

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 28 septembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

M. Neu et Mme Dessaux, juges

Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

C._____, à [...], demandeur, agissant et représenté par son curateur
Me Alexandre Lehmann, avocat à Lausanne,

et

FONDATION B._____, à [...], défenderesse, gérée et représentée par
Aon Suisse SA, à Neuchâtel.

Art. 23 LPP.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en [...], était au bénéfice d'un contrat de mission temporaire avec la succursale lausannoise de T._____ SA depuis le 8 octobre 2014 ; il était placé à ce titre auprès de V._____ SA à Ecublens. Cette mission a été prolongée le 23 mars 2015 pour une durée indéterminée, toujours auprès du même locataire de services. L'assuré était ainsi affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation B._____ (ci-après : la Fondation ou la défenderesse) et assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 30 mars 2015, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'il traversait un passage piéton, il a été heurté par un véhicule. Les premiers soins ont été prodigués par son médecin traitant, le Dr G._____, lequel a attesté une incapacité de travail de 100 %. Un CT-scan du bassin réalisé le 2 avril 2015 n'a révélé aucune anomalie ni fracture. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 10 avril 2015 a mis en évidence une déshydratation significative des disques L5-S1 sans discopathie avec une image de rupture de l'anneau fibreux postérieur médial, avec une discrète réaction inflammatoire du voisinage, sans contrainte radiculaire ou médullaire (cf. rapports des 7 et 10 avril 2015 du Dr [...], spécialiste en radiologie). Le cas a été pris en charge par la CNA.

Le 28 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), faisant état de douleurs sévères au milieu du dos et du bassin du côté droit, d'une incapacité à effectuer certains mouvements et de difficultés à marcher longtemps depuis le 30 mars 2015.

Entre temps, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 23 octobre 2015.

Dans un rapport du 12 novembre 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr K._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de contusion lombaire et de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive depuis l'accident. Il a précisé que les mois suivant l'accident, la situation somatique et sociale difficile avait provoqué des troubles anxieux et dépressifs. L'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle, le port de charges supérieures à 10 kg, les mouvements en porte-à-faux et les rotations du tronc le limitant. Une amélioration de la capacité de travail était attendue.

Dans un rapport reçu par l'OAI le 20 novembre 2015, le Dr G._____ a posé le diagnostic de douleurs lombaires et à la fesse droite depuis le 30 mars 2015. Il a estimé que l'activité habituelle était exigible à 100 %, le rendement étant réduit en raison de troubles psychiatriques. Il a ajouté que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux atypique, avec un bilan d'imagerie normal.

Dans un rapport du 21 janvier 2016, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre F._____, a posé les diagnostics incapacitants d'état de stress post-traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif moyen (F32.1) existant depuis le mois de février 2015 (sic). L'assuré lui avait été adressé le 1^{er} juin 2015 par son médecin traitant pour un suivi. A la suite de son accident, il était devenu méfiant, il disait revivre quotidiennement l'image de la voiture le fauchant et se sentait menacé et persécuté. L'évolution sans traitement avait été dans un premier temps favorable ; l'assuré avait commencé à retrouver confiance, avait repris son activité à 50 % et le suivi psychiatrique avait pris fin le 10 août 2015. Deux semaines après sa reprise, il s'était à nouveau retrouvé en arrêt maladie à la suite de l'exacerbation de sa dorso-lombalgie, résistante aux antalgiques. Sans activité, il avait commencé à perdre l'estime de soi et avait présenté des troubles du sommeil, une anhédonie et une perte de motivation. Il avait alors repris contact avec le Centre F._____. Ce tableau évoquait le diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère. La Dre D._____ a constaté que l'assuré présentait une humeur triste, se montrait révolté, se disait

victime, se sentait persécuté par son agresseur (sic). Il réclamait justice et réparation de son tort moral, car les douleurs lombaires avaient mis un frein à son travail. Depuis son accident, l'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle qui n'était plus exigible. Les travaux manuels étaient à éviter, compte tenu de la dorso-lombalgie qui engendrait une diminution de rendement. Sur le plan psychiatrique, on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail à 50 %, dès le mois de mars 2015 (sic). La Dre D. _____ a ajouté que l'état de santé psychique actuel du patient n'avait que peu d'incidence sur son absentéisme.

