

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 18 novembre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

Mmes Röthenbacher et Pasche, juges

Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], demandeur, représenté par Me Karim Hichri du Service juridique d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], défenderesse.

---

**Art. 23 LPP**

## **E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en [...], titulaire d'un CFC d'horloger praticien délivré le [...] par l'A.\_\_\_\_\_, au [...], travaillait en qualité d'horloger au sein de la cellule « Emboitage » de la société H.\_\_\_\_\_ SA, à l'[...]. L'activité était déployée dans la manufacture de l'entreprise sise à l'[...], du 1<sup>er</sup> novembre 2011 au 31 juillet 2013. L'assuré était à ce titre assuré pour la prévoyance professionnelle par la fondation C.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Caisse ou la défenderesse).

Le 24 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente) en raison d'une affection psychique (maladie) justifiant une incapacité de travail de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2013. Sous la rubrique « 6.3 Médecin, hôpital ou centre de soins » du formulaire, l'assuré a notamment indiqué qu'il consultait la « Dr. T.\_\_\_\_\_, [...], [...], [...] », médecin psychiatre, en raison d'une affection psychique en traitement depuis 2014 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 22 mai 2017 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, également l'office AI), le Dr K.\_\_\_\_\_, généraliste, médecin traitant depuis 2000, n'a pas mentionné de diagnostics. Sur ce point, il renvoyait auprès de la psychiatre consultée par l'assuré en indiquant un suivi depuis 2012 à l'« Unité psychiatrique » du CHUV par la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son anamnèse, le Dr K.\_\_\_\_\_ a écrit que « le patient semble avoir développé, progressivement depuis 2010-2011, un épuisement lié au stress professionnel n'arrivant pas à affronter la charge d'un travail épuisant. Petit à petit s'installe une sensation de mal-être, de ne plus être à sa place à son travail, d'avoir de la difficulté à s'exprimer et des problèmes de contact avec son entourage professionnel ». Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans la profession d'horloger praticien depuis juillet 2013, avec la

précision que les limitations fonctionnelles (capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que résistance limitées selon l'état émotionnel) existaient depuis 2012. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle possibles, le médecin traitant renvoyait auprès de la psychiatre, avec la précision qu'en consultation, l'assuré avait fait part de son souhait de poursuivre une formation de coach en fitness.

Dans un rapport du 3 juillet 2017 à l'OAI, les Dres J.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante, de l'Unité de réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire au CHUV, ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble schizotypique (F21 ; depuis janvier 2015), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.15 ; depuis des années) ainsi que d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 ; depuis janvier 2015). Les diagnostics de trouble digestif chronique sous forme de flatulences et de selles défaits depuis dix ans ainsi que de status post carence vitaminique, substituée depuis 2016, ont été retenus sans répercussion sur la capacité de travail. Dans leur anamnèse, ces psychiatres ont fait part d'un traitement de l'assuré au sein de l'Unité de réhabilitation datant d'avril 2016. La première consultation en psychiatrie remontait à janvier 2015, à la demande de la mère de l'intéressé inquiète par le discours de son fils (grandes théories philosophiques, idées arrêtées sur les choses de la vie), devenu végétarien et défenseur de la cause animale depuis peu rappelant celui d'un oncle souffrant d'un trouble bipolaire ainsi qu'au vu du manque d'activité professionnelle depuis environ huit mois. L'assuré avait bénéficié d'une prise en charge dans le cadre du « DP-CHUV, Service de psychiatrie communautaire au sein de l'équipe SIM (suivi intensif dans le milieu) durant un année » auprès de la Dre E.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique de cette équipe. Durant ses trois années passées chez H.\_\_\_\_\_, l'assuré se plaignait de la monotonie du travail et du stress, évoquant que cela n'était pas une vie pour lui, et qu'il avait décidé de faire une année sabbatique à la suite du refus de sa hiérarchie de lui accorder un aménagement de poste de travail ainsi

qu'une augmentation de salaire, ce qu'il pensait lui être dû. Il vivait difficilement son célibat chronique (importants complexes physiques concernant sa taille et sa pilosité l'interrogeant et l'empêchant de pouvoir nouer une relation affective), passait ses journées à faire du fitness et s'occupait également par une activité illégale qu'il ne souhaitait pas préciser. Retenant un pronostic défavorable quant à une reprise de travail dans la première économie, la psychiatre traitante a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dans la profession habituelle d'horloger depuis septembre 2016, sans aucune activité possible au vu des restrictions fonctionnelles (à savoir, lenteur, blocage, erreurs, abandon du poste de travail, absentéisme, endurance faible, rendement diminué, difficulté à tenir un rythme régulier, risque potentiel de décompensation psychotique et/ou dépressive lors d'un stress important et constant). Il convenait de poursuivre le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) avec l'essai de l'introduction d'une médication antidépressive moyennant l'accord du patient ainsi que de travailler sur la motivation de l'assuré à effectuer un travail sur sa dépendance au cannabis.

Sollicité pour avis, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), par la Dre X.\_\_\_\_\_, a estimé que si l'assuré était en incapacité de travail depuis probablement 2014 en raison d'une atteinte psychiatrique jugée sévère par sa psychiatre traitante, il était néanmoins difficile de suivre les conclusions d'une incapacité de travail quasi définitive chez ce très jeune homme dont le début de parcours était sans problèmes ; un second avis médical était dès lors demandé sous la forme d'une expertise psychiatrique (avis du 26 février 2018).

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée à la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui s'est entretenue le 28 septembre 2018 avec l'assuré. Dans son rapport du 11 janvier 2019, l'experte a diagnostiqué un trouble de la personnalité mixte sévère (schizotypique, obsessionnelle et évitante [F61.0]) incapacitant ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.25) sans incidence sur la

capacité de travail. Sous la rubrique « I CIRCONSTANCES DE L'EXPERTISE - *Raison de la demande* » de son rapport, elle a indiqué que « l'expertisé est en arrêt maladie à 100% depuis juillet 2013 pour une décompensation psychiatrique qui a nécessité à cette même période un suivi psychiatrique au sein de la consultation ambulatoire de [...] (CHUV) ». Pour l'établissement de son anamnèse, l'experte s'est basée sur les rapports médicaux précités jusqu'au jour de son examen. En page 4, son rapport indiquait que le suivi psychiatrique avait débuté en 2016 au CHUV. A la page suivante, sous la rubrique « IV SCOLARITÉ/FORMATION PROFESSIONNELLE » du rapport, il était noté en particulier ceci :

“De novembre 2011 à juillet 2013, avec l'aide d'une agence de placement, l'expertisé a travaillé pour l'entreprise H.\_\_\_\_\_ (H.\_\_\_\_\_ SA) en qualité d'horloger au sein du secteur Emboitage. Il a fait preuve de sérieux, de fiabilité et d'esprit d'équipe (bonne entente avec ses supérieurs et ses collègues). Il a décidé de quitter de lui-même ce travail. L'expertisé décrit l'entreprise comme étant exigeante avec beaucoup de contraintes. Il ajoute : « Les contraintes de l'univers de production étaient dommageables pour moi. [Ç]a a failli bousculer ma santé. Le stress de cette entreprise était nuisible, avec un salaire qui n'était pas attrayant ». [...] Selon lui, il était en dépression à cette période et a choisi de ne pas en parler à son médecin et ajoute : « je refoulais parce que les médecins ne pouvaient pas m'aider et j'avais l'espoir que ma situation allait s'améliorer ». L'expertisé laisse entrevoir quelques gestes brefs d'agacement sur cette période de travail qu'il a occupée. Mes questions tournaient autour de son sentiment de colère. L'expertisé répond : « Je suis tout le temps en colère et j'arrive à contrôler la colère et j'arrive à prendre de la distance car personne n'est responsable de ma souffrance et personne n'a la responsabilité de m'aider.”

En page 14 de son rapport, à la rubrique « XII EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE », la Dre Q.\_\_\_\_\_ a retenu que la première décompensation psychiatrique remontait en 2013, sous la forme d'une décompensation de l'humeur telle que retrouvée dans les rapports de 2017 établis par le Dr K.\_\_\_\_\_. Il était noté que l'assuré était en arrêt maladie avec une incapacité de travail totale. Un peu plus loin, l'experte a indiqué que, très certainement à cette période, c'est-à-dire en 2013, il existait des signes avant-coureurs. A son avis, la seule expérience en termes de santé et de suivi psychiatrique de l'assuré remontait à 2016 avec la Dre T.\_\_\_\_\_. Pour toute conclusion, l'experte psychiatre a indiqué qu'après une première décompensation en 2013, avec un arrêt

maladie cette année-là, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 30 % (à savoir, trois heures de travail sur quatre jours) et ce depuis le jour de l'évaluation le 28 septembre 2018.

Sollicité pour avis, le SMR, par le Dr N.\_\_\_\_\_, a, au terme de la discussion du cas en permanence psychiatrique, exposé le 14 mai 2019 que l'expertise psychiatrique de la Dre Q.\_\_\_\_\_ recoupait les observations du rapport des psychiatres traitants dès lors que son anamnèse démontrait que le trouble à la santé n'était que partiellement incapacitant depuis l'adolescence, voire l'enfance. En 2013, l'experte distinguait un premier épisode de décompensation en s'appuyant sur le rapport peu circonstancié du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant. De l'avis du médecin du SMR, si cette position était peu étayée par des faits médicaux, elle demeurerait plausible eu égard à la sévérité du trouble ainsi qu'à l'anamnèse. A partir de 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_ a noté une péjoration documentée de l'humeur s'accompagnant d'une exacerbation de certains traits pathologiques de la personnalité qui avait conduit les parents de l'expertisé à demander une prise en charge psychiatrique ; le constat médical établi durant cette période justifiait une incapacité de travail totale, selon le rapport de juillet 2017 des spécialistes du CHUV. Depuis la fin 2018, tenant compte de certaines ressources déployées, l'experte retenait une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 30 % au jour de son expertise.

Faisant part de ses objections à l'encontre d'un projet du 4 juin 2019 d'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017 qui retenait une incapacité de travail de l'assuré depuis 2013, la Caisse a, par courrier du 4 juillet 2019, notamment écrit ce qui suit à l'OAI :

“Madame, Monsieur,

Nous accusons réception de la décision mentionnée ci-dessus ainsi que du dossier complet que vous nous avez transmis. Suite à l'étude du dossier de Monsieur B.\_\_\_\_\_, nous pouvons relever les points suivants :

- Monsieur B.\_\_\_\_\_ a quitté l'entreprise pour laquelle il était affilié auprès de la C.\_\_\_\_\_ en date du 31 juillet 2013 ;

- Selon les informations reçues de son employeur, Monsieur B. \_\_\_\_\_ n'a eu que 9 jours d'absence en 2012 et 5 en 2013, dont 2 en janvier et 2 en mars. Il avait donc sa pleine capacité de travail à la date de la démission ;
- Vous reprenez une incapacité de travail dès le mois d'août 2013, sur la base « d'un rapport peu circonstancié du médecin traitant » selon les termes du rapport du SMR du 14 mai 2019. Ce médecin indique d'ailleurs dans son rapport une IT [incapacité de travail] à 100% à partir de juillet 2013, alors que l'employeur ne mentionne aucune absence pour ce mois ;
- Dans le rapport du SMR, il est également indiqué une péjoration documentée à partir de janvier 2015 ;
- Selon le rapport de l'unité de réhabilitation du CHUV, Monsieur B. \_\_\_\_\_ a quitté son emploi pour faire une année sabbatique qu'il occupe en faisant du fitness et une activité illégale. Ce n'est qu'à partir de janvier 2015 qu'il consulte en psychiatrie. L'IT à 100% est attestée depuis septembre 2016. [...] ”

Au vu de l'absence d'incapacité de travail chez l'employeur et de la première consultation psychiatrique qui datait de janvier 2015, avec une incapacité de travail attestée depuis 2016, soit plus de trois ans après la sortie de l'assuré, la Caisse estimait ne pas être tenue d'intervenir en tant qu'institution de prévoyance du deuxième pilier.

Après avoir recueilli un avis juriste du 23 septembre 2019 prenant position sur le courrier de contestation précité, l'OAI a interpellé la Dre Q. \_\_\_\_\_ qui a rendu un complément d'expertise le 7 novembre 2019. On en extrait ce qui suit (*sic*) :

**“Réponses aux questions :**

- 1) Estimez-vous dès lors que le début de l'incapacité de travail durable correspond à 2013 (soit dès janvier 2013) ou qu'il intervient courant 2013 auquel cas depuis quel mois/date et avec quel(s) taux ?**

Le début de l'incapacité de travail durable correspond à juillet 2013.

- 2) Suivez-vous le médecin traitant qui mentionne juillet 2013 et une incapacité de travail de 100% ? Et pour quelle raison ?**

Le rapport du Docteur K. \_\_\_\_\_ date du 22 mai 2017 et pour lequel effectivement il atteste d'une incapacité de travail à 100%. En effet la crise date du mois de juillet 2013 et pour lequel je suis totalement d'accord.

**3) Vous évoquez à la fois la fin de son contrat de travail au 31 juillet 2013 et une décompensation ayant nécessité à cette même période un suivi psychiatrique au CHUV. Or, ledit suivi n'a pas été entamé avant janvier 2015, sur l'initiative de la mère de l'assuré, soit seulement ultérieurement à sa démission de chez H. \_\_\_\_\_ SA. Nous ignorons dès lors ce qui selon vous déterminent le début de l'incapacité de travail :**

Entre juillet 2013 jusqu'au suivi crise au CHUV auprès de la Doctoresse T. \_\_\_\_\_, votre assuré devait être en incapacité totale. Je rappelle que le suivi crise au DP CHUV, ne peut pas s'étendre au-delà de maximum 5 séances étant donné qu'il s'appelle suivi crise auquel cas par la suite le suivi e[s]t relayé à la consultation ambulatoire de [...].

Votre assuré, a donc une incapacité de travail de 100 % entre juillet 2013 jusqu'au moment de la consultation par mes soins au mois de septembre 2019. Entre-temps, à la lecture du CD-ROM adressé la toute première fois, je n'ai retrouvé aucune mesure de réadaptation qui nous permet également de renforcer l'incapacité de travail à 100%.

Il est vrai que votre assuré a décompensé en 2013 tenant compte des appréciations du médecin psychiatre assistant, la Doctoresse T. \_\_\_\_\_ met en parallèle il ne s'agit pas d'un suivi continu pour se permettre de penser est-ce que c'est une crise à un facteur extérieur ou est-ce que c'est une crise tenant compte du parcours de votre assuré. La décompensation de 2013 fait que votre assuré était âgé de 26 ans. Les décompensations psychiques tenant du spectre psychotique se fendent, en général, autour des 18 maximums 20 ans.

Là où vous avez raison, tenant compte de mes cours SIM [Swiss Insurance Medicine], nous ne pouvons pas décréter une capacité de travail le jour de l'évaluation mais par contre 3 mois après l'évaluation. Ceci pour dire que la capacité de travail que j'ai attesté à 30 % devait respecter 3 mois.

**4) Est-ce la fin de son contrat de travail ? Ou alors plutôt sa démission puisque c'est lui-même qui a décidé cette fin de contrat, laquelle remonterait alors avant fin juillet (puisque'il avait un délai de préavis de 2 mois à respecter selon la capacité totale de travail applicable, soit au plus tard fin mai 2013 ? Ou bien le moment - clé est-il le début du suivi psychiatrique lequel débute seulement en janvier 2015 ?**

La décompensation vécue en 2013 ne relève ni de la fin de son contrat ni de la démission. Les circonstances de décompensation sont ailleurs. C'est ce que je signifiais à la question 3, nous ne pouvons pas prédire d'une crise unique qui est liée à un facteur extérieur ou une crise existentielle liée aux traits de caractère de votre assuré.

Le suivi psychiatrique au DP CHUV suivi crise remonte en 2015 et certainement pas du gré de votre assuré. Il est soutenu par sa mère.

En effet, ce suivi nous a permis de comprendre le fonctionnement de votre assuré et le fonctionnement de votre assuré n'a rien à voir avec la capacité de travail totale.

**5) Autrement dit, à quel moment de l'anamnèse (par ailleurs détaillée dans le rapport de la psychiatre traitante, la Doctoresse T. \_\_\_\_\_ du 3 juillet 2017, mais non développée dans votre propre rapport), situez-vous la décompensation que vous évoquez ? Marque-t-elle le début de l'incapacité de travail durable ? Comment se manifeste-t-elle (fin du contrat de travail ? Démission ? Début du suivi psychiatrique ?).**

C'est ce que je disais plus haut : mon anamnèse est détaillée tenant compte des éléments approfondis de la lecture du CD-ROM, de l'évaluation. En qualité de médecin psychiatre tenir compte des rapports des différents confrères reste relativement important. J'ai repris toutes les anamnèses rubrique par rubrique afin de décortiquer le travail et de comprendre l'évolution de la maladie de votre assuré.

Pour toute réponse, votre assuré a fait une décompensation d'une crise unique courant 2013 alors qu'il travaillait chez H. \_\_\_\_\_ SA. Cette décompensation unique a nécessité suivi crise au DP CHUV en 2015. Et ce n'est qu'en 2018 que le suivi ambulatoire à [...] (DP CHUV) sera entrepris avec la Doctoresse F. \_\_\_\_\_.

Aujourd'hui, nous sommes face à un assuré qui présente des traits de schizotypique, de schizoïde, de comportement évitant avec un schéma d'incompétence et sans aucune médication. On ne peut pas effectivement obliger un assuré à prendre une médication psychotrope par contre on peut agir en fonction de son choix.

Le changement des différents médecins assistant du DP CHUV ne facilite pas le travail dans la méconnaissance profonde des éléments anamnétiques médicaux de votre assuré. Aujourd'hui, il ne prend pas sa médication et il ne souhaite pas prendre une médication. Par contre, il présente une addiction à la consommation de cannabis. Cette consommation de cannabis est, en effet, secondaire aux traits de personnalité afin de contenir des anxiétés.

Est-ce que cela est suffisant pour tenir compte d'une incapacité de travail totale ou est-ce que tout simplement tenant compte de ce passé maladif unique pour prétendre à une incapacité de travail total ?

Votre assuré est jeune, il serait nécessaire de pouvoir amorcer ne serait-ce qu'un bout de réadaptation pour avoir la preuve réelle d'une incapacité totale ou est-ce que tout simplement on peut prétendre à une capacité de travail à 30 % maximum 50 %."

Après avoir recueilli un nouvel avis juriste (« Compte rendu de la permanence juriste du 12 novembre 2019 »), l'OAI a rendu un nouveau projet de décision d'octroi de rente du 15 novembre 2019, remplaçant

celui du 4 juin 2019. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail durable depuis juillet 2013 et que sa capacité de travail actuelle était de 30 % dans un milieu protégé. Une rente basée sur un degré d'invalidité de 70 % aurait pu être allouée à l'assuré dès juillet 2014, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. Toutefois, dès lors qu'il avait déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 24 mars 2017, les prestations ne pouvaient être versées qu'à partir de septembre 2014, soit après l'écoulement d'un délai de six mois depuis le dépôt de la demande. L'OAI a par conséquent alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Ce projet a ensuite été confirmé par décisions des 21 février et 1<sup>er</sup> avril 2020.

**B.** Par courrier du 5 mai 2020, B.\_\_\_\_\_ a requis de la Caisse des prestations d'assurance, lesquelles lui ont été refusées le 25 mai 2020.

Le 27 octobre 2020, la Caisse a confirmé au conseil de l'assuré, Me Karim Hichri, que sa position était définitive sans réexamen du dossier envisagé. Il était manifeste que le début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité de l'intéressé avait été fixée de manière totalement arbitraire par l'OAI de sorte que la Caisse n'était pas liée par la décision du 21 février 2020 de cet office et n'avait donc aucun intérêt à recourir à son encontre.

**C. a)** Par acte du 17 août 2021, B.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil, a déposé une demande devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal tendant à ce que la C.\_\_\_\_\_ soit condamnée à lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, et une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, ainsi qu'à instruire la cause sous l'angle médical afin de déterminer le degré d'invalidité à retenir depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Indiquant qu'il n'existait aucun rapport médical susceptible d'établir son incapacité de travail à hauteur de 20 % au moins et de manière durable directement avant son engagement auprès de la société H.\_\_\_\_\_ SA, le demandeur a allégué qu'il était incapable de travailler de juillet 2013, date

de sa mise en arrêt maladie en raison d'une fatigue inhabituelle et d'une incapacité à affronter le stress, à septembre 2019, et ce de manière discontinue. Une capacité résiduelle de travail était par la suite admise dans un environnement protégé, respectivement sur le marché secondaire de l'emploi. Le fait qu'il avait travaillé au-delà du 31 juillet 2013 se comprenait uniquement en tant qu'une tentative de reprise du travail qui ne pouvait pas constituer une rupture du lien de causalité temporel. Dès lors qu'il demeurait assuré un mois après la fin des rapports de travail, le début de l'atteinte à la santé en juillet ou en août 2013 n'avait pas d'importance. Le demandeur était d'avis que l'OAI s'était livré à une instruction complète dont les rapports médicaux ainsi que l'expertise recueillis, concluaient tous à une incapacité de travail pour des troubles psychiatriques débutant en juillet/août 2013, et que cette incapacité avait perduré depuis lors. Le droit à une rente de l'assurance-invalidité était ouvert depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 décembre 2018. L'étendue des prestations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, compte tenu du délai de trois mois applicable en vertu de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), de l'expertise de septembre 2018 et de la capacité de travail résiduelle retenue par l'experte, pouvait rester indéterminée dans le cadre de la présente demande. La Caisse était en effet tenue d'instruire le cas sous l'angle médical afin de déterminer si une rente entière d'invalidité, ou d'un degré inférieur, devait être allouée au vu de la divergence d'avis entre l'experte et le SMR sur la capacité de travail résiduelle et/ou de l'éventuelle instruction lacunaire de l'OAI sur ce dernier point.

**b)** Par réponse du 16 septembre 2021, la défenderesse a pris les conclusions suivantes :

- “1. Débouter M. B. \_\_\_\_\_ de l'ensemble de ses conclusions ;
2. Mettre les frais de procédure à la charge de celui-ci ;
3. Dans l'hypothèse où les conclusions du recourant devaient être admises et qu'il devait être considéré que la C. \_\_\_\_\_ est redevable du versement d'une rente AI en faveur de ce dernier, il est conclu à ce que celle-ci soit versée avec un intérêt

moratoire de 1% - et non 5% comme requis par le recourant - ainsi que le prévoit l'avenant au Règlement d'assurance de la C.\_\_\_\_\_ et ce à partir du jour du dépôt de la demande en justice (et non depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017, resp. 1<sup>er</sup> janvier 2019).”

Elle a observé en premier, sur la base de l'extrait du compte individuel (CI) AVS qu'elle a produit en cause, que les rapports de travail du demandeur avaient été résiliés au 31 juillet 2013, sans engagement par un nouvel employeur intervenu le mois suivant, de sorte qu'il était resté assuré auprès d'elle jusqu'au 31 août 2013 pour les risques de décès et d'invalidité. Sans rediscuter l'invalidité « actuelle » du demandeur, ni son droit à une rente d'invalidité selon le taux de celle-ci fixé par l'OAI, la Caisse contestait en revanche être tenue de prendre en charge ces prestations, au motif que le début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité du demandeur fixé par cet office était non seulement manifestement inexact, mais totalement arbitraire. Même dans l'hypothèse où la décision lui avait été notifiée par l'office AI, ses constatations n'avaient aucun effet contraignant pour l'institution de prévoyance dès lors qu'elles étaient manifestement insoutenables.

Au vu du dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 mars 2017, soit près de trois ans après le début de l'incapacité de travail en juillet 2013 retenue par l'OAI, en se référant à l'arrêt TF I 987/06 du 20 juillet 2007, la Caisse ne s'estimait pas liée par les constatations de l'OAI. Ensuite, elle a constaté que le demandeur n'avait pas été en mesure de fournir un rapport médical datant de juillet/août 2013, mais qu'il invoquait le rapport du 22 mai 2017 de son médecin traitant (le Dr K.\_\_\_\_\_) attestant une incapacité de travail de son patient à 100 % dès juillet 2013. S'agissant d'une maladie psychique, ce médecin renvoyait toutefois auprès de la Dre T.\_\_\_\_\_. Or cette dernière rapportait un suivi depuis avril 2016 et auparavant au sein de l'Unité psychiatrique du CHUV depuis janvier 2015 par la cheffe de clinique E.\_\_\_\_\_, posait des diagnostics incapacitants depuis janvier 2015, et attestait d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans la profession habituelle d'horloger depuis septembre 2016, et non en juillet 2013.

De son côté, le médecin-conseil de l'OAI n'avait pas été en mesure de fixer le début de l'incapacité de travail sur la base des rapports médicaux au dossier, indiquant que l'intéressé était en incapacité de travail probablement depuis 2014, demandant un second avis sous la forme d'une expertise psychiatrique qui avait été réalisée le 28 septembre 2018 par la Dre Q.\_\_\_\_\_. L'experte avait retenu que « la première décompensation psychiatrique apparaît en 2013 sous forme d'une décompensation de l'humeur retrouvée dans les rapports de 2017 établis par le Dr K.\_\_\_\_\_ » en indiquant plus loin que « Très certainement à cette époque c'est-à-dire en 2013, il y avait des signes avant-coureurs », mais sans toutefois fournir de précisions sur les symptômes - invalidants ou non -, ni quant au moment précis où ils s'étaient produits. Le changement d'humeur en 2013 n'était qu'une supposition de la part de l'experte qui retenait en outre que la seule expérience en termes de santé et de suivi psychiatrique remontait seulement à 2016 avec la Dre T.\_\_\_\_\_. Finalement, le Service médical de l'assurance-invalidité, dans un avis du 14 mai 2019, avait constaté que l'évaluation réalisée par l'experte reposait sur le rapport peu circonstancié du médecin traitant, était peu étayée par des faits médicaux et plausible. En revanche à partir de 2015, une péjoration de l'humeur avait conduit les parents à demander une prise en charge psychiatrique. Le SMR a ainsi conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré sur la base du rapport médical de juillet 2017 puis à une capacité de 30 % dès la fin 2018 selon l'expertise. Dans ces conditions, les dates retenues pour le début de l'incapacité de travail ne coïncidaient pas, et ceci sans qu'aucun rapport n'attestait d'un début d'incapacité de travail durable au moment où le demandeur était affilié à la Caisse. Les rapports médicaux étaient par contre unanimes sur la date de la première consultation en psychiatrie en janvier 2015 à la suite d'une demande d'aide formulée par la mère de l'intéressé, alors que tous les spécialistes s'accordaient sur une maladie invalidante à partir de cette date, voire seulement en 2016.

L'experte psychiatre indiquait que l'épisode de décompensation qui aurait été vécu en 2013 - ce qui n'avait jamais été attesté - ne relevait ni de la fin du contrat de l'intéressé, ni de sa

démission, les raisons étant ailleurs, excluant donc un début d'incapacité de travail du demandeur durant son affiliation à la Caisse. La Dre Q.\_\_\_\_\_ semblait par ailleurs douter d'une quelconque décompensation survenue en 2013, de tels épisodes ayant selon elle plutôt lieu aux alentours des 18 ans, maximum 20 ans, alors que l'intéressé était âgé de 26 ans en 2013. Cette question pouvait cependant demeurer ouverte en l'absence de document établissant une décompensation invalidante durant l'affiliation, voire que cette décompensation était à l'origine de l'incapacité de travail.

La défenderesse a encore relevé que plusieurs éléments au dossier écartaient de manière claire un début d'incapacité de travail en juillet/août 2013. Ainsi, selon le certificat de travail établi le 11 septembre 2013 par la société H.\_\_\_\_\_ SA (annexe 3 du bordereau de pièces joint au mémoire de réponse), la fiabilité du travail de B.\_\_\_\_\_, sa rigueur et son sens de l'organisation étaient relevés par les membres de la direction de l'entreprise. L'intéressé était également décrit comme responsable, autonome ainsi que serviable et respectueux. Il était aussi fait état de bonnes relations avec ses supérieurs ainsi que ses collègues. Ce certificat de travail excluait l'épuisement lié au stress professionnel et une difficulté à interagir avec les autres, tels qu'évoqués par le Dr K.\_\_\_\_\_. Les restrictions fonctionnelles décrites en 2017 par la Dre T.\_\_\_\_\_ puis en 2019 par la Dre Q.\_\_\_\_\_ en lien avec l'exercice d'une activité lucrative n'étaient manifestement pas présentes lors de l'affiliation, mais apparues ultérieurement. Ce constat était confirmé par le document intitulé « Contrôle d'absence (en bloc) de 01-11-2011 à 01-07-2013 » délivré les 1<sup>er</sup> juillet 2019 et 16 septembre 2021 par la société H.\_\_\_\_\_ SA (annexe 4 du bordereau de pièces joint au mémoire de réponse). Il en ressort en effet que l'intéressé avait manqué cinq jours de travail au cours des sept premiers mois en 2013 dont deux en janvier, deux en mars et un jour en juin 2013, sans aucune absence en juillet 2013. Cela ressortait également du document « récapitulation mensuelle de 01-01-2013 à 31-12-2013 du 16 septembre 2021 » de H.\_\_\_\_\_ SA (annexe 4 du bordereau de pièces joint au mémoire de réponse) selon lequel son collaborateur avait travaillé plus longtemps que ce qu'il ne devait (à savoir, 08h20, 08h29, 08h30 et

même 09h04 par jour au lieu de 08h00) avant la prise de deux semaines de vacances auxquelles il avait droit.

Il ne pouvait être encore occulté le fait que le demandeur, qui se décrivait lui-même comme un anticonformiste un peu en décalage avec la société, avait résilié son contrat de travail au 31 juillet 2013 pour réaliser une année sabbatique qu'il a occupée par la pratique du fitness et une activité illégale (rapport médical du 3 juillet 2017 des Dres J. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, p. 2). Enfin, selon les avis de sortie de H. \_\_\_\_\_ SA adressés à la Caisse les 11 juillet et 20 août 2013 (annexe 5 du bordereau de pièces joint au mémoire de réponse), la fin du contrat de travail n'avait pas eu lieu pour des raisons de santé et l'intéressé n'était pas bénéficiaire d'indemnités de perte de gain.

Aussi, en fixant le début de l'incapacité de travail d'abord en 2013 puis en juillet 2013, l'OAI l'avait fait de manière arbitraire sans tenir compte des avis médicaux et documents en sa possession. Les conclusions de cet office relatives au début de l'incapacité de travail du demandeur étaient par conséquent insoutenables de sorte que la défenderesse n'était pas liée par celles-ci. Cela semblait d'autant plus vrai que tous les médecins consultés par l'OAI avaient estimé que des mesures de réadaptation étaient indiquées, alors que cet office les avait pourtant écartées d'emblée bien que l'intéressé avait indiqué vouloir travailler, et en particulier poursuivre une formation de coach en fitness (rapport médical du 22 mai 2017, p. 3). La défenderesse a observé que de telles mesures étaient envisageables dès lors qu'il était indiqué dans tous les rapports médicaux que le demandeur passait plusieurs heures par jour au fitness.

Enfin, selon le document intitulé « avenant No 1 au règlement d'assurance du 1<sup>er</sup> janvier 2018 » établi le 28 mai 2018 (annexe 6 du bordereau de pièces joint au mémoire de réponse), il ressortait du nouvel article 65 al. 4 du Règlement d'assurance 2018 que l'intérêt moratoire en cas de demeure de la Caisse dans le paiement des prestations était dû à

partir du jour de la poursuite ou du dépôt de la demande en justice, et correspondait au taux d'intérêt minimal selon la LPP qui était de 1 %.

c) Répliquant le 12 octobre 2021, le demandeur a modifié ses conclusions dans le sens que la défenderesse lui octroie une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, le tout avec intérêt à 5 % l'an depuis le 17 août 2021, la défenderesse étant invitée à instruire la cause sous l'angle médical afin de déterminer le degré d'invalidité à retenir depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. En substance, il a maintenu que, pour déterminer le début de l'incapacité de travail, il convenait de se fonder sur les rapports au dossier dont une expertise attestant d'une incapacité de travail datant de juillet/août 2013, et sans qu'il ne ressortait d'aucun rapport une incapacité de travail avant cette période. Il a encore relevé que la défenderesse ne pouvait être suivie en mettant en évidence les différentes dates de la prise en charge par les divers intervenants consultés étant entendu qu'il avait été « forcé » à entreprendre une thérapie qu'il n'avait pas débutée lui-même ; il ne pouvait être conclu à l'absence de la nécessité d'une thérapie auparavant, ni à l'inexistence d'une incapacité de travail avant le début de la prise en charge.

Le demandeur a rappelé que par ailleurs le rapport d'expertise du 11 janvier 2019 datait le début de ladite incapacité de travail à une période (juillet 2013) où il était affilié auprès de l'institution de prévoyance. Il ajoutait que l'experte avait retenu que l'incapacité de travail était totale et continue depuis juillet 2013 au moment de l'expertise ; s'il existait une crise elle était donc continue. Le certificat de travail n'était pas pertinent car il ne pouvait pas être négatif et reflétait la totalité des rapports de travail, de sorte que même si sur la fin le demandeur n'était pas en mesure de rendre un travail adéquat en raison de son état de santé, cela n'était vraisemblablement pas le cas auparavant. Il était par ailleurs inexact de soutenir que l'ensemble des médecins consultés par l'OAI s'étaient prononcés sur la mise en place de mesures de réadaptation, la Dre T.\_\_\_\_\_ estimant que le demandeur n'était plus réinsérable sur la première économie du marché. De même, la

demande d'une formation de coach en fitness comme la pratique de cette activité n'étaient pas déterminantes compte tenu du déni du demandeur en lien avec son état de santé et l'absence de la recherche d'un nouvel emploi.

Enfin, seul le pourcentage de l'intérêt moratoire fixé à 1 % par la Caisse depuis le dépôt de l'action pouvait être admis justifiant la modification des précédentes conclusions.

**d)** Par duplique du 3 novembre 2021, la défenderesse a confirmé ses conclusions. Elle a maintenu qu'en fixant l'incapacité de travail du demandeur d'abord en « 2013 » puis en « juillet 2013 », l'OAI avait agi de manière arbitraire de sorte que la Caisse n'était pas liée par le début de l'incapacité de travail ainsi retenu.

**e)** Dans ses déterminations du 8 novembre 2021, le demandeur a fait part d'une erreur dans sa réplique du 12 octobre 2021, à savoir que le taux d'intérêt était de 1 % l'an, et non de 5 % l'an, depuis le 17 août 2021. Il a confirmé le maintien de l'action ainsi que des conclusions prises. Il a encore relevé que l'absence de consultation de médecin et de suivi psychiatrique ou d'hospitalisation ne signifiait pas encore qu'il ne présentait aucune incapacité de travail, ce d'autant plus qu'il était réfractaire à toute prise en charge. Enfin, les considérations de la défenderesse n'étaient pas susceptibles de rediscuter le contenu ainsi que les conclusions du rapport d'expertise au dossier, et donc exclure toute atteinte à la santé invalidante en juillet 2013.

**f)** Par ordonnance du 12 novembre 2021, la juge instructrice de la Cour de céans a invité l'OAI à communiquer son dossier complet, ce que ce dernier a fait le 19 novembre 2021.

Les parties ont été invitées à consulter le dossier de l'OAI au greffe ainsi qu'à déposer d'éventuelles déterminations. Par courrier du 8 décembre 2021, le demandeur a informé qu'il n'avait pas de

déterminations à produire. De son côté, la défenderesse n'a pas fait usage de cette faculté.

Par avis du 23 août 2022, la juge instructrice a invité la défenderesse à produire la version de son Règlement d'assurance, ainsi que ses avenants, en vigueur en juillet et août 2013. Ces éléments ont été versés au dossier le 29 août 2022 par la défenderesse puis communiqués au demandeur le 31 août 2022, lequel s'est déterminé le 20 octobre 2022 en informant, après lecture du règlement de prévoyance transmis, ne rien avoir de particulier à faire valoir et maintenir les conclusions prises.

### **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.

**b)** En l'occurrence, le siège de la défenderesse se trouve à [...] mais le demandeur a exercé son activité lucrative dans le canton de Vaud, en tant qu'employé de la manufacture de H. \_\_\_\_\_ SA sise à l'[...], auprès de sa succursale située à l'[...]. L'action du demandeur est dès lors recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, à charge de l'institution de prévoyance 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'assurance-invalidité, 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**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, elle 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 ; 130 V 270 consid. 3.1 ; TF 9C\_35/2016 du 16 août 2016 consid. 3.3 *in* SVR 2018/7 n. 27 p. 92). 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).

L'effet contraignant d'une décision de l'assurance-invalidité pour une institution de prévoyance professionnelle ne peut toutefois pas s'étendre à des constatations qui n'étaient pas déterminantes pour la fixation du droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il n'y a pas d'effet contraignant notamment lorsque la rente de l'assurance-invalidité a été octroyée sur la base d'une demande tardive. Dans ce cas, l'office AI n'a aucune raison d'examiner l'évolution de l'incapacité de travail plus de deux ans avant le dépôt de la demande, ce qui exclut le caractère contraignant pour l'institution de prévoyance des éventuelles constatations et évaluations de l'office AI relatives aux périodes antérieures (TF 9C\_464/2015 du 31 mai 2016 consid. 2.4.2 et les références citées).

**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 au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans le cadre de la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, 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).

**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 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).

**f)** 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).

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 dure trois mois déjà, 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).

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 citées). 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).

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 celui-ci 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 citées, *in* SVR 2014 BVG n° 1 p. 1).

**g)** 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 citées).

**4. a)** Dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013 - applicable au moment des faits déterminants -, l'art. 27 al. 1 du règlement de la Caisse prévoyait que l'assuré qui était reconnu invalide par l'assurance-invalidité fédérale était également reconnu invalide par la Caisse, avec effet à la même date et dans la même mesure, pour autant qu'il ait été affilié à la Caisse lorsqu'a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

**b)** Aux termes de cette disposition, la défenderesse est, sous réserve de l'application de l'art. 31 du règlement, 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.

**c)** Malgré le fait qu'elle a reçu communication de la décision de l'assurance-invalidité, la défenderesse fait valoir qu'elle n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'office AI qui a été effectuée sur la base d'une demande tardive de prestations déposée en 2017 alors que l'incapacité de travail du demandeur daterait de 2013 ; elle soutient par surabondance que l'évaluation de l'OAI est insoutenable.

**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 explications fournies par la défenderesse - non contestées par le demandeur -, le demandeur a été affilié auprès de la défenderesse en tant que salarié jusqu'au 31 août 2013 (art. 10 al. 3 LPP).

**b)** En l'espèce, les projets de décisions de l'OAI d'octroi d'une rente entière d'invalidité des 4 juin et 15 novembre 2019 ainsi que les décisions des 21 février et 1<sup>er</sup> avril 2020 ont été communiqués à la défenderesse de sorte qu'elle est considérée avoir pris part à la procédure de l'assurance-invalidité avec pour corollaire qu'elle est en principe liée par les constatations contraignantes de l'OAI (cf. consid. 3c supra).

Dans la décision qu'il a rendue le 21 février 2020, l'office AI a retenu que le demandeur avait présenté une incapacité totale de travail à compter de juillet 2013 et que sa capacité de travail dans une activité protégée de 30 % aurait permis l'allocation d'une rente dès juillet 2014 mais qu'en présence d'une demande déposée le 24 mars 2017, la rente ne pouvait être octroyée qu'à partir de septembre 2017.

**c)** Il convient de constater d'emblée l'absence au dossier de rapport médical contemporain à l'incapacité de travail entière retenue depuis le mois de juillet 2013 par l'OAI. En effet, les rapports médicaux les plus proches de 2013 datent de 2017, soit quatre ans plus tard. Dans le cadre de son instruction de la demande de prestations déposée en mars 2017, l'OAI a considéré que ces rapports médicaux ne suffisaient pas pour

fixer le début de l'incapacité de travail antérieurement à 2017 de sorte qu'une expertise psychiatrique a été diligentée (avis médical SMR du 26 février 2018) .

Il y a donc lieu de procéder à l'examen des pièces médicales au dossier constitué par l'office AI et d'analyser si les atteintes à la santé psychique du demandeur justifient de retenir une incapacité totale de travail à compter de juillet 2013.

Dans son rapport du 22 mai 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, généraliste, médecin traitant depuis 2000, lors de son dernier contrôle du 2 mai 2017, sans poser de diagnostics, renvoie s'agissant d'une maladie psychique T.\_\_\_\_\_, qui suit le patient à l'Unité Psychiatrique du CHUV depuis 2012. Dans son anamnèse, il évoque que son patient a progressivement développé depuis 2010-2011 un épuisement lié au stress professionnel, l'assuré n'arrivant pas à affronter la charge d'un travail épuisant, et que petit à petit s'est installée une sensation de mal-être, de ne plus être à sa place à son travail, d'avoir de la difficulté à s'exprimer et des problèmes de contact avec son entourage professionnel. Pour le pronostic, le médecin traitant renvoie auprès de la psychiatre de l'assuré. Le Dr K.\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dans sa profession d'horloger praticien dès juillet 2013. Ce médecin précise que les limitations fonctionnelles (« mentalement, le patient est incapable d'affronter un stress, une surcharge » ce qui se manifeste par une fatigabilité inhabituelle et des diarrhées) existent depuis 2012 en renvoyant à nouveau auprès de la psychiatre consultée s'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, se limitant pour sa part à indiquer le souhait de son patient de poursuivre une formation de coach en fitness. Le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ est, s'agissant des dates de prises en charge de l'assuré sur le plan psychiatrique, contredit par la demande de prestations du 24 mars 2017 où l'assuré a indiqué un traitement entrepris depuis 2014 pour une durée indéterminée auprès de la Dre T.\_\_\_\_\_. Quant au rapport du 3 juillet 2017, la psychiatre y indique un suivi de l'intéressé depuis avril 2016. De manière plus

générale, force est de constater à sa lecture que le rapport du médecin traitant est très laconique et très imprécis dans son contenu.

Le rapport du 3 juillet 2017 signés par les Dres J. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, suivant l'assuré depuis avril 2016 au sein de l'Unité de réhabilitation au Service de psychiatrie communautaire du CHUV, pose deux diagnostics incapacitants existant depuis 2015 (à savoir, troubles schizotypique [F21] et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [F32.2]) ainsi que celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) depuis de nombreuses années. Il ressort de l'anamnèse du rapport qu'avant avril 2016, l'assuré bénéficiait d'une prise en charge dans le cadre du « DP-CHUV, Service de psychiatrie communautaire au sein de l'équipe SIM (suivi intensif dans le milieu) » assurée par la Dre E. \_\_\_\_\_ de janvier 2015 à mars 2016. Il est écrit que le demandeur consulte pour la première fois en psychiatrie en janvier 2015 à la suite de la demande formulée par sa mère en raison du discours tenu qu'elle estimait inquiétant et de l'absence d'activité professionnelle depuis environ huit mois. La position défendue par la maman du demandeur ne laisse pas à penser que l'incapacité de travail remonterait à 2013, mais semble au contraire confirmer que le demandeur exerçait une activité lucrative jusqu'en 2014. Il ressort en outre du rapport que, durant ses trois années passées chez H. \_\_\_\_\_ SA, l'intéressé se plaignait de la monotonie du travail et du stress, évoquant que cela n'était pas une vie pour lui. Il déclarait qu'il avait décidé de prendre une année sabbatique après s'être vu refuser par sa direction un aménagement du poste ainsi qu'une augmentation de salaire, ce qu'il pensait lui être dû. N'étant pas à la recherche d'un autre emploi, le demandeur occupait ses journées à la pratique du fitness et par une activité illégale qu'il n'a pas souhaité préciser à ses médecins.

Ces éléments ne concourent donc pas à constater l'existence d'une maladie psychique incapacitante depuis 2013. Dans le même sens, la Dre T. \_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail totale dès septembre 2016 alors qu'elle suit le demandeur depuis avril 2016 ; cet avis médical

rédigé moins d'un an après les faits fixe ainsi une incapacité de travail débutant plusieurs mois après le suivi psychiatrique initié, contredisant l'allégation du demandeur d'une incapacité de travail débutant en juillet 2013. En outre, les restrictions fonctionnelles retenues par la psychiatre (pour rappel, lenteur, blocage, erreurs, abandon du poste de travail, absentéisme, endurance faible, rendement diminué, difficulté à tenir un rythme régulier, risque potentiel de décompensation psychotique et/ou dépressive lors d'un stress important et constant) n'étaient pas observées en 2013. En effet, selon les documents « récapitulation mensuelle de 01-01-2013 à 31-12-2013 du 16 septembre 2021 » et « Contrôle d'absence (en bloc) de 01-11-2011 à 01-07-2013 » établis par l'employeur, le demandeur assurait un horaire ainsi qu'un rythme de travail, et le tout sans absence particulière.

Aux termes de son avis du 26 février 2018 établi sur dossier, la Dre X.\_\_\_\_\_, du SMR, estime, en lien avec une atteinte psychiatrique qualifiée de sévère que l'incapacité de travail existe probablement depuis 2014. Toutefois, compte tenu du début de parcours sans problèmes du demandeur, le SMR a sollicité une expertise médicale.

L'expertise réalisée le 28 septembre 2018 par la Dre Q.\_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport le 11 janvier 2019 indique une première décompensation psychiatrique apparue en 2013, sous la forme d'une décompensation de l'humeur retrouvée dans les rapports postérieurs du Dr K.\_\_\_\_\_. Elle part de la prémisse que le demandeur est en arrêt maladie depuis juillet 2013 en raison d'une décompensation psychiatrique qui a nécessité à cette même période un suivi psychiatrique au sein de la consultation ambulatoire de Chauderon ([CHUV] ; cf. expertise, p. 2). Il n'y a donc pas eu d'autres suivis antérieurs à ceux auprès du CHUV. Or selon la Dre T.\_\_\_\_\_ cette prise en charge a débuté uniquement au début janvier 2015.

Comme l'experte l'a confirmé dans ses réponses complémentaires du 7 novembre 2019, elle a repris les anamnèses des rapports médicaux au dossier. Pour la période antérieure à l'expertise, le

rapport se base donc exclusivement sur les rapports précités et indique notamment que le suivi psychiatrique a débuté en 2016.

Le rapport d'expertise mentionne que, de novembre 2011 à juillet 2013, le demandeur a, avec l'aide d'une agence de placement, travaillé pour l'entreprise H.\_\_\_\_\_ (H.\_\_\_\_\_ SA). Il est noté qu'en sa qualité d'horloger au sein du secteur emboitage, l'intéressé a fait preuve de sérieux, de fiabilité et d'esprit d'équipe (bonne entente avec ses supérieurs et ses collègues) et qu'il a décidé de quitter de lui-même ce travail ; il n'est ainsi pas questions de difficultés, d'atteinte à la santé, voire d'incapacité de travail durant cette période d'activité. C'est du reste ce qui ressort du certificat de travail versé au dossier par la défenderesse durant les trois années de travail chez H.\_\_\_\_\_ SA. Selon le rapport d'expertise, le demandeur décrivait cette entreprise comme exigeante avec beaucoup de contraintes qualifiant le stress de nuisible pour sa propre santé tout en ajoutant que le salaire n'était pas attrayant. A ses dires, il se trouvait en dépression à cette période mais avait fait le choix de ne pas en parler à son médecin. Dans ces conditions, le demandeur relate certes un risque de détérioration de son état de santé lié à la poursuite des rapports de travail mais il n'évoque toutefois pas de difficultés particulières dans l'exercice de son activité avant son départ à fin juillet 2013.

L'experte retient une première décompensation psychiatrique en 2013, sous la forme d'une décompensation de l'humeur retrouvée dans les rapports de 2017 établis par le Dr K.\_\_\_\_\_ (expertise, p. 14). Elle indique également que l'expertisé était en arrêt maladie avec une incapacité de travail totale. Or cette affirmation est erronée et ne se vérifie pas au dossier, étant précisé qu'une incapacité de travail a été attestée seulement quatre ans plus tard par le médecin généraliste. Puis, l'experte affirme qu'il y avait des signes avant-coureurs très certainement en 2013 tout en retenant que la seule expérience en termes de santé et de suivi psychiatrique remontait seulement à 2016 avec la Dre T.\_\_\_\_\_.

Force est ainsi de constater que l'experte ne s'est pas livrée à un examen détaillé et convaincant de la capacité de travail de l'expertisé en 2013, et encore moins à une analyse de ses diverses restrictions fonctionnelles lorsque celui-ci se trouvait encore en emploi chez H. \_\_\_\_\_ SA jusqu'à la fin juillet 2013. Il s'ensuit que, pour la période antérieure au rapport, l'experte psychiatre ne base son hypothèse médicale que sur le très sommaire descriptif du rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2017. Ce faisant l'experte se fonde exclusivement sur le contenu d'un rapport qui est éloigné de près de quatre ans de la période en cause, et qui émane du médecin généraliste qui n'est pas précis dans ses constatations temporelles. Son hypothèse se base en outre sur la prémisse erronée selon laquelle le demandeur était en arrêt de travail depuis juillet 2013 (expertise, p. 2), ce qui ne résulte pas des pièces au dossier. Pour son estimation de la capacité de travail, l'experte écrit que l'expertisé a présenté une première décompensation en 2013 avec un arrêt maladie en 2013. Elle ajoute que l'expertisé est en incapacité à 70% et ce depuis le jour de l'évaluation c'est-à-dire le 28 septembre 2018. Dès lors qu'elle conclut uniquement à une capacité de travail résiduelle de 30 % au jour de son évaluation en 2018, on ne saurait en déduire, à ce stade, l'existence d'une incapacité de travail totale de l'expertisé depuis juillet 2013. Du reste, l'experte ne le conclut pas lors du dépôt de son rapport.

Le 14 mai 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_, du SMR, observe qu'en 2013 l'experte distingue un premier épisode de décompensation en s'appuyant sur le rapport peu circonstancié du Dr K. \_\_\_\_\_. Pour ce médecin, si cette position est peu étayée par des faits médicaux, elle demeure toutefois plausible eu égard à la sévérité du trouble ainsi que sur la base de l'anamnèse. Le fait que l'expertise est qualifiée de « plausible » ne permet toutefois pas encore de la tenir pour probante au stade de la vraisemblance prépondérante s'agissant du début de l'incapacité de travail en juillet 2013. Pour la période partant depuis 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient l'existence d'une péjoration documentée de l'humeur qui s'accompagne d'une exacerbation de certains traits pathologiques de la personnalité du demandeur. Il observe que c'est cette péjoration qui a

incité les parents à demander une prise en charge psychiatrique. Ainsi, il retient une incapacité de travail totale dès 2015 sur la base du rapport du 3 juillet 2017 au dossier. Cela étant, le SMR n'analyse toutefois pas la capacité de travail antérieure plus en détail dans la mesure où cette période n'est pas déterminante sous l'angle de l'examen du droit à d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité dans le contexte de la demande tardive.

L'OAI a mis en œuvre un complément d'expertise auprès de la Dre Q.\_\_\_\_\_. L'experte a affirmé que le début de l'incapacité de travail durable correspond à juillet 2013. Elle a confirmé qu'elle se fondait sur le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 22 mai 2017 attestant d'une incapacité de travail à 100 % et a ajouté que la crise datait du mois de juillet 2013. Or au vu de la nature et du contenu du rapport du 22 mai 2017 avec les imprécisions qui l'affectent, ce document médical n'est toutefois pas une base suffisante pour fixer le début de l'invalidité à juillet 2013. Ensuite, en lien avec l'absence de suivi psychiatrique avant janvier 2015, l'experte a expliqué qu'entre juillet 2013 jusqu'au suivi de crise au CHUV, l'expertisé devait être en incapacité de travail totale. Elle a rappelé que le suivi de crise au Département de psychiatrie du CHUV ne pouvait s'étendre au-delà de maximum cinq séances auquel cas le suivi est relayé à la consultation ambulatoire de [...]. L'experte a également indiqué que ce n'est qu'en 2018 que le suivi ambulatoire a commencé. Cela étant, elle maintient l'existence d'une incapacité de travail de 100 % entre juillet 2013 jusqu'au jour de l'expertise, sans véritable fondement. Un peu plus loin, elle admet que si l'expertisé a certes décompensé en 2013, la Dre T.\_\_\_\_\_ n'atteste pas d'un suivi continu. Ces indications ne s'avèrent guère convaincantes et ne permettent pas d'expliquer l'absence de prise en charge intervenue avant le début 2015. La Dre Q.\_\_\_\_\_ retient une première décompensation psychiatrique apparue en 2013, sous la forme d'une décompensation de l'humeur retrouvée dans le rapport postérieur du généraliste traitant datant de 2017 ; or ce document est très sommaire, ne permet pas de poser un diagnostic et de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail antérieure, et est imprécis sur les dates. L'experte conclut que cette unique décompensation a ensuite

nécessité le suivi psychiatrique dès janvier 2015. Elle formule son hypothèse en considérant que le demandeur était en incapacité de travail totale de juillet 2013 jusqu'à l'expertise en septembre 2018, et sans qu'aucune des psychiatres traitantes successives n'ait attesté de son incapacité de travail avant septembre 2016.

L'experte ne se prononce pas au sujet de l'absence d'incapacité de travail attestée avant septembre 2016 par la psychiatre traitante. Elle fonde ses conclusions sur aucun élément médical objectif au dossier pour étayer son estimation de l'incapacité de travail totale perdurant depuis juillet 2013. Ainsi, ses constatations ne rejoignent pas celles des psychiatres traitantes fixant l'incapacité de travail totale du demandeur dans son activité habituelle uniquement depuis septembre 2016.

Il ressort de ce qui précède que les dates retenues aussi bien par le demandeur que par les divers médecins consultés, pour ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, ne coïncident pas. A ce stade, on ne peut que constater que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail remontant à juillet 2013. Quant à l'expertise et son complément, ils n'examinent pas cette question de manière convaincante ; l'experte ne décrit pas les éventuels effets des atteintes diagnostiquées sur l'activité d'horloger exercée à l'époque, ni n'explique l'absence de tout suivi psychiatrique à cette époque. A côté du descriptif d'une journée-type, son anamnèse est lacunaire faute de contenir des informations relatives au vécu du demandeur durant la période allant de 2013 à 2018. A cela s'ajoute que l'experte a d'abord uniquement conclu à une incapacité de travail de 70 % au jour de son évaluation de septembre 2018, puis dans son complément, elle a confirmé une incapacité de travail dès juillet 2013, en réponse à une question orientée dans ce sens mais sans procéder à ce constat sur la base d'arguments médicalement établis. Pour la période précédant son expertise, elle base toute son argumentation sur le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 2 mai 2017 qui, comme on l'a déjà vu, n'a pas de valeur probante. La Dre T. \_\_\_\_\_ ne rapporte

aucune atteinte à la santé psychique décelée ou traitée en 2013, mais atteste uniquement d'une incapacité de travail totale dès septembre 2016 alors que son suivi a débuté quelques mois plus tôt. Il y a dès lors lieu de constater que le rapport d'expertise et son complément ne remplissent pas tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, à tout le moins pour ce qui concerne la période antérieure à septembre 2016 qui est déterminante en l'occurrence.

Parmi l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier celui de la Dre T. \_\_\_\_\_ qui atteste une incapacité de travail dès septembre 2016, alors qu'elle suivait le demandeur depuis avril 2016, et que son unité le suivait même à compter de janvier 2015, est le plus probant. A cela s'ajoute que le demandeur n'avait pas de suivi sur le plan psychiatrique en 2013 et qu'il a travaillé jusqu'à la fin de ses rapports de travail le 31 juillet 2013 sans absence pour raisons de maladie (courrier du 4 juillet 2019 de la demanderesse de contestation du projet de décision de rente du 4 juin 2019). Le certificat de travail de l'assuré du 11 septembre 2013 annexé à la demande de prestations de l'assurance-invalidité ne laisse pas transparaître non plus des difficultés. Rien au dossier ne permet de penser que la résiliation des rapports de travail aurait eu lieu au motif d'un état de santé psychique invalidant. Dans les avis de sortie adressés à la Caisse les 11 juillet et 20 août 2013, l'employeur a en effet coché la case « Non » en réponse à la question de savoir si la date de fin du contrat de travail au 31 juillet 2013 était due à des raisons de santé en indiquant, qu'à cette date, son collaborateur n'était pas au bénéfice d'indemnités de perte de gain, et sans qu'une demande de l'assurance-invalidité était en cours. Il convient d'observer de plus que le demandeur se présente comme un anticonformiste un peu en décalage avec la société auprès de ses psychiatres et que ce n'est en définitive pas son employeur qui l'a licencié mais qu'il a démissionné de sa propre initiative en mettant fin à son contrat de travail au 31 juillet 2013. Dans un premier temps, lors de son année sabbatique, il n'a pas cherché d'autre emploi en passant ses journées à faire du fitness et s'occuper également par une activité illégale. Avant de donner son congé, il avait pris la décision de faire une année sabbatique après s'être vu refuser un aménagement de poste de travail

ainsi qu'une augmentation de salaire, ce qu'il pensait lui être dû. Dans ce contexte, la fin des rapports de travail du demandeur auprès de H. \_\_\_\_\_ SA n'était pas liée à son état de santé mais à un choix personnel. Ainsi, les pièces au dossier ne révèlent aucune incapacité de travail en juillet et août 2013.

On ajoutera enfin que le fait que la demande de l'assurance-invalidité indiquait une incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2013 en raison d'une affection psychique ne suffit pas à rendre vraisemblable le début de l'incapacité de travail à cette date. On rappellera en outre que l'instruction médicale menée par l'OAI n'a pas d'effet contraignant pour la défenderesse dans la mesure où la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 l'a été sur la base de la demande tardive déposée le 24 mars 2017 ; la décision du 21 février 2020 n'avait aucune raison de s'attarder sur l'examen de l'incapacité de travail au-delà de deux ans avant la demande de prestations, soit en l'espèce avant 2015, ce qui exclut le caractère contraignant pour l'institution de prévoyance des éventuelles constatations et évaluations de l'office AI relatives aux périodes antérieures (cf. consid. 3c supra). Le demandeur, à qui revient le fardeau de la preuve, n'établit donc pas, au stade de la vraisemblance prépondérante, qu'il était en incapacité de travail avant la fin août 2013.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir que l'atteinte psychique à l'origine de l'incapacité de travail ayant donné lieu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité serait survenue au cours de la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès de la défenderesse. Or, 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, à savoir en août 2013 encore. Le demandeur échoue ainsi à la preuve de son droit à une prestation de la part de la défenderesse.

**6. a)** Mal fondée, la demande formée par B. \_\_\_\_\_ contre la C. \_\_\_\_\_ doit par conséquent être rejetée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP), ni d'allouer des dépens au demandeur, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 109 LPA-VD). La 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).

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

- I. La demande formée le 17 août 2021 par B. \_\_\_\_\_ contre la C. \_\_\_\_\_ est rejetée.
  
- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Karim Hichri (pour B. \_\_\_\_\_),
- C. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :