

VD_GERICHTE ZI19.053075 vom 28. September 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI19.053075

FR: VD_GERICHTE ZI19.053075 du 28 septembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZI19.053075 del 28 settembre 2021

Erwägungen

E. 23

février 2016 au 22 juin 2017. Le demandeur a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Pour sa part, la défenderesse a relevé que tous les arguments avancés par le demandeur avaient déjà été examinés et rejetés par l'OAI dans le cadre de l'examen du droit à la rente. Le demandeur n'avait au demeurant pas recouru contre la décision de l'OAI. 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

- 13 - 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 Schwytz mais le demandeur a exercé son activité lucrative dans le canton de Vaud, en tant qu'employé d'une succursale d'une société bailleuse de services sise à Lausanne placé auprès d'une société locataire de services sise à Ecublens. 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) Aux termes de 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. b) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 138 V 176 consid. 5.3 ; 115 V 103 consid. 4b).

- 14 - 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). L'assureur LPP 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). Si la décision de

l'assurance-invalidité ne lui a pas été notifiée en temps utile, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 129 V 73 consid. 4.2.2). La force contraignante de la décision de l'office AI vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5 ; 123 V 269 consid. 2a et les références citées). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 ; TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3). d) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est – ou était – affilié lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente dans l'assurance-invalidité, mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.1 ; 123 V 262 consid. 1b).

- 15 - e) La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 123 V 262 consid. 1a). f) Pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 138 V 409 consid. 6.2). En cas d'invalidité due à une atteinte à la santé psychique, cela implique, comme pour une atteinte à la santé physique, que celle-ci se soit déjà manifestée pendant la période de couverture de prévoyance et qu'elle ait influencé l'évolution de l'état de santé de manière reconnaissable (ATF 134 V 20 consid. 3.2 ; TF 9C_158/2018 du 19 décembre 2018 consid. 2). La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 134 V 20 consid. 3.2.1). 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

- 16 - 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 à compter du 1er janvier 2013 (applicable au moment des faits déterminants ; TF 9C_945/2011 du 22 mars 2012 consid. 2.2), l'art. 24 du règlement pour les employés temporaires de la Fondation B. _____ prévoyait ce qui suit : « 1. L'assuré qui est reconnu invalide par l'AI est également reconnu invalide par la Fondation, pour autant qu'il ait été assuré auprès de la Fondation lors du début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. 2. La Fondation peut, dans les 30 jours suivant la notification de la décision AI, recourir contre cette décision. 3. Le degré de l'invalidité de l'AI est déterminant pour le taux d'invalidité de la Fondation [...]. » Malgré le fait que les dispositions règlementaires de la Fondation B. _____ reprennent la définition de l'invalidité de l'assurance- invalidité, la défenderesse ne saurait être liée par la décision de l'OAI à défaut d'avoir été intégrée à la procédure de cet office et d'avoir reçu de la part de celui-ci une copie de la décision d'octroi de rente. b) La défenderesse soutient que le demandeur n'était plus affilié auprès d'elle lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Le demandeur considère pour sa part qu'il est incapable de travailler depuis son accident survenu le 30 mars 2015 et que celui-ci a provoqué une décompensation de son état de santé. 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. La défenderesse allègue que les rapports de prévoyance ont cessé le 31 août 2015, tandis que le demandeur évoque que ceux-ci ont perduré jusqu'au 23 novembre 2015. D'après les pièces versées au dossier (cf. rapport employeur complété le

E. 26

novembre 2015 à l'attention de l'OAI et courrier de résiliation des

- 17 - rapports de travail), les rapports de travail entre T. _____ SA et le demandeur ont débuté le 8 octobre 2014 pour prendre fin le 23 octobre 2015, de sorte que le demandeur devait être affilié après de la défenderesse jusqu'au 23 novembre 2015 (cf. art. 10 al. 3 LPP et art. 6 du Règlement de la Fondation). Quoiqu'il en soit, cette question peut rester ouverte, au vu des considérations développées ci-après. c) Il y a donc lieu de procéder à l'examen des pièces médicales au dossier et d'analyser séparément les atteintes à la santé du demandeur. aa) Sur le plan somatique, l'assuré a présenté, à la suite de son accident de la voie publique du 30 mars 2015, des douleurs au milieu du dos et au bassin, alors même que le bilan d'imagerie était normal. Le CT-scan du bassin réalisé le 2 avril 2015 n'a révélé aucune anomalie ni fracture. Une IRM du 10 avril 2015 a mis en évidence une déshydratation significative des disques L5-S1, d'origine dégénérative. Les médecins traitants ont alors posé les diagnostics de contusions lombaires (rapport du 12 mars 2015 du Dr K. _____) et de douleurs lombaires (rapport du 20 novembre 2015 du Dr G. _____). Tous deux ont estimé que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle, le Dr K. _____ retenant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de mouvement en porte-à-faux, pas de rotation du tronc. Les expertes du Bureau Q. _____ ont également retenu que l'assuré disposait d'une capacité de 90 % dans son activité habituelle, dès lors que celle-ci nécessitait rarement le port de charges supérieures à 25 kg qui devrait être évité. Dans toute activité ne nécessitant pas le port de telles charges, la capacité de travail était entière. Ainsi, comme l'a retenu l'OAI, l'atteinte à la santé d'ordre somatique présentée par l'assuré ne saurait être considérée comme durablement invalidante et ne fonde pas de droit pour

celui-ci à une rente d'invalidité de la part de la défenderesse.

- 18 - bb) Sur le plan psychiatrique, l'OAI a considéré, se fondant en particulier sur l'appréciation de la psychiatre traitante du Centre F. _____ et le rapport du Dr H. _____, que l'assuré était incapable de travailler pour des motifs d'ordre psychique depuis le mois de mai 2016, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de mai 2017. Dès lors que la décision de l'OAI ne peut être imposée à la défenderesse, il convient de procéder à l'analyse des pièces médicales au dossier. A cet égard, le demandeur requiert, dans ses déterminations du 12 février 2021, que le rapport d'expertise du Bureau Q. _____ ne soit pas pris en considération dans le cadre de la présente procédure, arguant que les constatations et les conclusions des expertes sont en totale opposition avec les avis des autres médecins ayant assuré son suivi et en particulier avec celui du Dr R. _____. Le demandeur a réitéré en substance les griefs soulevés devant l'OAI. Il précise que le projet de décision du 6 février 2019 de l'OAI est incorrect, en tant qu'il se fonde en partie sur des conclusions erronées des expertes et ne tient pas compte des certificats d'incapacité du Dr K. _____ ni du fait que l'assurance perte de gain a retenu une incapacité totale de travail du 23 février au 22 juin 2017. Il explique par ailleurs ne pas avoir persisté plus avant dans ses objections dans le cadre de la procédure AI dès lors que leur admission n'aurait pas modifié le début effectif du droit à la rente. L'OAI a mis en œuvre une expertise comportant notamment un volet psychiatrique, compte tenu des différents diagnostics précédemment posés par les médecins traitants et de l'évocation par la psychiatre traitante d'un trouble factice. L'experte psychiatre, la Dre L. _____, a conclu, au terme d'une appréciation fondée sur une anamnèse fouillée et détaillée ainsi que sur un dossier complet, que le demandeur ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique et que sa capacité de travail était pleine et entière. L'experte explique en outre les raisons pour lesquelles elle écarte les différents diagnostics retenus par ses confrères. Elle a ainsi relevé que les symptômes relatés par l'assuré ne permettaient pas de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique tel que défini par la Classification internationale des maladies de

- 19 - l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10) ; l'intéressé ne craignait pas pour sa vie, n'avait pas de flashback, n'avait pas présenté de pensée intrusive récurrente, ni de cauchemars récurrents de l'accident – bien qu'il évoque des troubles du sommeil, ni d'état de qui-vive permanent, d'émoussement affectif ou d'attaque de panique. En outre, le suivi psychiatrique, débuté en juin 2015, avait pris fin le 10 août 2015 au vu d'une évolution favorable sans traitement. Compte tenu du court suivi psychiatrique et de l'évolution, l'experte a estimé qu'une réaction aiguë à un facteur de stress pouvait tout au plus être retenue. Son appréciation rejoint ainsi celle du SMR qui avait également estimé qu'au vu du caractère bénin de l'accident, un état de stress post-traumatique pouvait difficilement être retenu (avis du 11 avril 2017). S'agissant du diagnostic d'épisode dépressif, l'experte a relevé que l'assuré évoquait une humeur dépressive (toutefois non objectivée durant l'entretien), un manque d'énergie (non objectivé), une absence de confiance en soi, des troubles du sommeil, une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer (non objectivée). Ainsi, les symptômes objectivés étaient insuffisants pour retenir un épisode dépressif léger, voire même une dysthymie. Quant au trouble de la personnalité paranoïaque, l'experte psychiatre n'a relevé aucun antécédent pathologique dans l'anamnèse, aucune dysfonction majeure ou déviation caractérielle grave permettant de retenir un tel diagnostic, ni d'évoquer un trouble de la personnalité. La sociabilité de l'assuré était maintenue, il participait à des réunions politiques, faisait des sorties à la

montagne avec des amis, échangeait sur les réseaux sociaux, participait à des fêtes et entretenait des contacts avec sa famille par webcam. Son fonctionnement au quotidien était également bien maintenu ; après s'être consacré à sa toilette, l'assuré effectuait les courses avec son épouse, se rendait à des rendez-vous, préparait le repas avec son épouse, allait nager tous les après-midis au lac, rejoignait des amis et jouait aux dominos, regardait la télévision à son retour au domicile, aidait sa femme à la préparation du repas et se rendait parfois au cinéma ou au restaurant. La recherche pour une anxiété généralisée, des attaques de panique, un état de stress post-traumatique, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble affectif bipolaire ou une psychose était négative. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant

- 20 - était également écarté, en l'absence de détresse émotionnelle et de conflits psychosociaux majeurs. L'experte a toutefois retenu une amplification des symptômes, au regard des discordances présentes entre le discours de l'assuré qui expliquait avoir peur de tout, son comportement durant l'entretien et dans son quotidien. L'assuré ne présentait ainsi pas de limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Les conclusions de l'experte sont ainsi claires et motivées. Ses constatations rejoignent au demeurant celles de la psychiatre traitante qui avait suggéré la réalisation d'une expertise pour investiguer un éventuel trouble factice. Il y a dès lors lieu de constater que le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels, y compris l'analyse structurée prévue par l'ATF 141 V 281, pour lui reconnaître une pleine valeur probante, à tout le moins pour ce qui concerne la période antérieure à 2016 qui est déterminante en l'espèce.

L'appréciation du Dr R. _____ du 20 juillet 2018 ne remet pas en cause les conclusions de l'experte psychiatre. Le diagnostic de schizophrénie sans précision est posé au terme d'une brève motivation, relevant plus de la supposition que du constat objectif. Le Dr R. _____ expose en effet que la problématique psychique de l'assuré évoquerait plutôt une pathologie compatible avec une schizophrénie, que les éléments étaient compatibles avec des symptômes psychotiques classiques et qui pouvaient donner un diagnostic imprécis en ce qui concerne le trouble. Le diagnostic retenu n'est par ailleurs confirmé par aucun médecin, pas même par ceux qui se sont prononcés après lui. Il repose en outre en partie sur les déclarations de l'épouse de l'assuré, soit des éléments non objectifs, alors même que l'appréciation de l'experte repose sur un dossier complet contenant les rapports et constatations des médecins traitants. Les observations du Dr R. _____ sont également éloignées de celles faites par les psychiatres consultés en 2015 ou 2016, en ce sens notamment que le discours était alors cohérent, que les délires persécutatoires constatés étaient orientés vers le conducteur de la voiture impliquée dans l'accident, étaient exempts d'hallucination auditive et s'amendaient au fil du temps. Elles le sont aussi des observations faites par l'experte en 2017, période durant laquelle il n'a pas été constaté de

- 21 - bizarrerie du comportement, d'aboulie, d'apathie, de perte d'intérêt ou d'éroussement affectif, mais de nombreux contacts sociaux et familiaux. Ainsi, le reproche du Dr R. _____ concernant l'absence de constat par l'experte de bizarrerie du comportement et de la perplexité de l'assuré ne saurait être retenu. Il appert en effet que ni l'experte psychiatre ni l'experte rhumatologue n'ont observé de tels comportements durant leurs entretiens cliniques, qui ont duré au total 4 heures et 45 minutes. L'experte psychiatre avait au demeurant connaissance des diagnostics posés par la psychiatre traitante, ayant mené à la mise en œuvre du mandat d'expertise, et a dûment fait état des plaintes de l'assuré, de ses observations cliniques et de son appréciation. Les conclusions de l'expertise

peuvent donc être suivies, ce qui n'exclut pas que l'état psychique de l'assuré se soit détérioré par la suite, comme semble l'avoir constaté le Dr R. _____ lors de ses entretiens de mai et de juin 2018. Les conclusions de ces médecins ne s'opposent dès lors pas. Cela étant, il s'agit en l'occurrence de savoir si l'atteinte psychiatrique invalidante existait déjà avant la fin du rapport de prévoyance, en 2015. Or, ni l'expertise ni le rapport du Dr R. _____ ne permettent de le constater. Il en va autrement des rapports de la Dre D. _____, psychiatre traitante à cette époque. Toutefois, les diagnostics posés par cette dernière, et partant son appréciation de la capacité de travail, ont été écartés de manière convaincante par l'experte L. _____ dans son rapport du 15 novembre 2017. Ainsi, l'absence de diagnostics psychiatriques incapacitants en 2015 conduit à exclure toute invalidité dont l'origine serait une atteinte psychiatrique née avant fin 2015. Cela est au demeurant confirmé par les propres constatations de la Dre D. _____. L'assuré a en effet débuté un suivi auprès de cette psychiatre au mois de juin 2015. Le suivi a pris fin le 10 août 2015 en raison d'une évolution favorable sans traitement (cf. rapport du 21 janvier 2016). A cette période, les seules limitations fonctionnelles évoquées concernent le registre somatique, avec le port de charges, les mouvements en porte-à-faux et en rotation du tronc. Aussi, si une atteinte psychiatrique existait

- 22 - alors, celle-ci n'était pas incapacitante, ce qui est confirmé par l'absence de certificat médicaux établis par un médecin psychiatre durant cette période. Le suivi psychiatrique a par la suite été repris, à une date indéterminée, avant d'être à nouveau arrêté, par consentement mutuel, en raison d'une rémission complète en mars 2016 (cf. rapport du 21 décembre 2016). A ce moment-là, les rapports de prévoyance avaient déjà pris fin. La Dre D. _____ a ensuite fait état de l'apparition, durant l'été 2016, d'une angoisse de persécution avec idées délirantes et évoque, pour la première fois, un trouble de la personnalité paranoïaque décompensé et une somatisation de type hypocondriaque constituant une nouvelle atteinte. La psychiatre traitante a indiqué, dans son rapport du 21 décembre 2016, que l'assuré était incapable de travailler depuis le 23 mai 2016. Or, il apparaît que cette incapacité de travail était alors due à l'exacerbation des dorso-lombalgies survenues au cours d'un stage auprès de la Fondation W. _____, soit une cause somatique. L'angoisse de persécution n'est apparue qu'après, durant l'été 2016. La Dre D. _____ confirme, dans son rapport du 13 février 2017 à l'attention du conseil du demandeur, que la décompensation psychiatrique est survenue en août 2016, après une phase de rémission complète de son premier épisode dépressif. Elle précise encore que l'accident de la voie publique a pu contribuer à déclencher une décompensation, à la suite d'un arrêt de travail et des problèmes financiers. Or, il s'agit-là de critères extra-médicaux, également relevés par l'experte psychiatre, expliquant l'incapacité de travail et qui ne sauraient entrer en considération en l'espèce. Il apparaît ainsi que durant les rapports de prévoyance, l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail pour des motifs psychiques et qu'une décompensation psychiatrique est survenue en août 2016, soit après la fin des rapports de prévoyance. Cette constatation n'est pas non plus remise en question par l'appréciation du Dr G. _____ qui indiquait, dans un rapport reçu le 20 novembre 2015 par l'OAI, que le rendement de l'assuré était réduit, dans son activité habituelle, en raison de troubles psychiatriques. Cet avis n'est toutefois pas suffisamment objectivé médicalement pour être suivi, ce d'autant qu'il n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

- 23 - On observera encore que les constatations faites par le Dr H. _____, sur lesquelles l'OAI s'est fondé pour retenir une atteinte incapacitante en raison du diagnostic de traits de la personnalité paranoïaque de type quérulent-processif, rejoignent les descriptions de la situation faites par les autres médecins après 2018. Cela étant, le Tribunal fédéral a déjà été amené à constater à plusieurs reprises que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 ; 9C_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1; 9C_506/2013 du 18 décembre 2013 consid. 4.3). Ainsi, ce diagnostic ne saurait être considéré comme incapacitant, peu importe qu'il soit avéré ou non en 2015. On ajoutera enfin que le fait que l'assurance perte de gain maladie ait pris en charge le cas de l'assuré, à la suite de l'assurance- accidents, ne suffit pas à fonder un droit de l'intéressé à une rente invalidité du deuxième pilier. En effet, la reconnaissance par cette assurance d'une incapacité de travail ne signifie pas encore que celle-ci existait au moment des rapports de prévoyance ni qu'elle soit à l'origine d'une invalidité. Or, aucun document médical ne permet de l'attester. d) Au 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. L'OAI ne le retient d'ailleurs pas non plus puisqu'il conclut à une incapacité de travail due à de nouvelles atteintes invalidantes dès le mois de mai 2016. 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, soit en 2015 encore. Le demandeur échoue ainsi à la preuve de son droit à une prestation de la part de la défenderesse. Compte tenu du laps de temps écoulé depuis la fin des rapports de prévoyance et de la difficulté à apprécier rétrospectivement un état psychique et son évolution, toute tentative de vouloir compléter

- 24 - l'instruction sur cette question apparaît vouée à l'échec. La réquisition d'auditions du demandeur et de son épouse en qualité de témoin est rejetée, celles-ci n'étant pas à même d'apporter des éléments complémentaires quant au début de l'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. La demande d'expertise doit également être rejetée, dès lors que de nombreux rapports médicaux figurent déjà au dossier, ainsi qu'une expertise qui analyse notamment les rapports des psychiatres traitants ayant suivi l'assuré lors de la période litigieuse. Les pièces au dossier sont suffisantes pour se prononcer, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction. 5. a) Mal fondée, la demande formée par C. _____ contre la Fondation B. _____ 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 à la partie demanderesse, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 LPA-VD). La partie défenderesse, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

- 25 -