De son côté, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 22 février 2016, par décision du 16 février 2016, confirmée sur opposition le 3 mai 2016. Se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle a retenu que les troubles de l'assuré subsistant à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement à une maladie, et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 30 novembre 2015 au plus tard. Elle a outre nié le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles d'ordre psychique, au motif que les conditions requises par la jurisprudence n'étaient pas remplies dans le cas particulier. Saisie d'un recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision de la CNA, par arrêt du 13 novembre 2017 (cause AA 55/16 - 122/2017).

Dans l'intervalle, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de la Fondation IPT du 1^{er} mars au 13 mai 2016 (cf. communication du 7 avril 2016). Dans ce cadre, l'assuré a débuté le 2 mai 2016 un stage dans une activité de bureau à la Fondation W. _____. Après deux semaines à plein temps, il a indiqué avoir très mal au dos, devoir porter une ceinture de maintien et rencontrer de grosses difficultés à dormir. Il souhaitait poursuivre son stage à 50 %, estimant ne pas pouvoir travailler plus. L'assuré a expliqué à un collaborateur de l'OAI que pendant le stage, ses pensées étaient occupées par « la CNA, le médecin, l'avocat... » (cf. notes d'entretien des 17 et 24 mai 2016). La Fondation IPT a mis fin à la

mesure (cf. rapport final du 30 mai 2016) et l'OAI a informé l'intéressé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible, dès lors que la situation médicale n'était pas stabilisée (cf. communication du 5 septembre 2016).

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu, dans un avis du 17 mai 2016, que l'assuré présentait sur le plan médico-théorique une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, mais n'était pas prêt à reprendre une activité au vu de sa volonté d'obtenir réparation en raison de son accident qu'il considérait comme une injustice. Ces motifs sortaient toutefois du cadre médical. Le SMR a encore relevé que l'état de stress post-traumatique s'était estompé après quelques semaines, que la description de l'état de l'assuré n'était pas compatible avec un trouble dépressif et qu'il n'y avait aucun signe objectif de lésion traumatique en dépit des plaintes douloureuses. L'OAI n'avait pas à entrer en matière.

Interrogée sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier rapport, la Dre D._____ a indiqué que le suivi avait pris fin par consentement mutuel en mars 2016, au vu d'une évolution relativement stable. Le patient avait effectué un stage à la Fondation W._____ du 2 au 23 mai 2016 qui s'était mal passé, en raison de l'exacerbation de sa dorso-lombalgie. Durant l'été 2016, il avait progressivement présenté des idées délirantes à thème persécutoire et avait repris son suivi le 18 août 2016 pour cette raison. Le tableau clinique parlait en faveur d'un trouble de la personnalité paranoïaque décompensé et une somatisation de type hypocondriaque. La Dre D._____ a estimé que l'intéressé était totalement incapable de travailler depuis le 23 mai 2016, dans toute activité (rapport du 21 décembre 2016).

Sollicité pour avis, le SMR a considéré que, si le diagnostic d'état de stress post-traumatique semblait invraisemblable au regard de la bénignité de l'accident incriminé, l'hypothèse d'un trouble de la personnalité faisait sens au vu de ce qui avait été relevé (avis du 11 avril 2017).

Dans un rapport du 15 juin 2017, la Dre D._____ a indiqué que sous traitement, les délires de persécution étaient devenus moins florides mais que le sentiment d'injustice persistait. L'assuré avait pu intégrer l'atelier mécanique de Z._____ le 13 février 2017, à 50 %. Il avait demandé à arrêter son stage le 12 mai 2017. L'assuré n'était toujours pas apte à travailler ; si les délires de persécution s'étaient atténués, il gardait la conviction absolue que le chauffard était un des responsables de son état de santé moral et psychique, marqué par une lombalgie chronique atypique sans lésion décelée. La Dre D._____ a suggéré de réaliser une expertise psychiatrique pour exclure un trouble factice.

L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique, qu'il a confiée au Bureau Q._____ de [...], plus particulièrement aux Dres L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

Le 25 août 2017, l'assuré a adressé à l'OAI une copie de deux rapports établis le 13 février 2017 par la Dre D._____ et le 2 mars 2017 par le Dr K._____ à l'attention de son conseil, qu'il avait également transmis au Bureau Q._____ en vue de l'expertise. Dans son rapport, la Dre D._____ a repris la description de l'évolution de l'état de l'assuré qu'elle avait faite dans ses précédents rapports, ajoutant que l'accident du 30 mars 2015 avait pu contribuer à déclencher une décompensation à la suite de l'arrêt de travail et des problèmes financiers. Toutefois, elle n'avait que peu d'arguments pour déterminer la relation de causalité directe avec l'accident. La décompensation était survenue environ dix mois plus tard, soit en août 2016, après une phase de rémission complète de son premier épisode dépressif. L'assuré était actuellement totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiques. Quant au Dr D._____, il posait le diagnostic de discopathie modérée L5-S1 associée à une discrète protrusion discale L5-S1 sans franc conflit radiculaire, mise en évidence par une IRM lombaire du 29 décembre 2015. Il ajoutait que

l'assuré avait probablement développé, à la suite de l'accident, un syndrome de stress post-traumatique. Le fait que la CNA ait décidé d'interrompre ses prestations n'avait fait qu'aggraver ses symptômes car l'intéressé avait vécu cela comme un déni de sa maladie. L'assuré était actuellement totalement incapable de travailler dans toute activité. Une activité légère et progressive, sans port de charges, sans position accroupie, à genoux ou sur des terrains irréguliers pouvait être envisagée.

Les expertes ont procédé à leurs examens le 28 août 2017 et ont rendu leur rapport le 15 novembre 2017. Au terme de celui-ci, elles ont retenu le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble statique rachidien sur asymétrie de longueur des membres inférieurs, assorti de discrètes atteintes dégénératives et de dysbalances musculaires. Elles ont encore posé les diagnostics de perte pondérale anamnesticque dans le contexte d'un tabagisme, de consommation d'alcool et de cannabis (à investiguer), de syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue, et d'utilisation nocive pour la santé d'alcool, sans effet sur la capacité de travail. Elles ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était exigible à 90 % au plan somatique, dès lors que les charges supérieures à 25 kg ne devraient pas être portées et étaient rarement exigées dans le cadre de cette activité, et à plein temps au plan psychique. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de port de charges de plus de 25 kg. Les expertes ont observé des discordances, tant sur le plan psychique que somatique, entre, d'une part, les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen et, d'autre part, entre son fonctionnement au quotidien et ses divers loisirs. Elles ont encore précisé qu'un arrêt de travail temporaire pouvait être justifié au plan psychique à la suite de l'accident, mais que depuis plusieurs mois, au vu des activités quotidiennes décrites, une incapacité de travail n'était plus justifiée.

Faisant part de ses objections à l'encontre d'un projet de refus de rente du 10 avril 2018, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport établi le 20 juillet 2018 par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin y posait le diagnostic de schizophrénie sans

précision (F20.9), constatant un patient perplexe, présentant des propos pauvres et délirants à titre persécutoire, ayant une thymie abaissée, une anhédonie, une aboulie, une perte de l'élan vital, un émoussement affectif, des troubles du sommeil importants et des troubles de l'appétit. Selon le Dr R._____, l'accident du 30 mars 2015 avait eu une influence importante sur l'état de santé de l'assuré et aurait été la source d'une décompensation de son équilibre psychique, causant une modification de la perception de la réalité. L'assuré était incapable de travailler dans toute activité. Le médecin critiquait encore les constatations des expertes du Bureau Q._____ quant à la prétendue simulation de l'assuré, considérant qu'elles n'avaient pas tenu compte du fonctionnement passé de celui-ci. Elles n'avaient pas non plus trouvé de bizarreries du comportement, alors que la perplexité était évidente, que le trouble du cours de la pensée et les délires de persécution étaient très présents durant l'entretien. Une décision de placement à des fins d'assistance avait en outre été prise le 20 juillet 2018 en raison de menaces auto- et hétéro-agressives et à la suite d'une grève de la faim. Cette mesure avait été levée par décision du Juge de paix du 3 août 2018, fondée sur un avis du Dr H._____ du 2 août 2018 qui avait constaté un délire paranoïaque en secteur et de type quérulent-processif, ajoutant que l'intéressé agissait son délire paranoïaque avec une conviction inébranlable depuis de nombreux mois, mais qu'il n'était plus nécessaire de le maintenir en milieu hospitalier.

Sollicité pour avis, le SMR a exposé, le 4 septembre 2018, qu'il était légitime de ne pas retenir de psychopathologie incapacitante, dès lors qu'aucun argument en faveur d'un trouble psychique n'était apparu lors de l'expertise du Bureau Q._____. Le rapport du 13 février 2017 de la Dre D._____ ne permettait quant à lui pas d'illustrer l'évolution de la symptomatologie entre juin 2016 et février 2017, le traitement bimensuel n'attestant pas une pathologie très préoccupante. Quant au rapport du Dr R._____, il n'emportait pas la conviction, le diagnostic de schizophrénie n'étant évoqué par aucun médecin. La meilleure synthèse était effectuée par le Dr H._____ qui avait conclu à une décompensation d'une personnalité paranoïaque de type quérulent-processif. Un tel trouble ne pouvait devenir apparent que lors de situations vécues comme injustes. Le

refus de prester de l'OAI avait certainement contribué à accroître la persuasion du statut de victime chez l'assuré. La mise en perspective de ces documents permettait d'admettre, comme les médecins du Centre F._____, qu'il existait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques depuis mai 2016.

Dans un rapport du 18 décembre 2018, la Dre D._____ a indiqué que l'évolution de la situation était défavorable depuis son dernier rapport du 15 juin 2017, l'assuré présentant des idées délirantes de plus en plus avérées à thème persécutoire.

Le 6 février 2019, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision de rente, remplaçant celui du 10 avril 2018. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 30 mars 2015 et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, sa capacité de travail était de 90 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée ne nécessitant pas de port de charges de plus de 25 kg. Ses perspectives de gain étaient équivalentes à celles qu'il pouvait prétendre dans son ancienne activité, de sorte qu'il ne subissait pas de préjudice économique et n'avait donc pas droit à une rente. Par la suite, l'assuré avait à nouveau présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le mois de mai 2016, date du début d'un nouveau délai d'attente d'un an. En mai 2017, à l'échéance du délai, son incapacité de travail était totale dans toute activité et son degré d'invalidité de 100 %, ouvrant droit à une rente entière. Ce projet a été confirmé par décision du 21 mars 2019.

B. Par courrier du 13 mai 2019, C._____, par son conseil, a informé la Fondation B._____ qu'il était au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} mai 2017, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Il a précisé que l'incapacité de travail avait débuté le 30 mars 2015, jour de l'accident de la circulation routière dont il avait été victime. Il a ainsi requis de la Fondation qu'elle l'informe sur son droit à une rente d'invalidité du deuxième pilier, dès lors qu'il était assuré auprès d'elle au moment de l'accident.

Le 21 octobre 2019, la Fondation B._____ a indiqué à l'assuré qu'il ne remplissait pas les conditions pour bénéficier d'une rente d'invalidité de sa part, dans la mesure où l'incapacité de travail déterminante qui lui avait ouvert un droit à une rente de l'assurance-invalidité était survenue en mai 2016, soit après la période d'affiliation à la Fondation qui s'était étendue du 1^{er} janvier au 31 août 2015.

C. a) Par acte du 27 novembre 2019, C._____, toujours représenté par son conseil, a déposé une demande devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal tendant à ce que la Fondation B._____ soit condamnée à lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 23 juin 2017, avec intérêts à 5 % dès le jour du dépôt de la demande. Le demandeur a allégué qu'il était incapable de travailler depuis le 30 mars 2015, date de son accident, et qu'il était assuré auprès de la défenderesse jusqu'au 23 novembre 2015, soit un mois après la fin des rapports de travail. La connexité matérielle était donnée puisque les troubles psychiques à l'origine de l'invalidité s'étaient manifestés pour la première fois après l'accident, soit un stress post-traumatique. La connexité temporelle devait également être admise, dès lors qu'il n'avait plus retrouvé de capacité de travail dans une activité lucrative depuis son accident. Le droit à une rente était ouvert à partir du 23 juin 2017, soit le jour suivant la fin du droit aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie. A titre de réquisition de preuves, le demandeur a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale psychiatrique auprès d'un médecin indépendant de rang universitaire, ainsi que son audition et celle de son épouse.

Par réponse du 27 février 2020, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Réitérant ses arguments, elle a ajouté que la décision de l'OAI du 21 mars 2019 ne lui avait pas été notifiée et qu'en conséquence l'évaluation de cet office ne la liait pas.

Répliquant le 19 mars 2020, le demandeur a confirmé ses conclusions. Il a encore relevé que si la défenderesse n'était pas liée par la

décision de l'OAI, elle n'apportait toutefois aucun élément susceptible de mettre en doute le fait que l'accident du 30 mars 2015 avait décompensé durablement son état de santé psychique alors qu'il était encore affilié auprès d'elle. L'incapacité de travail totale et sans interruption depuis le 30 mars 2015 était d'ailleurs confirmée par les décisions et appréciations successives de la CNA, de l'assurance perte de gain maladie et de l'OAI. Le demandeur a précisé qu'il était disposé à se soumettre à une expertise médicale psychiatrique.

Par courrier du 23 mars 2020, le demandeur a confirmé ses réquisitions de preuve.

Par duplique du 11 juin 2020, la défenderesse a précisé que la période d'affiliation s'était étendue du 1^{er} janvier au 31 août 2015. Les pièces au dossier permettaient en outre de démontrer l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis l'accident, la Dre D._____ ayant notamment expliqué dans son rapport du 13 février 2017 que la décompensation était clairement indiquée comme étant survenue en août 2016, après une phase de rémission complète de son premier épisode dépressif.

En date du 21 août 2020, la magistrate instructrice a requis de l'OAI la production sous forme électronique du dossier constitué par ses soins, lequel a été versé à la présente procédure.

b) Par ordonnance du 14 décembre 2020, la Juge instructrice de la Cour de céans a ordonné la suspension de la cause.

Par ordonnance de mesures provisionnelles du 29 décembre 2020, confirmée par arrêt du 12 février 2021 de la Chambre des curatelles du Tribunal cantonal, la Juge de paix du district de [...] a institué une curatelle provisoire de représentation au sens de l'art. 394 al. 1 CC (code civil suisse ; RS 210) avec limitation de l'exercice des droits civils au sens de l'art. 394 al. 2 CC en faveur de C._____, a privé ce dernier de l'exercice de ses droits civils dans le cadre de la cause dans laquelle il

était opposé à la Fondation B._____ pendante devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a nommé Me Alexandre Lehmann en qualité de curateur provisoire.

Par avis du 4 janvier 2021, la Juge instructrice de la Cour de céans a informé les parties que la présente cause était reprise, dès lors que la Juge de paix du district de [...] avait institué une curatelle provisoire en faveur du demandeur et désigné Me Lehmann comme curateur.

c) Les parties ont été invitées à consulter le dossier de l'OAI et à déposer d'éventuelles déterminations, ce que le demandeur a fait le 12 février 2021 et la défenderesse le 25 mars 2021. Dans ses déterminations, le demandeur a requis que l'expertise du Bureau Q._____ ne soit pas prise en considération dans la présente procédure, celle-ci n'étant pas probante. Il y avait lieu de suivre les conclusions des Drs R._____, D._____ et K._____, dont les appréciations étaient encore confirmées par la décision de placement à des fins d'assistance du demandeur prise le 20 juillet 2018. Sur la base de ces éléments, l'OAI avait également modifié son projet de décision et alloué une rente entière. Ce projet était toutefois erroné, dès lors qu'il se fondait en partie sur les conclusions des expertes du Bureau Q._____ et ne tenait pas compte de l'incapacité totale de travail retenue par l'assurance perte de gain maladie du 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

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).

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).

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

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 1^{er} 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 réglementaires 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 prêter, 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 26 novembre 2015 à l'attention de l'OAI et courrier de résiliation des

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). Quoi qu'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.

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

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

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

bizarrerie du comportement, d'aboulie, d'apathie, de perte d'intérêt ou d'émoussement 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

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.

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

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).

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

- I. La demande formée le 27 novembre 2019 par C._____ contre la Fondation B._____ est rejetée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour C._____),
- Aon Suisse SA (pour la Fondation B._____),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :

