

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 10 novembre 2022

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], demandeur, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

O. _____, à [...], défenderesse.

Art. 23 let. a LPP

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en [...], a travaillé en qualité de chauffeur-livreur pour la boulangerie [...] (aujourd'hui : [...]). A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de [...] (aujourd'hui : O._____ ; ci-après : la défenderesse).

Le 10 février 2007, l'assuré a fait une chute dans les escaliers et s'est réceptionné sur les fesses. Il a présenté par la suite des lombalgies, un trouble statique et des discopathies dégénératives étagées. Il a séjourné du 25 septembre au 31 octobre 2007 à P._____ (ci-après : P._____), où les médecins ont posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (rapport du 22 novembre 2007). L'évaluation psychiatrique faisait ressortir la nécessité d'un suivi, lequel a été mis en place auprès de U._____.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) le 5 mars 2008, invoquant une hernie discale.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office AI s'est procuré une expertise pluridisciplinaire établie le 24 juillet 2008 par les Drs R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie, de la Clinique Z._____ à Genève (ci-après : la Clinique Z._____) à la demande de l'assureur perte de gains de l'employeur de l'assuré. Retenant les diagnostics incapacitants de lombopseudo-sciatalgies gauches chroniques et de discopathies lombaires étagées ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de possibles troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ainsi que de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, les experts ont considéré que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle mais une pleine exigibilité dans une activité adaptée ménageant le dos.

Par décision du 27 janvier 2009, l'Office AI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité, estimant qu'il disposait, dès le 1^{er} décembre 2007, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, pas de port de charges supérieur à 10 kg, pas de porte-à-faux du rachis, alternance des positions).

b) Le 2 juillet 2009, l'assuré a adressé à l'Office AI une nouvelle demande de prestations. Par décision du 20 mars 2012, l'office a refusé d'allouer ses prestations, faute de pièces médicales propres à objectiver une aggravation de son état de santé.

c) L'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations le 3 février 2015, invoquant une atteinte psychique présente depuis 2013.

Par décision du 24 septembre 2015, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande au motif que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

d) Le 7 mars 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, se prévalant d'une atteinte psychiatrique existant depuis 2009. Dans ce cadre, il a produit plusieurs rapports médicaux.

Dans un avis du 15 novembre 2017, le Dr C._____, spécialiste en néphrologie, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, a estimé qu'au vu des documents produits, une péjoration globale de l'atteinte à la santé de l'assuré était plausible et justifiait de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Par courrier du 5 avril 2018, l'assuré a demandé la réévaluation des résultats de l'expertise effectuée par la Clinique Z._____ en 2008. L'Office AI a accepté, par courrier du

16 octobre 2018, de procéder à un nouvel examen du dossier sous l'angle de la révision procédurale.

Mandatée par l'Office AI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie), les praticiens de Q._____ (ci-après : Q._____) ont rendu leur rapport le 19 novembre 2019 sous la plume des Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, spécialiste en rhumatologie, et Mme S._____, neuropsychologue. Ces experts ont posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques, non spécifiques, de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, évolution torpide d'un syndrome de stress post-traumatique, et de trouble panique. Aux limitations physiques retenues (pas d'activité physiquement lourde, pas de port de charge lourde régulier, pas de mouvement en porte-à-faux du tronc, positions de travail alternées), s'ajoutait le constat de l'incapacité de l'assuré à entreprendre une activité de manière spontanée, à s'organiser et à planifier ses tâches ; des problèmes relationnels (hostilité et irritabilité) rendaient en outre l'intéressé inapte à vivre et/ou à entretenir des relations, à s'insérer dans un groupe ainsi que dans une structure hiérarchique, ou à supporter des contraintes socioprofessionnelles, même minimales. Sur ce point les experts ont relevé que l'accident de travail de 2007 avait réactualisé un état de stress post traumatique. La prise en charge par U._____ en 2008 avait offert une évolution favorable avant que l'état psychique se dégrade à nouveau en 2014. Depuis lors, les ressources de l'assuré semblent totalement dépassées, avec un enlèvement dans un tableau douloureux chronique et une incapacité à communiquer avec autrui. Ils ont retenu une capacité de travail nulle dans toute activité tout en précisant ce qui suit :

« Concernant la datation de l'incapacité de travail, les experts tiennent à souligner qu'il est très difficile de se prononcer sur une capacité de travail sur une période aussi longue (plus de 10 ans puisqu'invalidation de l'expertise antérieure), ce d'autant qu'il s'agit comme ici d'une pathologie psychiatrique prédominante. Notre évaluation se base sur la documentation médicale à disposition. Considérant que les psychiatres U._____ ont classé le diagnostic d'état de stress post traumatique dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, évaluation confirmée par le

Dr B. _____ lors du séjour à P. _____ en 2007, que l'évolution est décrite comme favorable avec interruption du suivi en 2011, nous suivons cet avis, et estimons que l'assuré avait à cette époque du fait de ressources encore suffisantes une capacité de travail entière. En 2014, la situation psychique s'est dégradée nécessitant la reprise d'un suivi spécialisé. La documentation médicale depuis cette date ne comporte qu'un unique rapport psychiatrique. Nos constatations actuelles nous font conclure à une incapacité de travail totale. Nous datons donc l'incapacité de travail totale à l'aggravation annoncée en 2014 ».

Par décision du 5 juin 2020, l'Office AI a fixé le montant du droit à la rente d'invalidité de l'assuré pour la période à partir du 1^{er} juillet 2020, une décision relative à la période du 1^{er} août 2015 au 30 juin 2020 devant intervenir ultérieurement. Dans un courrier accompagnant sa décision, l'Office AI a indiqué considérer que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2014 de sorte que la décision de non-entrée en matière rendue le 24 septembre 2015 devait être révisée.

Par décision du 13 janvier 2021, l'Office AI a fixé le montant du droit à la rente d'invalidité de l'assuré pour la période du 1^{er} août 2015 au 30 juin 2020.

e) Un recours a été déposé contre la décision du 5 juin 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 24 juin 2020 (cause AI 193/20).

Par arrêt du 9 décembre 2021, la Cour de céans a rejeté ledit recours (arrêt CASSO AI 193/20 - 395/2021) au motif que l'intéressé ne se prévalait d'aucun élément médical objectif mettant en cause l'opinion circonstanciée des médecins de Q. _____ et que, dans ces conditions, il y avait lieu de se rallier à leurs conclusions et de retenir qu'il présentait une incapacité de travail en lien avec ses atteintes psychiatriques depuis le mois de janvier 2014.

B. Par demande du 30 septembre 2021, L. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a ouvert action contre O. _____ et conclu, sous suite de frais et dépens, à la suspension de la procédure jusqu'à droit

connu quant aux prestations allouées par l'Office AI, et à la condamnation de la défenderesse à l'allocation des prestations légales et réglementaires d'invalidité, avec intérêts moratoires dont les montants devaient être calculés à dire de justice. En substance, l'intéressé a fait valoir qu'il ouvrait action « dans le seul but d'interrompre la prescription et d'obtenir des prestations de la part de la défenderesse, avec des intérêts moratoires en [sa] faveur ». Il a également requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 20 octobre 2021, le juge instructeur a accordé à L. _____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 septembre 2021.

Dans sa réponse du 27 décembre 2021, O. _____ a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Il apparaissait que la défenderesse n'était pas compétente pour le versement de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle en raison de l'absence d'un lien de connexité matérielle et temporelle, au sens de l'art. 23 let. a LPP, entre l'incapacité de travail survenue pendant le temps de couverture et l'invalidité ultérieure. L'atteinte invalidante étant un trouble psychiatrique n'ayant entraîné aucune incapacité de travail pendant le temps de couverture auprès de la défenderesse, le lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail intervenue pendant le temps de couverture en février 2007 et l'invalidité à partir d'août 2015 faisait défaut. Par ailleurs, le demandeur présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée au plus tard à partir de décembre 2007 et jusqu'en décembre 2013 (dès janvier 2014, une incapacité de travail étant reconnue en raison de la péjoration de son état psychique), ce qui excluait un lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail intervenue pendant le temps de couverture en février 2007 et une invalidité intervenue au plus tôt en 2015 [recte : 2014].

Dans sa réplique du 11 février 2022, L. _____ a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de demande du 30 septembre 2021. De son point de vue, la Dre G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue V. _____ s'accordaient, dans leur

rapport médical du 3 décembre 2008, sur le fait que la chute du 10 février 2007 avait réactivé un état de stress post-traumatique. Il était donc indéniable que la condition du lien de connexité matérielle était remplie. Enfin, le demandeur avait toujours travaillé assidûment. Les pièces médicales versées au dossier de l'Office AI établissaient qu'il n'avait jamais recouvré une capacité entière de travail, ni même une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé. Les experts de Q. _____ n'excluaient pas que le début de l'incapacité de travail du demandeur soit antérieure à 2014. Force était donc d'admettre que la connexité temporelle était également donnée.

Dans sa duplique du 8 mars 2022, O. _____ a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de l'art. 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) relatifs à l'action de droit administratif. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente conformément à l'art. 93 al. 1 let. c LPA-VD.

En l'occurrence, l'action du demandeur est recevable.

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. Il porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue pendant la période au cours de laquelle le demandeur était affilié auprès de la défenderesse.

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'assurance-invalidité, 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) 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 138 V 176 consid. 5.3 ; 115 V 103 consid. 4b).

c) 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 144 V 72 consid. 4.1 ; 138 V 409 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 loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; 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).

d) 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 lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente dans l'assurance-invalidité, mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.1 ; 123 V 262 consid. 1b).

e) 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 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 138 V 409 consid. 6.2 ; 123 V 262 consid. 1a).

f) 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 138 V 409 consid. 6.2 ; 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 (ATF 138 V 409 consid. 6.2).

En cas d'invalidité due à une atteinte à la santé psychique, cela implique, comme pour une atteinte à la santé physique, que celle-ci se soit déjà manifestée pendant la période de couverture de prévoyance et qu'elle ait influencé l'évolution de l'état de santé de manière reconnaissable (ATF 134 V 20 consid. 3.2 ; TF 9C_158/2018 du 19 décembre 2018 consid. 2).

g) 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 (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 134 V 20 consid. 3.2.1). Pour constater l'existence ou non d'un lien de connexité temporelle, la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, adaptée à l'atteinte à la santé, est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). Il y a interruption de ce lien si la personne assurée a recouvré, dans une telle activité, une capacité de travail de plus de 80 % (ATF 144 V 58 consid. 4.5) et que cette capacité de travail lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; TF 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2).

h) 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 (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

4. **a)** Dans sa teneur en vigueur en 2007 – applicable au moment des faits déterminants – l’art. art. 22 al. 1 du règlement de prévoyance de la défenderesse prévoyait qu’avaient 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 pour autant qu’elles ne soient pas déjà au bénéfice de prestations de vieillesse de la Fondation. »

b) Aux termes de cette disposition, qui reprend explicitement la définition de l’assurance-invalidité, et comme vu ci-dessus (cf. consid. 3c *supra*), la défenderesse est liée 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.

5. **a)** Pour que la défenderesse soit tenue de prester, il faut que l’incapacité de travail dont la cause est à l’origine de l’invalidité soit survenue au cours des rapports de prévoyance.

D’après les pièces au dossier de l’Office AI, le demandeur a été affilié auprès de la défenderesse jusqu’au 31 juillet 2008, date de la fin de ses rapports de travail. La couverture d’assurance s’est toutefois étendue jusqu’au 31 août 2008 (cf. art. 10 al. 1 et 3 LPP).

b) Dans la décision du 5 juin 2020, laquelle a été confirmée ensuite par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 9 décembre 2021, l’Office AI a retenu que le demandeur avait disposé d’une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de décembre 2007 à décembre 2013, avant de présenter une incapacité totale de travail à compter de janvier 2014, date de la péjoration de son état psychique. Dès le 1^{er} août 2015, soit six mois après le dépôt de la demande auprès de l’Office AI, le droit à une rente entière a été reconnu sur la base d’un taux d’invalidité de 100 %.

c) Contrairement à ce que soutient le demandeur, il n'est pas possible de retenir que l'atteinte psychique qui a entraîné l'incapacité totale de travailler à compter de janvier 2014 soit survenue au cours de la période durant laquelle il était affilié auprès de la défenderesse. Rien au dossier n'indique qu'il ait présenté, au moment où la couverture d'assurance a pris fin, des limitations de nature psychique à l'origine - à tout le moins partiellement - d'une incapacité de travail. Comme retenu dans l'arrêt du 9 décembre 2021 (AI 193/20 - 395/2021), les rapports médicaux des 22 novembre 2007 de P._____ et des 26 juin 2008, 3 décembre 2008 et 22 novembre 2011 de U._____ contiennent une description précise des troubles psychiques du demandeur sans qu'ils aient été qualifiés d'invalidants. Plus spécifiquement, le rapport du 3 décembre 2008 invoqué par le demandeur dans le cadre de la présente cause fait certes état du diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais celui-ci a été classé par les psychiatres U._____ dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, évaluation confirmée par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lors du séjour à P._____ en 2007. Si, dans son rapport du 27 mars 2015, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a relevé que les atteintes psychiatriques préexistaient à leur première rencontre en février 2014, il ne s'est pas déterminé quant à la date à partir de laquelle il estimait que ces atteintes auraient déployé des effets sur la capacité de travail de son patient. Le rapport médical du 1^{er} mai 2020 du Dr J._____ fait quant à lui état d'une incapacité de travail apparue en 2008 pour des raisons physiques et psychiques, sans expliciter les raisons fondant son appréciation, ni détailler quels seraient les effets des atteintes constatées sur la capacité de travail, alors même que dans un précédent rapport plus détaillé du 6 février 2017, ce praticien avait posé le diagnostic d'état anxieux dépressif apparu en 2015, ce qui laisse à penser que, pour ce médecin également, les atteintes psychiques n'ont pas d'emblée déployé un effet invalidant. C'est dans ce cadre que la Cour de céans a retenu qu'aucun élément médical objectif ne permettait de remettre en cause l'opinion circonstanciée livrée le 19 novembre 2019 par les médecins de

Q._____ et qu'il y avait lieu de se rallier à leurs conclusions pour retenir que le demandeur a présenté une incapacité de travail en lien avec ses atteintes psychiatriques depuis le mois de janvier 2014, date de la reprise d'un suivi spécialisé consécutif à la dégradation de son état psychique. Cet arrêt n'a pas été contesté, de sorte qu'il est entré en force.

Dès lors que l'atteinte à la santé psychique à l'origine de l'invalidité n'a pas entraîné d'incapacité de travail durant l'affiliation, la problématique somatique était seule en avant durant cette période, quoi qu'en dise le demandeur, de sorte que le lien de connexité matérielle fait défaut et que, partant, la pathologie psychique ne saurait fonder un droit à des prestations d'invalidité à charge de la défenderesse.

d) Par surabondance, il y a lieu de constater que la connexité temporelle devrait, en tout état de cause, être tenue pour interrompue, au regard des critères posés par la jurisprudence. En effet, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a été reconnue dès décembre 2007, durant le rapport d'affiliation, jusqu'à décembre 2013 et rien ne laisse à penser qu'il ait été substantiellement limité dans sa capacité de travail d'un point de vue psychique au cours de sa période d'affiliation. L'incapacité de travail invalidante n'est intervenue qu'en janvier 2014 en raison de la péjoration de son état de santé psychique, et le demandeur n'a repris un suivi psychiatrique qu'à partir de ce moment.

6. Il faut conclure que le demandeur n'a droit à aucune prestation d'invalidité à charge de la défenderesse, rien ne permettant de s'écarter de la décision de l'assurance-invalidité en ce qui concerne la date du début de la survenance de l'évènement assuré.

7. **a)** Eu égard à ce qui précède, la demande formée par L._____ doit être rejetée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP), ni d'allouer des dépens à la partie demanderesse, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de

l'art. 109 LPA-VD). La partie défenderesse, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

c) La partie demanderesse est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Son conseil peut prétendre à une équitable indemnité pour les opérations conduites dans le cadre de son mandat d'office. Après examen de la liste de ces opérations, communiquée le 22 mars 2022 par Me Duc, il convient d'arrêter l'indemnité à 257 fr. 30, débours et TVA compris, en application du tarif horaire de 110 fr. pour les opérations effectuées par son avocat-stagiaire (soit 1 heure et 55 minutes) (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie demanderesse est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. La demande déposée le 30 septembre 2021 par L. _____ contre O. _____ est rejetée.

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

III. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de L._____ est arrêtée à 257 fr. 30 (deux cent cinquante-sept francs et trente centimes), débours et TVA compris.

VI. 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 de l'indemnité de son 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 :

- Jean-Michel Duc (pour L._____),
- O._____,
- 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 :