

# VD\_GERICHTE ZI23.049280 vom 9. Oktober 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-10-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZI23.049280](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI23.049280)

FR: VD\_GERICHTE ZI23.049280 du 9 octobre 2024

IT: VD\_GERICHTE ZI23.049280 del 9 ottobre 2024

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL PP 34/23 - 41/2024 ZI23.049280 CO UR DE S ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Jugement du 9 octobre 2024 \_\_\_\_\_ Composition : M. PIGUET, président Mmes Berberat et Livet, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : N. \_\_\_\_\_, à C. \_\_\_\_\_, demanderesse, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et CAISSE DE PENSIONS DE L'ÉTAT DE VAUD, à Lausanne, défenderesse, représentée par Me Alexandre Bernel, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 23 LPP 406

- 2 - E n f a i t : A. a) N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1970, a travaillé à plein temps en qualité d'employée de bureau spécialisée pour le compte de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS du 15 novembre 1993 au 29 février 1996. A ce titre, elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (ci-après : la CPEV ou la défenderesse). Souffrant d'un diabète et de diverses affections associées, N. \_\_\_\_\_ a déposé, le 20 février 1995, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (rapport du 8 mars 1995 du Dr T. \_\_\_\_\_, lequel retenait les diagnostics de diabète de type I insulino-dépendant, de syncope consécutive à un traitement de Teldane, de gastrite chronique antrale avec présence d'Helicobacter et d'urticaire, et rapports des 6 septembre 1994, 15 mars 1995 et 3 avril 1995 de la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie). Dans un nouveau rapport daté du 2 février 1996, la Dre L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de chondropathie rotulienne, de status après exérèse d'une exostose en regard de la première articulation métatarso-phalangienne gauche symptomatique dans le cadre d'un trouble statique plantaire avec syndrome de surcharge des premiers rayons des deux côtés, d'état anxieux chronique avec intolérance au stress et de diabète insulino-dépendant nécessitant plusieurs injections d'insuline par jour. Cette médecin a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 %.

- 3 - Par décision du 13 mai 1996, l'office AI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1er février 1996, basée sur un degré d'invalidité de 50 %. b) Par courrier du 13 mars 1996, la CPEV a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité définitive de la prévoyance professionnelle de 50 % dès le 1er mars 1996. c) Ensuite d'une procédure de révision engagée en février 1997, l'office AI a, par communication du 30 octobre 1997, maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité. d) Complétant, le 12 décembre 1998, un questionnaire dans le cadre d'une révision d'office de la prestation servie, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de janvier 1996. Après avoir recueilli des renseignements auprès de la Dre L. \_\_\_\_\_ et des Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie,

H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapports des 13 janvier, 5 mars, 14 avril et 7 juin 1999), l'office AI a, par décision du 24 août 1999, maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité. Selon les éléments médicaux en sa possession, l'aggravation n'avait été que passagère et son état de santé était désormais stabilisé, si bien que sa capacité de travail était toujours de 50 %. e) Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision, l'assurée a indiqué, le 12 mars 2000, que son état de santé s'était aggravé, joignant au questionnaire un certificat médical établi par le Dr Q. \_\_\_\_\_ le 2 mars 2000, aux termes duquel ce médecin attestait d'une incapacité totale de travail dès le 1er janvier 2000. Dans un rapport du 27 avril 2000, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un diabète sucré insulino-dépendant, relativement instable jusqu'en mars 2000 et actuellement mieux équilibré, des fibromyalgies

- 4 - multiples, invalidantes, une arthrose localisée aux pieds, un asthme allergique, calme, ainsi que des malaises cardio-vasculaires d'origine indéterminée. Il a en outre relevé des problèmes gynéco-urinaires à répétition et un syndrome de fatigue chronique. D'après ce médecin, l'incapacité de travail était de 50 % de 1996 au 31 décembre 1999 puis de 75 % depuis lors. Mandatée par l'office AI en qualité d'experte, la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a, dans son rapport du 4 avril 2001, posé le diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – de diabète de type I depuis 1994, ainsi que ceux – sans répercussion sur la capacité de travail – de malaises possiblement d'origine vaso-vagale, de gonalgies bilatérales sur chondropathie rotulienne, de douleurs des deux avant-pieds sur discret affaissement de la voûte antérieure avec surcharge du premier rayon des avant-pieds, de status après opération de la première articulation métatarso-phalangienne à gauche, de cervico-dorso-lombalgies intermittentes sur discrets troubles statiques et tendo-myogélose depuis 1993, de possible lyse isthmique bilatérale de L5 sans glissement vertébral, de douleurs de la hanche droite d'origine musculo-ligamentaire depuis 1998 et d'asthme allergique. L'experte a estimé que, sur le plan strictement rhumatologique, l'assurée présentait une incapacité de travail de 30 % en tant qu'employée de commerce, celle-ci étant facilement stressée et débordée, ce qui se manifestait par une recrudescence des douleurs tant rachidiennes qu'articulaires. Elle a ajouté qu'une appréciation strictement rhumatologique de la capacité de travail, ne lui semblait pas correcte et qu'il convenait plutôt de privilégier une évaluation fondée sur une approche pluridisciplinaire. Selon elle, l'assurée présentait de longue date une fatigue et une fatigabilité importante semblant la limiter dans ses activités, cette fatigue étant probablement à mettre en partie en relation avec un diabète difficilement équilibrable ainsi qu'avec un probable trouble psychiatrique. La Dre B. \_\_\_\_\_ a rappelé que l'assurée avait été suivie par un psychiatre et que la Dre L. \_\_\_\_\_ avait aussi relevé un probable trouble anxio-dépressif. Concernant l'activité exercée, elle a jugé que, sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas de contre-indication à

- 5 - l'activité d'employée de bureau, pour autant que ce poste de travail permette d'alterner la position assise et debout. Elle était en particulier d'avis qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une diminution de rendement si l'emploi devait comporter des horaires réguliers et fixes, à la mi-journée, et permettait à l'intéressée de faire ses injections d'insuline de manière régulière. Par décision du 26 septembre 2001, l'office AI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, au motif que, selon les renseignements médicaux au dossier, elle présentait toujours une incapacité de travail de 50 %. Statuant sur

le recours formé par l'assurée contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances (désormais : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) l'a rejeté par jugement du 14 mars 2003 (cause AI 406/01 – 160/2003). L'office AI était toutefois invité à solliciter un rapport auprès du psychiatre traitant de l'assurée, dans la mesure où cette dernière avait fait état, en cours de procédure, d'une péjoration de son état de santé en raison de troubles psychiques apparus postérieurement à la décision attaquée. f) Dans un rapport du 26 juillet 2002, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il se chargeait du suivi de l'assurée depuis le 27 mai précédent. Ce médecin a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de trouble dépressif majeur d'intensité légère et de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, ainsi que ceux – sans répercussion sur la capacité de travail – de probable trouble de la personnalité de type borderline et d'abus d'alcool. D'après ce médecin, l'incapacité de travail était de 70 % au début du suivi. A la demande du médecin-conseil de l'office AI, le Dr V. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 30 juin 2003. Dans un rapport du 4 juillet 2003, ce médecin a souligné que le fait de contraindre l'intéressée à retrouver un emploi à brève échéance était susceptible de contribuer à une rechute sur

- 6 - le plan psychique ; des complications liées au diabète n'étaient pas non plus exclues. Compte tenu de l'état clinique, il paraissait prématuré d'envisager un taux d'activité supérieur à 50 %. Après avoir sollicité l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (avis médical du 11 décembre 2003 ; [ci-après : le SMR]), l'office AI a, par décision du 21 janvier 2004, maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail de 50 %. g) Le 6 octobre 2005, l'assurée a déposé une demande de révision de la prestation d'assurance servie en faisant état d'une nouvelle dégradation de son état général. Par décision du 16 février 2006, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande. h) Désormais domiciliée dans le canton de Fribourg, l'assurée a, par courrier du 1er mars 2010, informé l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'OAI-FR), d'une péjoration de son état de santé, invoquant une hypothyroïdie, des problèmes dorsaux ainsi qu'une difficulté à stabiliser son diabète. Dans un rapport du 10 octobre 2012, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de lombalgie chronique dès 2009 et de syndrome douloureux avec fatigue chronique. Sur le plan somatique, l'état de l'intéressée se caractérisait essentiellement par une symptomatologie douloureuse (ostéo-articulaire au niveau de l'épaule droite, temporo-mandibulaire et lombaire), tandis que, sous l'angle psychiatrique, elle présentait une thymie neutre à abaissée. D'après ce médecin, la capacité de travail n'excédait pas 20 %. Le 27 octobre 2014, l'OAI-FR a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), dont il a confié la

- 7 - réalisation aux Drs D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 novembre 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu pour seuls diagnostics – sans incidence sur la capacité de travail – un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble hypocondriaque. Au terme de son examen, ce médecin a estimé que le principal problème de l'assurée se rapportait aux douleurs annoncées, lesquelles relevaient du registre somatique. Ainsi, en l'absence d'atteinte psychiatrique et de comorbidité psychiatrique aux différentes maladies, elle était en mesure de travailler à plein temps. Le 20 janvier 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport. Ce médecin a posé le diagnostic rhumatologique –

avec effet sur la capacité de travail – de lombalgies chroniques aspécifiques, ainsi que ceux – sans répercussion sur la capacité de travail – de syndrome douloureux diffus ostéo-articulaire et d’arthrose métatarso-phalangienne du premier rayon du pied gauche. Il a jugé qu’il n’y avait pas eu de changement de la capacité de travail d’un point de vue rhumatologique depuis l’expertise de la Dre B.\_\_\_\_\_, si bien qu’il a retenu une capacité de travail de 70 % en toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Une expertise endocrinologique a également été réalisée à la demande de l’OAI-FR. Dans son rapport du 8 mai 2015, la Dre W.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe auprès de la Polyclinique K.\_\_\_\_\_, a retenu qu’une hypothyroïdie auto-immune et un diabète de type I étaient « tout à fait compatibles avec une activité d’employée de commerce à 70 % comme estimée en 2001 ». Dans un rapport du 12 mai 2015 établi à l’intention de l’OAI-FR, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 10 octobre 2012, tout comme il a maintenu que la capacité de travail n’excédait pas 20 à 30 %.

- 8 - Dans un avis médical du 7 juillet 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a fait siennes les conclusions des rapports d’expertise psychiatrique (Dr R.\_\_\_\_\_), rhumatologique (Dr D.\_\_\_\_\_) et endocrinologique (Dre W.\_\_\_\_\_), si bien qu’il a retenu une capacité de travail, déterminée par l’atteinte ostéo-articulaire, de 70 % dans l’activité habituelle. Pour le reste, les rapports établis par les médecins consultés en lien avec des problèmes pneumologiques, ophtalmologiques et gynécologiques ne contenaient aucun élément susceptible d’infirmier l’évaluation expertale. Par décision du 7 mars 2016, l’OAI-FR a maintenu le droit de l’assurée à une demi-rente d’invalidité, basée sur un degré d’invalidité de 50 %. i) Le 1er mai 2017, l’assurée a transmis à l’OAI-FR un rapport établi le 21 avril 2017 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ce médecin y posait les diagnostics de douleurs à l’épaule droite, de lombalgies, d’arthrose métatarso-phalangienne des gros orteils, d’arthrose temporo-mandibulaire, de sensibilité mécanique des genoux (chondropathie), de diabète de type I, d’hypothyroïdie, de vitiligo, d’endométriase, d’athéromatose bulbaire et carotidienne externe droite non sténosante, de status post-hystérectomie et ovariectomie en 2014, de perturbation du sommeil, d’asthme bronchique et d’allergie au Gadovist. Dans un rapport médical du 25 mai 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a indiqué que l’état de sa patiente s’était aggravé depuis le mois de mai 2018. Ensuite d’un projet de décision de refus d’entrer en matière du 21 août 2018, l’assurée a fait parvenir à l’OAI-FR, le 20 septembre 2018, un récapitulatif de l’ensemble de ses atteintes à la santé, en regard desquelles figuraient le nom des médecins consultés et les médicaments prescrits.

- 9 - S’exprimant sur les pièces médicales au dossier, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a écrit ce qui suit dans un rapport du 1er octobre 2018 sous l’intitulé « nouveaux éléments apportés incluant un/des nouveau/x diagnostic/s » : Selon le Dr A.A.\_\_\_\_\_ : absence d’insuffisance artérielle des membres supérieurs, écho-doppler veineux des membres supérieurs normal, syndrome du défilé thoracique. Selon le Dr B.B.\_\_\_\_\_ : signes d’arthrite acromio-claviculaire, discrète bursite sous-acromiale, ténosynovite du long chef du biceps, discopathie L5-S1 avec rupture annulaire postéro-médiane avec une protrusion discale. Selon le Prof. C.C.\_\_\_\_\_ : sommeil très déficitaire, ainsi capacité de travail de 20 %. Selon le Prof. D.D.\_\_\_\_\_ : capsulite rétractile droite en phase inflammatoire. Selon le Dr E.E.\_\_\_\_\_ : absence d’autre maladie auto-immune décelable, vitiligo, diabète de type I, hypothyroïdie auto-immune, dysfonction des cordes vocales, rhinite et asthme, notion d’hypersensibilité, hypercholestérolémie, endométriase.

Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, les nouvelles pièces médicales versées au dossier ne faisaient pas état d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée de nature à réduire durablement l'exigibilité médico- théorique précédemment fixée. Par décision du 9 octobre 2018, l'OAI-FR a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 1er juin 2018, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la décision du 7 mars 2016. A la suite du recours formé par l'assurée le 29 octobre 2018 contre cette décision, l'OAI-FR a, dans sa réponse au recours du 21 novembre 2018, considéré qu'il convenait d'annuler la décision attaquée et d'entrer en matière sur la demande de prestations, ce dont le Tribunal cantonal a pris acte par arrêt du 30 novembre 2018. j) Reprenant l'instruction, l'OAI-FR a demandé au Dr J. \_\_\_\_\_ d'établir un nouveau rapport, ce que celui-ci a fait en date du 1er février 2019. Ce médecin y posait les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de capsulite rétractile de l'épaule droite et de trouble

- 10 - psychiatrique indéterminé, cette atteinte faisant actuellement l'objet d'une prise en charge. Dans un rapport du 18 juin 2019, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics incapacitants de trouble somatoforme douloureux (fibromyalgie) connu de longue date (mentionnée au moins en 2015), de trouble lié à l'utilisation d'alcool (abus nocif pour la santé) évoqué au moins en 2015 et de trouble mixte de la personnalité. D'après ce médecin, la capacité de travail était nulle. Dans un rapport médical du 2 septembre 2019, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : Les rapports de consultations du Prof. D.D. \_\_\_\_\_ concernant la capsulite rétractile font état d'une récupération, n'attestent ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail. Le traitement a pris fin à la deuxième consultation du 16 octobre 2018. Le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant confirme le 1er février 2019 l'état de santé amélioré avec évolution favorable de la capsulite. Il ne mentionne ni limitations fonctionnelles, ni exigibilité médicale chiffrée, mais précise dans l'annexe au rapport qu'une activité adaptée est exigible, « à évaluer ». L'endocrinologue atteste une hypothyroïdie bien substituée et stable, sans impact sur la capacité de travail et un diabète type 1 « par période labile ». Il n'est fait mention d'aucune complication systémique du diabète, d'aucune limitation fonctionnelle et d'aucune incapacité de travail. Le psychiatre diagnostique un trouble somatoforme douloureux F45.4, de longue date, une utilisation d'alcool « abus nocif pour la santé » depuis au moins 2015 et un trouble mixte de la personnalité (par définition présent depuis l'adolescence), Il estime qu'aucune activité n'est exigible. Le service de médecine du sommeil retient un « probable retard de phase du rythme circadien » entraînant une difficulté à se lever le matin, sans somnolence diurne objectivée et sans altération de la capacité de travail. Au vu de ces éléments, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a estimé qu'aucun des rapports médicaux sus-mentionnés n'avait fait état d'une aggravation avec effet sur la capacité de travail, si bien que l'exigibilité médico- théorique était toujours de 70 %.

- 11 - Par projet de décision du 11 novembre 2019, l'OAI-FR a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande d'augmentation de rente, au motif qu'aucun élément médical n'avait rendu plausible une aggravation de son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de travail, laquelle demeurait fixée à 50 %. Du 6 au 14 avril 2020, l'assurée a séjourné en mode volontaire au centre de soins hospitaliers de P. \_\_\_\_\_ à la suite d'un tentamen médicamenteux survenu dans un contexte de tension familiale importante. Dans un rapport du 19 juin 2020, la Dre F.F. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de

troubles mixtes de la personnalité avec d'autres troubles de la personnalité. Dans un rapport du 25 juin 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics figurant dans son rapport du 18 juin 2019, auxquels il a ajouté celui d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère. D'après ce médecin, le pronostic était durablement mauvais en ce qui concernait la récupération d'une capacité de travail compte tenu d'une situation enkystée, si bien qu'il a estimé que l'exigibilité était nulle et qu'il n'y avait pas de poste adapté. Dans un nouveau rapport du 15 septembre 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif majeur (épisode actuel modéré) existant depuis l'été 2019, de trouble somatoforme douloureux (fibromyalgie), de trouble lié à l'utilisation d'alcool (abus nocif pour la santé) et de trouble mixte de la personnalité. Ce médecin a souligné qu'il s'agissait d'une situation clinique très complexe avec des interactions entre les troubles psychiques et organiques. Ainsi, les douleurs et la fatigue avaient une origine mixte et étaient imputables, soit au diabète, soit au trouble somatoforme voire au trouble dépressif. Mandaté par l'OAI-FR, le Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ a procédé à l'expertise pluridisciplinaire de l'assurée, avec volets

- 12 - orthopédique (Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), psychiatrique (Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et de médecine interne (Dr I. \_\_\_\_\_, médecin praticien). Dans leur rapport du 2 novembre 2020, les experts ont retenu dix diagnostics incapacitants, tandis que 19 pathologies ont été considérées comme sans répercussion sur la capacité de travail. D'un point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail était nulle en toute activité. Sollicité pour détermination, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fait sienne l'appréciation expertale (rapport du 4 novembre 2020). Par projet de décision du 9 décembre 2020, annulant et remplaçant celui du 11 novembre 2019, l'OAI-FR a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité sur la base des constatations suivantes : Il ressort de votre dossier que vous êtes au bénéfice d'une demi- rente d'invalidité au taux de 50 % à partir du 1er février 1996. Une demande de révision de rente a été déposée le 1er juin 2018 suite à l'aggravation de votre état de santé. Il ressort des pièces médicales en notre possession et des investigations médicales, notamment du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2020, que votre état de santé s'est aggravé, dans un premier temps au niveau orthopédique en mai 2018 suite à une capsulite rétractile droite, puis ensuite pour raison psychiatrique en juin 2019. Selon les conclusions de dite expertise, vous présentez une capacité de travail nulle pour toute activité lucrative pour raison psychiatrique depuis le mois de juin 2019. Il y a lieu également de vous reconnaître une incapacité de travail totale pour la période de mai 2018 à novembre 2019 suite à votre problématique orthopédique. Au vu de ce qui précède, le droit à la rente entière à 100 % est reconnu dès le 1er août 2018, soit 3 mois après l'aggravation de votre état de santé constatée en mai 2018 ». Par décision du 31 mars 2022, l'OAI-FR a entériné l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à son projet de décision du 9 décembre 2020.

- 13 - k) Dans un courrier du 23 mai 2022 au conseil de l'assurée, Me Jean-Michel Duc, avocat, la CPEV a indiqué ce qui suit : Nous nous référons à la demande de Madame N. \_\_\_\_\_ pour l'analyse d'une éventuelle augmentation de sa rente d'invalidité. Pour rappel, Mme N. \_\_\_\_\_ est au bénéfice d'une pension d'invalidité définitive partielle de 50 % depuis le 1er mars 1996. Pour cette incapacité, elle perçoit une pension mensuelle de CHF 827.50. Par sa décision du 11 mai 2022, notre médecin conseil, le Dr U. \_\_\_\_\_, estime qu'il n'est pas justifié de lui reconnaître des prestations d'invalidité supplémentaires.

En effet, selon les éléments médicaux en sa possession, il a constaté que l'aggravation de son état de santé ayant amené l'Assurance- invalidité fédérale à lui octroyer une rente entière dès le 1er août 2018 résulte d'une nouvelle atteinte à la santé survenue dès 2018. Force est de constater que le lien de connexité temporel et matériel est rompu. Il n'incombe donc pas à notre Caisse de prendre en charge l'aggravation de l'état de santé de Madame N.\_\_\_\_\_. Une réclamation peut être déposée contre la présente décision dans les trente jours dès sa notification (soit dès la réception par l'assuré). La réclamation écrite et brièvement motivée doit être adressée au Conseil d'administration de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, case postale 288, 1001 Lausanne. [Salutations] I) Ensuite de la réclamation formée par l'assurée le 27 juin 2022, la CPEV a maintenu sa position par pli du 13 juillet 2022. B. a) Par acte du 10 novembre 2023, N.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Duc, a ouvert action contre la CPEV devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une « pension d'invalidité définitive de 100 % depuis le 1er août 2018, avec intérêt à 5 % l'an dès le dépôt de la présente action ». Se prévalant du rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 2 février 1996 et de celui du Centre d'expertises G.\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2020, elle estimait que ses problèmes psychiatriques invalidants existaient déjà au moment de la reconnaissance de sa rente d'invalidité définitive partielle de 50 %, accordée en 1996. C'était d'ailleurs ces mêmes troubles qui avaient entraîné par la suite une

- 14 - incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique, comme l'avait expliqué la Dre E.\_\_\_\_\_. Il fallait dès lors admettre l'existence d'une connexité matérielle, tout comme celle d'une connexité temporelle, puisqu'elle n'avait jamais été à même d'exercer une quelconque activité lucrative depuis sa dernière activité auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS. b) Dans sa réponse du 8 mars 2024, la CPEV a conclu au rejet des conclusions de la demande. Elle a relevé que, selon le dossier médical constitué, la première affection invalidante à l'origine d'une incapacité totale de travail dès 1995 avait consisté en un diabète et que le suivi psychiatrique assuré à l'époque avait été mis en place en raison de l'impact psychique de cette maladie. Par ailleurs, les experts du Centre d'expertises G.\_\_\_\_\_ avaient reconnu un caractère incapacitant dès le mois de juin 2019 aux pathologies suivantes : personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), personnalité paranoïaque (F60.00) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation continue (F10.25). Selon les experts, ce n'était qu'à partir de 2019 que les troubles s'étaient décompensés ; autrement dit, jusque-là, les troubles avaient été bien compensés par la personne assurée et n'avaient pas conduit à des souffrances psychiques. Or, pour qu'une connexité matérielle puisse être admise, il ne suffisait pas que l'affection devenue invalidante ait déjà existé à une époque antérieure à laquelle l'intéressée était assurée auprès d'une institution de prévoyance. Il était au contraire requis que cette affection ait déjà causé une incapacité de travail à l'époque de la couverture d'assurance par l'institution de prévoyance visée. Tel n'était en l'occurrence pas le cas. c) Par réplique du 25 avril 2024, l'assurée a relevé qu'elle avait été confrontée à une situation catastrophique durant son enfance déjà et qu'elle avait présenté des atteintes psychiques au moment de l'octroi d'une rente d'invalidité définitive en 1996. En effet, dans son rapport du 2 février 1996, la Dre L.\_\_\_\_\_ avait souligné que, en raison de son état anxieux chronique, l'intéressée était vite stressée et débordée

- 15 - en cas de surcharge. Pour cette même raison, son seuil douloureux était perturbé. Aussi, ce médecin avait admis, dans ce même rapport, que l'atteinte psychique

retentissait négativement sur la capacité de travail. Renvoyant pour le surplus aux explications développées dans son mémoire de demande, l'assurée a déclaré en confirmer intégralement les conclusions. d) Dupliquant en date du 9 juillet 2024, la CPEV a réaffirmé sa position selon laquelle il n'y avait aucune affection psychique invalidante à l'époque de l'affiliation de l'assurée auprès d'elle dans les années 1990. A l'appui de son assertion, elle a cité, outre le rapport du Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_, celui établi le 24 novembre 2014 par le Dr R. \_\_\_\_\_, d'après lequel l'intéressée pourrait travailler mais que le principal problème était la douleur et les différentes maladies vécues comme pénibles, sans pour autant que celles-ci ne provoquent de troubles dépressifs ou cognitifs. Elle a déclaré confirmé sa conclusion, tendant au rejet des conclusions de la demande. 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

- 16 - du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. d) En l'espèce, l'action de la demanderesse, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle elle a été engagée, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière. 2. Le litige a pour objet la question de savoir si la demanderesse peut prétendre depuis le 1er août 2018 à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de 100 % de la part de la défenderesse, en lieu et place de la rente partielle de 50 % qu'elle perçoit actuellement. 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. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable en l'espèce (ATF 148 V 21 consid. 5.3), l'art. 24 al. 1 LPP prévoit que 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. 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

- 17 - 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 loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité (LAI ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). d) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est – ou était – affilié 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).

- 18 - 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

- 19 - 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). h) Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire, où la modification ou la suppression d'une rente est soumise aux

mêmes conditions matérielles que la révision ou la reconsidération d'une rente de l'assurance-invalidité en l'absence d'une disposition contraire dans les statuts ou le règlement de prévoyance (ATF 143 V 434 consid. 3.4 ; 133 V 67 consid. 4.3.1), qu'en matière de prévoyance plus étendue, le droit aux prestations doit en principe être adapté lorsque celui-ci ne correspond objectivement pas ou plus à la situation de fait ou de droit actuelle (ATF 138 V 409 consid. 3.2). 4. a) En vertu des art. 30 al. 2 LCP (loi du 18 juin 2013 sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud ; BLV 172.43) et 133 al. 4 du règlement des prestations de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (RCPEV), lorsque la retraite, l'invalidité ou le décès est survenu avant le 1er janvier 2014, les prestations servies par la CPEV ainsi que les prestations qui en découleront sont allouées conformément aux dispositions prévues par la loi du 18 juin 1984 sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (ci-après : aLCP), abrogée au 1er janvier 2014 au profit de la nouvelle LCP. b) L'art. 59 al. 1 aLCP prévoit que les prestations de la Caisse sont révisées chaque fois que les conditions qui ont donné naissance à la pension d'invalidité se modifient. 5. 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. En l'occurrence, la couverture s'est étendue du 1er décembre 1993 (selon demande d'admission du 30 novembre 1993 [art. 7 al. 1 aLCP]) au 29 février 1996 (selon courrier de la CPEV du 13 mars 1996 [art. 8 al. 1 let. a aLCP]). 6. a) En l'espèce, la demanderesse s'est vu reconnaître le droit à des prestations d'invalidité de l'assurance-invalidité et de la prévoyance

- 20 - professionnelle en raison d'un tableau clinique multi-symptomatique à l'origine d'une incapacité de travail de 50 %. D'après le rapport médical établi le 2 février 1996 par la Dre L. \_\_\_\_\_, sur lequel se sont appuyées l'assurance-invalidité et, apparemment, la défenderesse (cf. rapport du médecin cantonal adjoint du 27 février 1996) pour rendre leur décision respective, la demanderesse présentait alors une chondropathie rotulienne, un status après exérèse d'une exostose en regard de la première articulation métatarso-phalangienne gauche symptomatique (dans le cadre d'un trouble statique plantaire avec syndrome de surcharge des premiers rayons des deux côtés), un état anxieux chronique avec intolérance au stress, ainsi qu'un diabète insulino-dépendant nécessitant plusieurs injections d'insuline par jour. b) La demanderesse s'est vu reconnaître, par décision de l'OAI-FR du 31 mars 2022, le droit à une rente entière de l'assurance- invalidité à compter du 1er août 2018 en raison du tableau clinique suivant : 1. Personnalité émotionnellement labile de type borderline ; 2. Personnalité paranoïaque ; 3. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation continue ; 4. Lombalgies basses sur lyse isthmique L5, sans listhésis ; 5. Arthrose métatarso-phalangienne du premier rayon des deux pieds avec status après opération de remodelage de la première articulation métatarso-phalangienne gauche externe en 1995, actuellement douleurs des deux gros orteils ; 6. Psoriasis, connu depuis avril 2017 ; 7. Diabète de type 1, connu depuis l'âge de 21 ans, avec complication neurologique sous forme de neuropathie des membres inférieurs ; 8. Asthme et rhinite, connus depuis 2000 ; 9. Syndrome du vol sous-clavier, probable, connu depuis 2016 ; 10. Troubles de la concentration et de l'attention, avec : - sommeil peu récupérateur et insomnies de maintien ; - retard de phase de rythme. D'après le rapport d'expertise établi par le Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ le 2 novembre 2020, elle présentait sur le plan orthopédique une capacité de travail de 70 % à tout le moins depuis le 16 janvier 2015 (date correspondant à l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr D. \_\_\_\_\_) ; en raison d'une épaule gelée, la capacité de travail s'était néanmoins provisoirement avérée nulle de mai 2018 à novembre 2019

- 21 - (date à laquelle la prise en charge rhumatologique par l'Hôpital G.G. \_\_\_\_\_ s'est terminée). Sur le plan psychiatrique, il n'était pas retrouvé de troubles de nature psychiatrique incapacitants du 7 mars 2016 au 18 juin 2019, date à laquelle le psychiatre traitant de la demanderesse, le Dr X. \_\_\_\_\_, a attesté une incapacité totale de travailler. Sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail a toujours été de 100 %. c) aa) S'exprimant à propos des atteintes à la santé susceptibles d'avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles de la demanderesse, les experts du Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ ont estimé que, tant les pathologies orthopédiques que celles relevant de la médecine interne n'entraînaient que des troubles légers, alors que les troubles psychiques revêtaient une intensité qualifiée de « grave ». De fait, les atteintes qui justifient actuellement une rente entière de l'assurance-invalidité sont principalement un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, un trouble de la personnalité paranoïaque et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue d'alcool. Selon la Dre E. \_\_\_\_\_, les deux modes de fonctionnement des troubles de la personnalité concomitants se nourrissent réciproquement, les troubles de la personnalité paranoïaque impliquant un besoin de se défendre. Dans les modalités de mise en place de cette défense, la personne assurée montre des fonctionnements de type borderline, à savoir impulsifs, sans mesurer les conséquences de ses choix de réactions. Construits sur un parcours de vie traumatique à répétition dans l'enfance et dans l'adolescence, ils ont été bien compensés par l'intéressée et n'ont pas conduit à des souffrances psychiques pouvant être incapacitantes (cf. rapport d'expertise du Centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2020, p. 59). Ce n'est qu'à partir de 2019 que le trouble se décompense et que les difficultés dans les relations interpersonnelles deviennent de plus en plus fréquentes, comme l'indique le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 juin 2019. Certes, dans son rapport du 26 juillet 2002, le Dr V. \_\_\_\_\_ soupçonnait déjà l'existence d'un trouble de la personnalité borderline ; il estimait toutefois que ledit trouble n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail, même s'il s'était révélé

- 22 - significatif lors de sa consultation du 30 juin 2003 (cf. rapport du 4 juillet 2003). bb) Quoiqu'il en soit, les pièces médicales qui ont justifié l'octroi de prestations de la part de la défenderesse (soit principalement les rapports de la Dre L. \_\_\_\_\_ des 6 septembre 1994, 15 mars 1995, 3 avril 1995 et 2 février 1996, et du Dr T. \_\_\_\_\_ du 8 mars 1995) ne font pas mention de l'existence d'un trouble de la personnalité et d'une incapacité de travail en lien avec un tel trouble et qui, qui plus est, serait apparue au cours de la période durant laquelle la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse. Or il est nécessaire que les troubles psychiques puissent être qualifiés de maladie au moment de l'incapacité de travail et qu'ils aient donc été à même de restreindre la capacité de travail (TFA B 73/05 du 3 mai 2006 consid. 5.2). cc) Cela étant, il est vrai que, depuis 1995, la demanderesse présente une symptomatologie anxio-dépressive. Ainsi, dans son rapport du 3 avril 1995, la Dre L. \_\_\_\_\_ a fait mention d'un état d'épuisement apparu au cours de l'hiver 1994-1995, lequel avait progressivement fait place à un syndrome dépressif ayant nécessité une prise en charge médicale. Par la suite, cette médecin a relevé que l'intéressée était vite stressée et débordée en cas de surcharge perturbant ainsi son seuil douloureux, ce qui l'avait conduit à poser le diagnostic d'état anxieux chronique avec intolérance au stress (rapport du 2 février 1996). Rejoignant sa consœur, la Dre B. \_\_\_\_\_ a souligné que la demanderesse présentait de longue date une fatigue et une fatigabilité importante, qu'elle imputait en partie au diabète difficilement équilibrable ainsi qu'à un probable trouble psychique, revêtant la forme d'un état anxio-dépressif (cf. rapport du 4 avril 2001). Toutefois, le corps

médical n'a jamais retenu que cette symptomatologie pouvait être à l'origine d'une incapacité totale de travail. Certes, dans son rapport du 26 juillet 2002, le Dr V. \_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail était de 70 % au début du suivi, en mai 2002, avant d'être ramenée à 50 % en 2003. En tout état de cause, la demanderesse n'a jamais eu de suivi régulier au long cours sur le plan psychiatrique. En effet, dans son rapport du 4 juillet 2003, le Dr V. \_\_\_\_\_

- 23 - a expliqué que l'assurée avait été suivie à son cabinet du 27 mai au 24 septembre 2002 par le Dr H.H. \_\_\_\_\_, médecin assistant, dans un contexte de divorce. Après le départ de ce dernier, elle avait consulté une seule fois la Dre I.I. \_\_\_\_\_, sa remplaçante, sans formuler une demande de poursuite de la thérapie. Depuis lors, elle ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique, ce qu'a également relevé le Dr R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 novembre 2014, p. 16). Du 8 décembre 2014 au 29 juin 2015, l'assurée a été suivie, à raison de six consultations au total, par la Dre J.J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 29 juin 2015, cette médecin a indiqué qu'elle n'avait jamais émis d'arrêt de travail en faveur de sa patiente et qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail renvoyant sur ce point à l'appréciation de ses confrères somaticiens. L'assurée n'a repris un suivi psychiatrique que le 13 novembre 2018 auprès du Dr X. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 18 juin 2019, ce médecin a signalé que, durant l'année 2018, sa patiente avait ressenti des douleurs à l'épaule droite, ce qui avait rendu difficile l'exécution des activités de poterie en atelier protégé. Parallèlement, elle avait bénéficié d'un accompagnement thérapeutique assuré par une infirmière en psychiatrie. Toutefois, les absences au travail avaient progressivement augmenté, ce qui avait conduit à un licenciement pour le 31 janvier 2019. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a dès lors estimé que la capacité de travail était nulle – de manière durable – en toute activité. d) Sur le vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, il n'est pas possible de retenir l'existence d'un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue pendant l'affiliation de la demanderesse auprès de la défenderesse et l'atteinte à la santé justifiant l'augmentation de la rente de l'assurance-invalidité. La demanderesse échoue ainsi à démontrer que les conditions d'une révision de la rente d'invalidité seraient remplies. Ce constat libère la Cour de céans d'examiner la question d'un lien de connexité temporelle (cf. considérant 3f supra).

- 24 - 7. En définitive, la demande formée par N. \_\_\_\_\_ contre la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, mal fondée, doit être rejetée. 8. 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, applicable 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). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :  
I. La demande déposée le 10 novembre 2023 par N. \_\_\_\_\_ contre la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud est rejetée. II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.  
Le président : Le greffier : Du

- 25 - Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, avocat (pour N. \_\_\_\_\_), - Me Alexandre Bernel, avocat (pour la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.