

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 28 février 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à C. \_\_\_\_\_, demandeur, représenté par NAFRA Conseils et Cie  
Sàrl, à Vevey,

et

**CAISSE DE RETRAITE L.** \_\_\_\_\_, à F. \_\_\_\_\_, défenderesse.

---

**Art. 23 LPP**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** H.\_\_\_\_\_, né en 1961, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de jardinier, de maçon et de peintre en bâtiment.

Il a été engagé à compter du 20 avril 1999 en qualité de peintre en bâtiment par la société W.\_\_\_\_\_ SA pour une mission temporaire auprès de la société X.\_\_\_\_\_ SA à A.\_\_\_\_\_ avant que cette entreprise ne l'emploie en fixe du 1<sup>er</sup> novembre 1999 au 31 décembre 2000.

Le 20 octobre 1999, il a été victime d'un accident professionnel (glissade sur un panneau de coffrage mouillé avec chute sur le siège) qui a entraîné une période d'incapacité de travail jusqu'au 25 octobre 1999.

Par la suite, des périodes d'incapacité de travail ont été attestées du 12 au 16 avril 2000, du 15 au 27 juin 2000, du 29 juin au 5 juillet, puis à partir du 31 juillet 2000. Il n'a plus travaillé depuis lors.

**b)** Souffrant de lombo-sciatalgies bilatérales persistantes, H.\_\_\_\_\_ a déposé le 19 juillet 2001 une demande de prestations de l'assurance invalidité. Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré (rapports de la doctoresse N.\_\_\_\_\_ du 6 août 2001, de la doctoresse J.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2001 et du docteur U.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2001) et fait verser à la procédure les dossiers constitués par la CNA, assureur-accidents, et par M.\_\_\_\_\_ Assurance SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur.

Compte tenu des renseignements recueillis, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire à la Clinique B.\_\_\_\_\_ de P.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 31 octobre 2002, complété le 21 mars

2003, la Clinique B.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome douloureux lombaire chronique dans le cadre de troubles lombaires dégénératifs (hernie discale médiane L3-L4 et médiane droite L5-S1 sans conflit radiculaire), d'un canal lombaire étroit L3-L4, d'une maladie de Scheuermann et d'un trouble somatoforme douloureux persistant ; dans une activité légère, adaptée, sans port de charges, sans déplacement prolongé, lui permettant d'alterner les positions et faisant intervenir surtout les membres supérieurs, l'assuré disposait d'une capacité de travail située entre 70 et 80 %.

Malgré l'échec d'une mesure d'observation professionnelle - interrompue après 4 jours seulement - et un rapport médical du docteur D.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2004, l'office AI a, par décision du 7 novembre 2005, confirmée sur opposition le 3 août 2007 et sur recours le 10 septembre 2008 (cause AI 339/07 - 374/2008), rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que le degré d'invalidité, fixé après comparaison des revenus à 36 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**c)** Le 19 janvier 2009, H.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations.

Dans la mesure où un diagnostic de schizophrénie paranoïde était évoqué par le psychiatre traitant de l'assuré (rapport du docteur Q.\_\_\_\_\_ du 7 avril 2009), l'office AI a confié au docteur S.\_\_\_\_\_ le mandat de réaliser une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 22 février 2010, ce médecin a posé les diagnostics de processus d'invalidation à un stade très avancé, de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure, de probable épisode dépressif (d'intensité moyenne au maximum) actuellement en rémission, de troubles psychotiques aigus et transitoires actuellement en grande partie compensés et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans ces conclusions, ce médecin a indiqué ce qui suit :

Basé sur nos réflexions, nous retenons une incapacité de travail totale entre octobre 2008 et fin juillet 2009. Nous « transgressons » ici car l'assuré était pris en charge sur le plan psychiatrique seulement à partir de janvier 2009. Ensuite, respectant un délai habituel pour une amélioration clinique, il était en capacité de travail de 50 % depuis août 2009 et de 20 % depuis début novembre 2009. A partir du mois de janvier 2010, il n'existe sur le plan psychiatrique plus d'incapacité de travail.

Ainsi, la situation est à considérer comme stabilisée sur le plan purement psychique et en dehors des facteurs subjectifs et autres facteurs extra médicaux. Bien entendu, ces derniers jouent toujours un rôle majeur et la fixation de l'assuré sur la notion d'être un grand handicapé depuis longtemps et certainement pour toujours.

Les médecins traitants de l'assuré ayant fait état de la persistance d'une atteinte psychotique (rapports des docteurs Q. \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2010 et T. \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2011), l'office AI a requis un complément d'expertise auprès du docteur S. \_\_\_\_\_. Du rapport que ce médecin a établi le 19 novembre 2011, il ressort ce qui suit :

Avec l'ensemble des éléments discutés, nos analyses effectuées et après pondération, nous retenons sur le plan diagnostic psychiatrique actuellement

1. Autres troubles psychotiques aigus et transitoires, à bas bruit (F23.8 CIM-10),
2. Syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure (F45.4 CIM-10),
3. Processus d'invalidation avancé (F68.0 CIM-10).

Comme dans le passé, il existe une très importante différence entre le ressenti douloureux de l'assuré, son comportement de malade et la réalité physico-psychique. Pour notre domaine psychiatrique, les critères pour une éventuelle atteinte invalidante du syndrome douloureux somatoforme ne sont pas remplis. De ce fait, il n'y a, toujours dans notre domaine, aucune incapacité de travail, ni diminution de rendement à constater.

Il n'y a pas de changement par rapport aux conclusions de notre expertise de 2010.

Par la suite, l'assuré s'est vu allouer une mesure d'observation professionnelle auprès du Centre ORIF d'I. \_\_\_\_\_, laquelle s'est déroulée du 3 au 30 mars 2014. A l'issue du stage, les responsables du centre d'observation ont indiqué que les barrières psychosomatiques, comportementales et linguistiques de l'assuré constituaient des critères qui ne permettaient pas de l'imaginer dans une démarche d'orientation ; un atelier protégé pourrait l'amener à se structurer à moyen terme sans garantie qu'il puisse un jour être rentable dans l'économie.

Après avoir requis l'avis de son Service médical régional (SMR), l'office AI a, par projet de décision du 27 mai 2015, informé l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2009, puis une demi-rente du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 janvier 2010.

Par courrier du 2 juin 2015, le docteur Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a informé l'office AI d'une nette décompensation psychique de son patient et l'a invité à procéder à une réévaluation de la situation psychiatrique.

Compte tenu de ces nouveaux développements, l'office AI a décidé de mettre en œuvre deux nouvelles expertises dont il a confié la réalisation respectivement aux docteurs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 6 octobre 2015, le docteur R.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombopygialgies récurrentes chroniques et cristallisées sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (sur discopathie multi-étagée et status post-contusion lombosacrée) et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de cervicobrachialgies récurrentes (sur troubles dégénératifs et statiques sous-jacents). Selon ce médecin, il n'y avait que peu d'arguments rhumatologiques pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et l'impotence décrite par l'assuré dans toute activité. Tout au plus une diminution de rendement de 20 à 30 % pouvait être reconnue, au vu du déconditionnement musculaire et de la longue inactivité.

Dans son rapport du 6 novembre 2015, le docteur V.\_\_\_\_\_ a fait état des éléments suivants :

#### **Appréciation du point de vue de la médecine des assurances**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble délirant persistant (F22.0)*.

Selon le DSM-IV-TR, le trouble délirant persistant peut s'installer depuis l'adolescence jusqu'à un âge tardif de la vie. L'évolution est variable. Le trouble peut être chronique et ce tout particulièrement dans le type persécution, comme c'est le cas ici.

Le fonctionnement psychosocial varie d'un sujet à l'autre. Certains individus peuvent être relativement préservés dans leurs activités et leurs relations interpersonnelles. D'autres évoluent vers l'isolement et la désinsertion socioprofessionnelle, comme c'est le cas de l'assuré H. \_\_\_\_\_. De façon générale, on doit constater que lorsque le trouble s'est installé dans la chronicité, les problèmes conjugaux, sociaux et professionnels deviennent la règle.

Dans le cas présent, le trouble délirant de l'intéressé est grave. On en retrouve tous les items requis pour le diagnostic. Ceux-ci sont particulièrement marqués. Il n'y a pas de doute qu'ils légitiment des limitations et une incapacité de travail psychiatrique, quels que soient les activités qu'on propose à votre assuré.

En appliquant la Mini CIF-APP, l'expert retient les capacités et les incapacités ci-après.

Votre assuré est apte à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle dans la mesure où il les a acceptées. Il s'est comporté correctement en cours d'expertise. Il est arrivé dans les temps pour les trois rendez-vous. Il s'est montré courtois et coopérant.

M. H. \_\_\_\_\_ semble apte à planifier et de structurer des tâches. Il est dans la règle capable d'appliquer les compétences qu'il a acquises. Il semble normalement endurant du point de vue psychiatrique.

Votre assuré garde des activités de loisirs, même si elles sont constamment parasitées par ses convictions paranoïaques. L'intéressé peut se déplacer seul.

Sur le plan purement psychiatrique, M. H. \_\_\_\_\_ est autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels. Les comportements d'impotence sont transitoires et ont une composante relationnelle. Pour l'expert, le tableau clinique actuel ne justifie rien d'autre que ce qui a été retenu par l'évaluation de votre collaboratrice du 01.09.2011.

L'assuré manque de flexibilité et de capacités d'adaptation. Cette rigidité est vraisemblablement l'une de ses limitations principales. En cas de changements à la place de travail, il peut devenir oppositionnel et évoluer vers des comportements de rupture. S'il sait s'affirmer, il le fait souvent de façon peu adéquate et se met en situation de conflit pour ce motif.

Si le rendement de l'assuré est objectivement normal, il peut néanmoins perdre du temps au vu du besoin de se contrôler et de contrôler les autres qu'ont les sujets paranoïaques.

M. H. \_\_\_\_\_ a enfin de grandes difficultés dans ses relations interpersonnelles. S'il a gardé de bonnes relations avec sa famille, son couple est au bord de la rupture. L'expertisé est isolé. Il peut avoir des réactions de colère inappropriées voire passer à l'acte. Il peut faire peur. En l'état actuel de son évolution, votre assuré n'est plus supportable dans le monde ordinaire du travail en dehors d'un petit temps partiel.

## **Conclusions**

En conclusion, M. H. \_\_\_\_\_ a présenté une pathologie psychiatrique qui a été au départ de compréhension difficile. L'évolution actuelle permet de retenir un diagnostic de trouble délirant persistant avec un haut degré de certitude. Ce trouble peut fonder l'ensemble du tableau symptomatologique, comportement douloureux chronique y compris.

En raison des limitations mentionnées plus haut, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique de 80%, sachant que l'intéressé n'est probablement plus supportable dans le monde ordinaire du travail au-delà d'une activité très réduite de l'ordre de 20%.

Sur le plan psychiatrique, ce 80% d'incapacité remonte vraisemblablement au mois de janvier 2008, au vu de ce que rapporte le médecin psychiatre traitant de l'époque dans son rapport médical du 30.01.2009.

Cette incapacité de travail est vraisemblablement restée constante depuis lors, tout en sachant que la pathologie psychotique a pu s'aggraver. Le soussigné ne pense pas que l'intéressé soit capable d'avoir une activité professionnelle au-delà de 20%, quel que soit ce qui lui serait proposé.

Des mesures professionnelles n'ont aucun sens chez un sujet dont la pathologie et les limitations paraissent définitivement fixées. Ce qui a été tenté est d'ailleurs allé à l'échec.

Le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus ici. Il souligne aussi que le trouble délirant persistant avec délire de persécution est le plus souvent chronique et extrêmement difficile à traiter. Il répond mal à la médication psychotrope.

Le pronostic à long terme n'est pas bon. L'état de santé de l'intéressé pourrait évoluer par des hauts et des bas voire se péjorer. Le risque suicidaire est à considérer.

Se fondant sur les conclusions de cette dernière expertise, l'office AI a, par décisions du 18 février 2016, alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 ainsi qu'une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**B.** Par courrier du 18 avril 2016 faisant suite à une interpellation de H.\_\_\_\_\_, la Caisse de retraite L.\_\_\_\_\_ lui a communiqué les éléments suivants :

Sur la base de la décision de l'AI du 18 février 2016, nous avons examiné votre droit à des prestations d'invalidité de notre caisse.

Selon les renseignements en notre possession, l'assurance-invalidité vous a reconnu une incapacité de travail de 80 % au moins dans toute activité depuis le mois d'octobre 2008.

Conformément à l'art. 23 let. a de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui « sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ».

Or, vous avez été assuré auprès de notre caisse jusqu'au 31 décembre 2000. C'est pourquoi, aucune prestation ne peut être accordée par notre caisse.

**C. a)** Par demande du 16 juin 2016 (timbre postal), H.\_\_\_\_\_ a ouvert action contre la Caisse de retraite L.\_\_\_\_\_ et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Constatant qu'il avait obtenu une rente de l'assurance-invalidité pour des troubles qui remontaient au mois d'octobre 1999, il estimait pouvait prétendre à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

**b)** Dans sa réponse du 28 juillet 2016, la Caisse de retraite L.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet de la demande. Elle a expliqué que H.\_\_\_\_\_ n'était pas affilié auprès d'elle en octobre 1999, mois au cours duquel était survenu l'événement à l'origine, selon l'intéressé, de son incapacité de travail.

**c)** Dans ses déterminations du 12 octobre 2016, H.\_\_\_\_\_ a admis qu'au mois d'octobre 1999, il n'était pas directement employé par la société X.\_\_\_\_\_ SA, mais, indirectement pour le compte de cette entreprise, par l'agence de placement W.\_\_\_\_\_ SA. En tout état de cause, il pouvait prétendre à une rente, que cela soit de la part de la Caisse de retraite L.\_\_\_\_\_, institution de prévoyance de X.\_\_\_\_\_ SA,

ou de l'institution de prévoyance auprès de laquelle était affiliée W.\_\_\_\_\_ SA. Néanmoins, dans la mesure où il avait été engagé à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1999, soit postérieurement à son accident, par X.\_\_\_\_\_ SA, il estimait qu'il existait « un lien de responsabilité » de la part de X.\_\_\_\_\_ SA et de son institution de prévoyance, la Caisse de retraite L.\_\_\_\_\_.

**d)** Les dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents ont été versés à la procédure.

**e)** H.\_\_\_\_\_ a déposé des déterminations complémentaires en date du 24 novembre 2016.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]).

**b)** Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**c)** L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance

professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

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

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

**3. a)** Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (art. 24 al. 1 LPP).

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

**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 130 V 270 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du

droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa; 115 V 208 consid. 2c).

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

**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).

**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).

**4. a)** Dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 2000 - applicable au moment des faits déterminants -, l'art. 30 du règlement de prévoyance de la défenderesse prévoyait ce qui suit :

L'assuré qui est reconnu invalide par l'assurance-invalidité fédérale (ci-après: "AI"), est 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)** 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 versées au dossier (extrait du compte individuel AVS du demandeur ; attestation de salaire pour l'AVS combinée avec la caisse de retraite professionnelle établie le 17 janvier 2001 par X. \_\_\_\_\_ SA), les rapports de travail entre le demandeur et la société X. \_\_\_\_\_ SA ont débuté le 1<sup>er</sup> novembre 1999 pour prendre fin le 31 décembre 2000, de sorte que le demandeur a été affilié auprès de la défenderesse du 1<sup>er</sup> novembre 1999 au 31 janvier 2001 (art. 10 al. 1 et 3 LPP).

**b)** Dans la décision qu'il a rendue le 18 février 2016, l'office AI a constaté que le demandeur présentait une incapacité de travail de 80 % au moins dans toute activité depuis le mois d'octobre 2008. Si cette décision - sommairement motivée - ne permet pas de déterminer l'atteinte à la santé à l'origine du droit à la rente, l'examen du dossier de l'assurance-invalidité ainsi que la nature des mesures d'instruction mises en œuvre au cours de la procédure permettent de comprendre que l'allocation d'une rente entière d'invalidité était justifiée par l'existence de troubles psychiques à caractère invalidant.

**c)** L'instruction médicale a finalement permis de mettre en évidence que le demandeur souffrait essentiellement d'un trouble délirant persistant qui entraînait une incapacité totale à exercer une quelconque

activité sur le marché de l'emploi (rapport du docteur V.\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2015). A la question de savoir à partir de quand ce trouble influençait la capacité de travail du demandeur, le docteur V.\_\_\_\_\_ a indiqué, en se référant au médecin traitant de l'époque, que le trouble était présent depuis la fin des années 2000 et que l'incapacité de travail de 80 % remontait vraisemblablement au mois de janvier 2008 (voir également le rapport du docteur S.\_\_\_\_\_ du 22 février 2010, lequel indique que le demandeur n'avait jamais présenté un véritable trouble psychiatrique avant octobre 2008). Dans son rapport du 30 janvier 2009 à l'attention de l'office AI, le docteur Q.\_\_\_\_\_ a effectivement expliqué que son patient présentait une incapacité de travail de 100 % « depuis au moins une année ». Dans son rapport du 7 avril 2009, ce même médecin a néanmoins précisé que son patient semblait présenter, d'après les renseignements qu'il avait obtenus auprès de l'épouse de celui-ci, une symptomatologie psychotique depuis au moins sept ans sous la forme principalement d'un état délirant de persécution et d'une symptomatologie dépressive, symptomatologie qui n'avait toutefois jamais été prise en charge avant que le demandeur ne consulte son cabinet. Cela étant, il y a lieu de souligner qu'aucun des médecins qui s'est exprimé dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations n'a fait état de l'existence de symptômes psychiques susceptibles d'avoir une influence sur la capacité de travail (cf. en particulier le rapport du 18 octobre 2002 établi par le docteur G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre à la Clinique B.\_\_\_\_\_). Compte tenu du laps de temps écoulé depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1999 et de la difficulté à apprécier rétrospectivement un état psychique et son évolution, toute tentative de vouloir compléter l'instruction sur cette question apparaît cependant vouée à l'échec. A défaut de renseignements plus précis sur l'évolution de la pathologie pour la période antérieure à l'année 2008, il n'est par conséquent 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.

**d)** Au cours des rapports de prévoyance, le demandeur a présenté des douleurs lombaires chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs qui persistent aujourd'hui encore. Aussi bien la Clinique B.\_\_\_\_\_ (rapport du 31 octobre 2002) que le docteur R.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 octobre 2015) ont considéré que ces troubles somatiques étaient à l'origine d'une incapacité de travail située entre 20 et 30 %. Sur la base de ces indications, l'office AI a procédé dans le cadre de la première demande de prestations à une comparaison des revenus conduisant à une perte de gain de 36 %. Dans la mesure où un tel taux n'est, de manière générale, pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse, la question de savoir si les troubles somatiques sont effectivement survenus au cours de la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès de la défenderesse peut demeurer indécise.

**6. a)** Mal fondée, la demande formée par H.\_\_\_\_\_ contre la Caisse de retraite L.\_\_\_\_\_ doit par conséquent être rejetée.

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

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

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

- I. La demande formée par H. \_\_\_\_\_ contre la Caisse de retraite L. \_\_\_\_\_ est rejetée.
  
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- NAFRA Conseils et Cie Sàrl (pour H. \_\_\_\_\_),
- Caisse de retraite L. \_\_\_\_\_,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :