

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 31 mars 2026

Composition : M. WIEDLER, président  
Mme Berberat, juge, et M. Hichri, juge suppléant  
Greffier : M. Reding

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à X\*\*\*, demandeur, représenté par Procap Suisse, à Bienne,  
et

**Fonds A.** \_\_\_\_\_, à R\*\*\*, défendeur, représenté par Me Anne Troillet,  
avocate à Genève.

---

**Art. 23 let. a LPP**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en \*\*\*, séparé et père d'un enfant né en \*\*\*, a travaillé à 100 % en tant que magasinier caviste, chauffeur et livreur auprès de C. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : C. \_\_\_\_\_ SA), à U\*\*\*, à partir du 19 novembre 2018.

Le 21 décembre 2018, C. \_\_\_\_\_ SA a demandé au Fonds A. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Fonds A. \_\_\_\_\_ ou le défendeur) d'affilier cet employé, pour un salaire brut annuel AVS de 67'600 fr. et un degré d'activité de 100 %, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans le contrat [...], sous l'employeur n° [...]. L'assuré a contresigné le même jour la demande d'affiliation, sans répondre aux questions posées dans le cadre de la déclaration de santé.

Le 14 janvier 2019, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a confirmé à C. \_\_\_\_\_ SA l'admission de l'assuré conformément au règlement du [...], avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Le même jour, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a demandé à l'assuré de compléter, signer et lui retourner le questionnaire de santé, en lui fixant à cet effet un délai au 8 février 2019. Il a attiré à cette occasion son attention sur le fait que seules les prestations minimales légales de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP) étaient garanties en ce qui concerne les risques en cas de décès et d'invalidité tant que son admission avec ou sans réserve de santé ne lui avait pas été notifiée. Une attestation d'assurance au 1<sup>er</sup> janvier 2019 a été établie par le Fonds A. \_\_\_\_\_ le 18 février 2019, selon laquelle il était assuré pour un salaire annuel de 67'600 fr. correspondant au salaire AVS.

Par lettre recommandée du 20 février 2019, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a confirmé à l'assuré qu'il était couvert pour les risques de décès et d'invalidité uniquement pour le minimum fixé par la LPP à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans la mesure où il n'avait pas répondu au questionnaire de santé.

Dans un avis de mutation au Fonds A. \_\_\_\_\_ du 3 mai 2019, C. \_\_\_\_\_ SA a augmenté le salaire annuel AVS de l'assuré à 75'800 fr., à

100 %, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Le 24 mai 2019, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a remis à l'assuré une nouvelle attestation d'assurance au 1<sup>er</sup> janvier 2019, selon laquelle il était assuré pour un salaire annuel de 75'800 fr. correspondant au salaire AVS. A titre indicatif figurent une rente annuelle d'invalidité de 6'803 fr. et une rente annuelle d'enfant d'invalidité de 1'361 francs.

A partir du 1<sup>er</sup> août 2020, l'assuré a perçu des prestations de l'assurance-chômage, selon les indications qu'il a données dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 9 février 2022.

Dans un avis de mutation au Fonds A. \_\_\_\_\_ du 4 septembre 2020, C. \_\_\_\_\_ SA a annoncé la fin du contrat le liant avec l'assuré au 20 août 2020.

Par lettre du 9 novembre 2020, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a écrit à l'assuré qu'en raison de la résiliation de son contrat de travail, les prestations de survivants et d'invalidité n'étaient plus assurées sous réserve de l'art. 9 al. 2 du règlement. Il l'a informé des différentes possibilités de maintenir sa prévoyance professionnelle et l'a averti qu'à défaut de nouvelles de sa part d'ici au 9 décembre 2020, sa prévoyance serait maintenue auprès du Fonds A. \_\_\_\_\_ sans paiement de cotisation et que les prestations de vieillesse et le capital en cas de décès resteraient seuls maintenus.

Selon les attestations d'assurance au 1<sup>er</sup> janvier 2021 successivement établies par le Fonds A. \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> janvier 2021, 2022, 2023 et 2024, l'assuré a été assuré dans le plan [...], sous l'employeur n° [...] « *Assurés externes* ». Un capital vieillesse en cas de retraite et un capital décès ont été mentionnés à titre indicatif.

