai 2011, laquelle aurait maintenu la couverture d'assurance, n'entraîne pas non plus en ligne de compte étant donné l'absence de certificats médicaux. D'après le règlement de prévoyance, une interruption professionnelle ne pouvait pas être assurée facultativement.

c) Dans sa réplique du 30 septembre 2019, K. _____ a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de demande du 27 mars 2019, tout en précisant les motifs de sa demande.

d) Dans sa duplique du 22 octobre 2019, la Caisse de pension L. _____ a maintenu ses conclusions et sa motivation.

e) Par courrier du 4 décembre 2019, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier de l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure et leur a imparti un délai pour venir consulter le dossier et transmettre leurs éventuelles déterminations.

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 ; BLV 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 lieu de l'exploitation dans laquelle celui-ci a été engagé, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet la question de savoir si le demandeur peut prétendre à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse.

3. a) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 115 V 103 consid. 4b).

b) Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 130 V 270 consid. 3.1). 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), 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. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2).

c) Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa; 115 V 208 consid. 2c).

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

b) L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi 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. 1a et b et les références citées). Cependant, 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 (ATF 123 V 262 consid. 1c).

c) 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 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).

d) 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 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. 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).

e) 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).

f) 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).

5. a) Dans sa teneur en vigueur en 2011 – applicable au moment des faits déterminants –, l'art. 13.1 du règlement de prévoyance de la défenderesse prévoyait ce qui suit :

Il y a invalidité lorsque la personne assurée est invalide à raison d'au moins 40 % au sens de l'assurance-invalidité.

b) Eu égard à la définition réglementaire de l'invalidité, la défenderesse est en principe liée, pour autant qu'elle ne soit pas insoutenable, par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité, aussi bien en ce qui concerne la fixation du degré d'invalidité que la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail s'est détériorée de manière sensible et durable.

c) En l'occurrence, l'office AI a, sur la base d'un degré d'invalidité de 60 % fixé en application de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, alloué au demandeur trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2012 (décisions des 10 août et 3 octobre 2016). Sur le plan médical, il a retenu que le demandeur présentait depuis le mois de novembre 2011 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et un trouble anxieux qui entraînaient une incapacité de travail de 50 %. S'agissant des atteintes somatiques, il

était constaté qu'elles n'avaient aucun impact sur l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. avis SMR du 16 mai 2014).

6. Pour que la défenderesse soit tenue de prêter, il faut cependant que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité soit survenue au cours des rapports de prévoyance.

a) Alors que la défenderesse soutient que le demandeur ne bénéficiait d'aucune couverture d'assurance entre les mois de mai 2011 et avril 2012, puisque celui-ci avait interrompu durant cette période ses activités pour P. _____ SA, n'avait perçu aucun salaire de cette société, n'était plus déclaré auprès de son institution de prévoyance et aucune cotisation pour la prévoyance professionnelle n'avait été versée, le demandeur estime pour sa part que les rapports de prévoyance ont perduré sans interruption ou, à tout le moins jusqu'à la fin de l'année 2011, dans la mesure où les rapports de travail n'avaient pas cessé au cours de cette période.

b) Sur la base des pièces produites au dossier, il y a lieu de constater que la société P. _____ SA n'a déclaré aucun salaire, respectivement versé aucune cotisation concernant le demandeur pour la période courant de mai 2011 à avril 2012 et n'a fait valoir aucun motif d'exemption de cotisations à la suite d'une période d'incapacité de travail. Pour autant, il est également établi que les rapports de travail n'ont pas été résiliés, le versement du salaire ayant été uniquement suspendu au cours de la période durant laquelle le demandeur a bénéficié d'une mesure d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité et perçu des indemnités journalières de cette assurance.

c) Cela étant, il convient d'examiner, à la lumière des dispositions légales et réglementaires, si le demandeur pouvait prétendre au maintien des rapports de prévoyance pour la période courant du mois de mai 2011 à avril 2012.

aa) A cet égard, il sied de rappeler que dans le cadre de la prévoyance plus étendue, les employés assurés sont liés à l'institution de prévoyance par un contrat innommé (*sui generis*) dit de prévoyance. Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé de ce contrat, à savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concluants. Il doit ainsi être interprété selon les règles générales sur l'interprétation des contrats. Il y a lieu de rechercher, tout d'abord, la réelle et commune intention des parties (art. 18 al. 1 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220]), ce qui en matière de prévoyance professionnelle vaut avant tout pour les conventions contractuelles particulières. Lorsque cette intention ne peut être établie, il faut tenter de découvrir la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations selon le sens que le destinataire de celles-ci pouvait et devait raisonnablement leur donner selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). L'interprétation en application de ce principe, dite objective ou normative, consiste à établir le sens que chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du contrat (ou du règlement) avant de l'examiner dans son contexte; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération. A titre subsidiaire, il peut également être tenu compte du mode d'interprétation spécifique aux conditions générales, notamment la règle de la clause ambiguë (*in dubio contra stipulatorem* ; ATF 140 V 145 consid. 3.3 et les références).

bb) Si le règlement de prévoyance règle de façon claire la situation juridique lorsque les rapports de travail prennent fin (art. 15 à 17 du règlement de prévoyance), il n'en va pas de même lorsque les rapports de travail se poursuivent, sans toutefois qu'un salaire ne soit versé, le règlement de prévoyance ne contenant pas de dispositions permettant à un assuré de conserver temporairement une couverture d'assurance en cas de suspension du gain assuré (sous la forme par exemple d'une assurance facultative).

cc) Contrairement à ce que soutient le demandeur, il n'y a pas lieu de tenir compte en l'espèce de l'art. 3.2 du règlement de prévoyance. Cette disposition prévoit certes que, si le salaire tombe au-dessous du salaire mensuel minimum LPP, l'assurance est maintenue jusqu'à la fin du rapport de travail, mais au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile en cours. Telle que formulée, cette règle, qui déroge expressément à l'art. 10 al. 2 let. c LPP, présuppose néanmoins la poursuite du versement par l'employeur d'un salaire inférieur au salaire minimum LPP. Selon toute vraisemblance, cette réglementation est destinée à tenir compte de la variabilité des salaires dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration, notamment lorsque le système de rémunération prévoit une participation - totale ou partielle - au chiffre d'affaires (art. 9 al. 2 de la Convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés [état au 1^{er} janvier 2010]).

dd) Comme le soutient la défenderesse, le demandeur s'est, dans les faits, mis en congé de sa société afin de pouvoir bénéficier de mesures d'ordre professionnel de l'assurance invalidité. Comme la jurisprudence a eu l'occasion de le souligner, un congé est un motif de cessation de l'assurance, car le salaire minimum n'est plus atteint et l'employeur n'a plus d'obligation de verser le salaire (art. 10 al. 2 let. c LPP en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPP). Il a toutefois été précisé que si l'institution de prévoyance adopte un système de décompte annuel de cotisations, le rapport de prévoyance subsiste néanmoins aussi longtemps que le salaire (non converti en gain annuel) atteint, durant l'année considérée, le montant minimum prévu par l'art. 7 al. 1 LPP (TF B 109/06 du 16 mai 2007 consid. 4.2.1 ; B 37/94 du 31 mars 1995 consid. 3a, in RSAS 1998 p. 128). En l'occurrence, le demandeur a perçu un salaire total de 12'800 fr. entre les mois de janvier et avril 2011, soit un montant inférieur au montant minimum de 20'880 fr. en vigueur à l'époque (RO 2010 4587), si bien qu'il n'y a pas lieu de considérer qu'il a été assuré jusqu'à la fin de l'année 2011.

ee) Contrairement à ce que soutient le demandeur, il est faux de prétendre que le salaire avait diminué pour des raisons inhérentes à

son état de santé. Aucun certificat d'incapacité de travail n'atteste un tel propos. Au contraire, il est établi que le demandeur disposait - depuis 2006 au moins - d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son état de santé n'était pas sujet à une aggravation. En vérité, les mesures de réadaptation professionnelle ordonnées par l'assurance-invalidité sont simplement entrées en conflit avec le statut d'employé de la société P._____ SA du demandeur, statut auquel celui-ci n'a jamais véritablement envisagé, eu égard à l'attachement subjectif et personnel qui le liait à son entreprise, de renoncer pour travailler dans un autre secteur d'activité.

ff) Le demandeur reproche également à la défenderesse de ne pas l'avoir informé qu'il avait la possibilité de maintenir sa prévoyance professionnelle. En vertu de l'art. 47 al. 1 LPP, l'assuré qui cesse d'être assujéti à l'assurance obligatoire peut en effet maintenir sa prévoyance professionnelle ou sa seule prévoyance vieillesse, dans la même mesure que précédemment, soit auprès de la même institution de prévoyance, si les dispositions réglementaires le permettent, soit auprès de l'institution supplétive. Cela étant, force est de constater que le demandeur n'a nullement informé la défenderesse que sa situation personnelle s'était modifiée, en ce sens que le versement de son salaire avait été suspendu pendant la durée des mesures d'ordre professionnel qui lui avaient été allouées par les organes de l'assurance-invalidité. Faute d'informations données par le demandeur, il ne pouvait être exigé de la défenderesse - celle-ci pouvant de bonne foi penser que la situation n'était que provisoire - qu'elle se renseigne auprès de l'employeur sur la situation concrète du demandeur et, partant, qu'elle l'informe de la possibilité de maintenir sa prévoyance.

d) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que les rapports de prévoyance ont pris fin un mois après la fin du versement du salaire du demandeur, soit le 31 mai 2011 (art. 17.1 du règlement de prévoyance).

7. En tant que le demandeur soutient qu'il souffrait d'une atteinte à la santé psychique bien avant le mois de novembre 2011, il ne saurait être suivi. Rien au dossier ne permet d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le demandeur avait présenté, sans interruption notable, une incapacité de travail de 20 % au moins pour des motifs psychiques pendant la période qui a précédé la décompensation psychique de novembre 2011. Le seul document contemporain qui atteste d'une problématique psychiatrique est le rapport médical établi le 3 mars 2011 par le docteur F._____. S'il est vrai que ce médecin fait état d' « une tonalité dépressive justifi[ant] un traitement épisodique antidépresseur », les explications données ne suffisent pas à rendre plausible l'existence d'un impact concret et continu de cette pathologie sur la capacité de travail. Celui-ci ne saurait à tout le moins être déduit de l'incapacité de travail de 50 % retenue par le docteur F._____, cette valeur résultant d'une appréciation globale fondée sur l'ensemble des pathologies dont souffrait le demandeur. Les rapports établis par la suite par les docteurs Q._____ (les 30 avril et 22 août 2013) et S._____ (le 8 mai 2014) ne sont pour leur part d'aucune utilité pour statuer, dans la mesure où ils ont été établis postérieurement à la décompensation psychique du demandeur. Compte tenu du temps écoulé et de la difficulté à apprécier rétrospectivement un état psychique et son évolution, il ne semble par ailleurs guère opportun de procéder à un complément d'instruction.

8. En conclusion, il convient de constater que le demandeur n'était pas assuré auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

9. a) Mal fondée, la demande doit être rejetée.

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

c) Bien que la défenderesse obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la

jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où 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 K. _____ contre la Caisse de pension L. _____ est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Muriel Vautier, avocate (pour K. _____),
- Caisse de pension L. _____,
- 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 :