Dans le formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité rempli le 7 janvier 2022, l'assuré a indiqué que son incapacité de travail à 50 % « *difficilement définissable au chômage* » pour cause de

dépression, angoisse, anxiété, alcoolisme et diabète insulo-dépendant avait débuté le 1<sup>er</sup> août 2020.

Le 9 février 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant les mêmes informations que dans le formulaire de détection précoce. Il a précisé que son atteinte à la santé existait depuis 2013, en signalant qu'il était suivi par le Prof. J.\_\_\_\_\_, Chef du Service de médecine des addictions du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), depuis 2013 pour l'alcool et la dépression et qu'il était également traité pour dépression et anxiété auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, depuis le 1<sup>er</sup> août 2021. En marge du formulaire, il a inscrit (*sic*) :

« 2016 □ 2021 D<sup>R</sup> [...] 2013 □ 2016 [...] PSYCHOLOGUE ».

Dans un rapport psychiatrique du 17 mai 2022, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé, dans le cas de l'assuré, les diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33.10) et de trouble anxieux (F41.8) depuis plusieurs années, de personnalité émotionnellement labile (F60.30) depuis l'adolescence, ainsi que de dépendance à l'alcool (F10.20) depuis plusieurs années, bien que désormais abstinent. Sa capacité de travail était évaluée à 50 %, voire 75 % au moment de l'établissement du rapport, avec la précision quant au pronostic : « *Je ne peux pas me prononcer, connaissant ce patient depuis trop peu de temps et dans un contexte où il est sans emploi [...]* ». Le psychiatre a noté que l'assuré l'avait consulté depuis le 11 août 2021 sur le conseil du service d'alcoologie du CHUV afin de poursuivre une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de soutien.

Le 10 juin 2022, le Prof. J.\_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport psychiatrique les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré de trouble anxieux (F41.8), trouble dépressif (F33.10) et dépendance à l'alcool (F10.20), et ce depuis plusieurs années. Sa capacité de travail était évaluée à 50 % au moment de l'établissement du rapport, avec la précision quant au pronostic : « *[...] estimation approximative l'assuré étant sans emploi actuellement* ». Le spécialiste a signalé une

abstinence d'alcool à ce moment-là et un diabète depuis 2012 sans incidence sur la capacité de travail. Selon ses indications, l'assuré l'avait consulté à partir du 21 août 2014.

Dans une lettre du 29 août 2022, la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a expliqué qu'elle suivait l'assuré depuis le 24 septembre 2021 pour un diabète dans un contexte de syndrome pluri-métabolique sans complication et sans restriction quant à sa capacité de travail sauf s'agissant d'horaires irréguliers et de travail de nuit.

Selon le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 28 février 2023, les diagnostics restaient inchangés par rapport à son rapport initial. Le psychiatre a relevé un amendement symptomatique des troubles dépressifs et une diminution des troubles anxieux grâce à un important encadrement médico-psycho-social. Cependant, il évaluait toujours sa capacité de travail à 50 % au moins et il considérait ses limitations durables (susceptibilité exacerbée lorsque le patient se sent déstabilisé, projectivité, difficulté à reconnaître et accepter ses problèmes et donc à recourir à des ressources adéquates et à intégrer les règles ou les contraintes) comme étant dues à son trouble de la personnalité. Son pronostic était favorable pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, mais réservé pour le trouble de la personnalité.

Le 13 mars 2023, le Prof. J.\_\_\_\_\_ a observé une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Comme diagnostics impactant sa capacité de travail, le spécialiste retenait une régression du trouble de l'humeur, une rémission complète de la dépendance à l'alcool depuis octobre 2021 et un trouble de la personnalité. Il évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 %.

Par avis médical du 3 avril 2023, la médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a émis la conclusion suivante (*sic*) :

« Assuré de 58 ans, nous pouvons admettre des LF [limitations fonctionnelles] suivantes (hypersensibilité au stress, difficultés relationnelles, difficultés dans la gestion des émotions) dues à un Trouble anxieux, trouble dépressif et dépendance à l'alcool abstiné depuis octobre 2021 chez une personnalité émotionnellement labile. Même si ces troubles existent à longue date (en tous cas depuis 2013) c'est depuis août 2020 (selon vraisemblance prépondérante) que l'assuré a des difficultés pour l'activité professionnelle avec CT [capacité de travail] estimée à 50 % avec le potentiel d'augmentation estimé à 75 % par le psychiatre. S'y ajoutent des LF en lien avec le diabète insulo-dépendant (des horaires réguliers, et qu'il ne devrait pas travailler de nuit, poses pour les repas). Nous proposons de présenter le dossier dans le service REA [...] ».

D'après la note d'entretien entre l'Office AI du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) et le Dr G. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2023, l'assuré a exercé une activité auprès de L. \_\_\_\_\_ durant neuf mois qu'il a pu ensuite poursuivre et il a effectué un bilan de compétences chez E. \_\_\_\_\_. L'OAI a considéré que la capacité de travail dans toute activité devait être fixée, sur la base des indications du psychiatre, à 50 %, évolutive à 75 % environ dès juin 2022, et qu'une incapacité de travail durable devait être admise, selon le SMR, « *dès août 2020 (dès le licenciement de l'assuré) qui a bénéficié du chômage ensuite* ». Comme il ressort des notes d'entretien entre l'OAI et l'assuré des 2 et 9 juin 2023, l'assuré a pu rester trois mois de plus chez L. \_\_\_\_\_. Selon tes échanges de courriels entre l'OAI et l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) des 29 et 30 juin 2023, l'assuré a effectué chez L. \_\_\_\_\_ une mesure dans le cadre de l'assurance-chômage et du revenu d'insertion jusqu'au 31 août 2023.

Du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2023, l'assuré a suivi un programme d'insertion et réinsertion de l'assurance-chômage auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA. Durant cette période, il a bénéficié d'une indemnité journalière de l'assurance-invalidité par décision de l'OAI du 29 septembre 2023. Selon la note d'entretien de l'OAI avec E. \_\_\_\_\_ SA du 14 novembre 2023, cette mesure devait être prolongée de trois mois jusqu'au 29 février 2024 et l'assuré devait solliciter un revenu de réinsertion s'il ne trouvait pas d'emploi d'ici-là. Par communications des 6 septembre et 17 novembre 2023, l'OAI a pris en charge des mesures d'entraînement progressif selon l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) chez E. \_\_\_\_\_ SA à 40 % du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2023, puis à 60 % du 1<sup>er</sup> décembre 2023 au 29 février 2024.

Aux termes de la note d'entretien entre l'OAI et le Dr G. \_\_\_\_\_ du 10 janvier 2024, il ressort que l'assuré souhaitait continuer à bénéficier d'une mesure. Son psychiatre a exprimé l'avis qu'une insertion professionnelle aiderait son patient à aller mieux, mais que son incapacité à reconnaître qu'il ne pouvait plus travailler à 100 %, qui plus est comme cadre, ne favorisait pas une réinsertion durable.

Dans un rapport du 22 janvier 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_ a exposé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était torpide. Il estimait ne pas pouvoir évaluer sa capacité de travail effective dans la mesure où il n'avait jamais suivi son patient lorsque celui-ci était engagé dans un rapport de travail. D'après lui, l'assuré était capable de s'investir au maximum à 60 % dans le cadre de mesures de réinsertion qui représentaient dans son cas une planche de salut, sans pour autant constituer une thérapie. Le psychiatre a souligné le fait que l'assuré se trouvait dans un déni partiel de ses troubles et il a émis un pronostic réservé.

Dans son compte-rendu du 6 février 2024, la permanence du SMR a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.10) depuis plusieurs années, de trouble anxieux (F41.8) depuis plusieurs années, de personnalité émotionnellement labile (F60.30) depuis l'adolescence et de dépendance à l'alcool (F10.20), sous contrôle, depuis plusieurs années. Le SMR a noté une incapacité de travail durable attestée de 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2020, avec les précisions suivantes : « *(plus d'activité professionnelle depuis cette date et inscrit à ce taux au chômage selon annonce DP [détection précoce]). Il n'y a pas d'IT [incapacité de travail] attestée avant celle confirmée par les RM [rapports médicaux] du 02.03.2023 & 13.03.2023.* ». Le SMR a conclu à une absence de capacité de travail exploitable dans l'économie.

Par décision du 2 juillet 2024 notifiée à la Fondation M. \_\_\_\_\_, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024, ainsi qu'une rente pour enfant. Selon les constatations de l'office, l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 1<sup>er</sup>

août 2020 pour des raisons de santé selon les informations médicales. A l'échéance des mesures de réadaptation et des indemnités journalières accordées jusqu'au 29 février 2024, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité.

Le 13 août 2024, l'assuré a communiqué au Fonds A. \_\_\_\_\_ une copie de la décision de l'OAI du 2 juillet 2024 et il lui a demandé de se déterminer au sujet de son droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

Par lettre du 13 août 2024, le Service social de la ville de X\*\*\* a adressé au Fonds A. \_\_\_\_\_ une lettre de subrogation, en l'informant qu'il versait à l'assuré des prestations du revenu d'insertion depuis le 1<sup>er</sup> février 2017. Le 19 août 2024, le Fonds A. \_\_\_\_\_ lui a répondu que l'instruction du dossier de l'assuré était en cours et qu'aucun versement ne pouvait être effectué sans une cession ou autorisation signée par l'assuré.

Le 20 août 2024, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a reçu de l'OAI le dossier de l'assuré.

Selon le courriel de C. \_\_\_\_\_ SA du 26 août 2024, l'assuré n'avait pas eu d'absences au travail pour cause de maladie durant sa période d'engagement, l'employeur avait résilié le contrat de travail pour « *comportement inapproprié avec la clientèle* » et l'assuré jouissait de son entière capacité de travail lors de son départ de la société le 20 août 2020.

Par lettre du 27 août 2024, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'il n'avait droit à aucune prestation de sa part, aux motifs que la décision de l'OAI du 2 juillet 2024 ne lui avait pas été notifiée, que l'OAI n'avait pas déterminé avec précision le début de son incapacité de travail en raison de sa demande tardive et que la date du 1<sup>er</sup> août 2020 retenue par l'OAI n'était pas attestée médicalement en temps réel.

Le 22 octobre 2024, Procap Suisse, à Bienne, a informé le Fonds A. \_\_\_\_\_ qu'il était mandaté par l'assuré pour défendre ses intérêts dans la procédure LPP en cours. Il lui a demandé une copie du dossier complet

de l'assuré, y compris les pièces internes, les dossiers médicaux, les extraits de compte individuel et les pièces mises à disposition par un tiers. Le 29 octobre 2024, le Fonds A. \_\_\_\_\_ lui a transmis une copie du dossier et lui a demandé de s'adresser à l'OAI pour obtenir une copie du dossier médical de l'assuré.

**B.** Par demande du 25 novembre 2024, B. \_\_\_\_\_, par l'entremise de Procap, a ouvert action devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre le Fonds A. \_\_\_\_\_, concluant principalement à ce qu'il soit ordonné au Fonds A. \_\_\_\_\_ de lui verser les prestations d'invalidité selon la loi et le règlement à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024, ainsi que des intérêts moratoires de 5 % sur les prestations d'invalidité au plus tard à partir du jour du dépôt de la demande et à ce que le Fonds A. \_\_\_\_\_ soit condamné aux frais et dépens de la cause et, en tout état de cause, sous suite de frais et dépens. A titre de moyens de preuve, il a requis de l'OAI et du Fonds A. \_\_\_\_\_ la production intégrale de leurs dossiers. Sur le fond, il a fait valoir qu'il était affilié au fonds de prévoyance lors de la survenance en août 2020 de son incapacité de travail pour cause de trouble anxieux et dépressif, ainsi que de dépendance à l'alcool, à l'origine de l'invalidité. Il a soutenu que son licenciement pour comportement inapproprié envers la clientèle démontrait une altération de ses performances et que le Fonds A. \_\_\_\_\_ était lié par la décision de l'OAI.

Dans sa réponse du 28 février 2025, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a conclu à ce qu'il plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, à la forme, de lui donner acte de ce qu'il s'en rapporte à justice quant à la recevabilité de l'action et de déclarer sa réponse recevable et, au fond, principalement, de rejeter la demande, de débouter le demandeur de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions et de le condamner en tous les frais et dépens de l'instance, subsidiairement, de l'acheminer à prouver par toutes voies de droit les faits allégués. Il a produit le dossier du demandeur. Le Fonds A. \_\_\_\_\_ a invoqué le fait que le demandeur n'avait été couvert pour les risques de décès et d'invalidité que pour le minimum légal dès lors qu'il n'avait pas complété sa déclaration de santé. De son point de vue, le demandeur n'aurait jamais présenté d'incapacité de travail

médicalement attestée en temps réel durant le rapport de prévoyance. Après s'être inscrit au chômage, il aurait bénéficié de mesures dans le cadre du revenu d'insertion, puis de mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité qui auraient été prolongées. Il n'aurait consulté un psychiatre qu'en août 2021. Le Fonds A. \_\_\_\_\_ a ainsi fait valoir que le demandeur se serait trouvé en incapacité de travail invalidante au plus tôt en juillet 2021 lorsqu'il était au chômage et donc affilié à l'institution supplétive. Le défendeur a contesté toute force contraignante à la décision de l'OAI du 2 juillet 2024 en raison du fait que le demandeur avait déposé tardivement une demande de prestations de l'assurance-invalidité, que l'OAI avait fixé le début de l'incapacité de travail au 1<sup>er</sup> août 2020 sur la base de suppositions et de considérations spéculatives ultérieures et que la décision de l'OAI ne lui avait pas été notifiée. Il considérait dès lors qu'aucune obligation de prêter ne lui incombait.

Par réplique du 18 mars 2025, le demandeur a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Il a allégué que son comportement inapproprié résultait de l'altération de sa santé qui affectait sa relation de travail en août 2020 et il se considérait donc en incapacité de travail invalidante dès cette date. Il s'est référé à cet égard aux pièces médicales, aux indications données par son ancien employeur le 26 août 2024 et à l'avis médical du SMR du 3 avril 2023.

Par duplique du 25 avril 2025, le défendeur a maintenu intégralement les faits exposés et les conclusions de sa réponse du 28 février 2025. Il a exposé que la décision de l'OAI ne le lie pas du seul fait qu'elle ne lui a pas été notifiée, sans devoir être nécessairement insoutenable. Il a relevé qu'à la fin des rapports de travail en août 2020, le demandeur jouissait de son entière capacité de travail et s'était inscrit au chômage. L'incapacité de travail du demandeur serait due à son licenciement d'après le psychiatre consulté dès août 2021 et elle n'aurait pas été attestée avant les rapports médicaux des 2 et 13 mars 2023. Par ailleurs, le Fonds A. \_\_\_\_\_ a fait valoir que le demandeur avait bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité jusqu'au 28 février 2024

et que le taux d'intérêt moratoire doit être déterminé selon l'art. 23 al. 4 du règlement applicable.

Dans sa lettre du 8 mai 2025, le demandeur a confirmé qu'il n'avait aucune observation supplémentaire à formuler.

### **En droit :**

**1. a)** En vertu de l'art. 73 al. 3 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la- prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), 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.

**b)** Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi cantonale 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 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

**d)** En l'occurrence, l'action introduite le 25 novembre 2024 par le demandeur est recevable à la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Les conclusions de la demande de B.\_\_\_\_\_, qui déterminent l'objet du litige (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.1 ; 135 V 23 consid. 3.1), portent sur le droit du demandeur au versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à compter du 1<sup>er</sup> mars 2024.

**3. a)** 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, première phrase, 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 147 V 146 consid. 5.2.2).

**b)** Le lien étroit voulu par le législateur entre la prévoyance professionnelle obligatoire et le premier pilier des pensions qu'expriment les art. 23 et 26 al. 1 LPP se manifeste notamment par l'identité de la notion d'invalidité et par l'effet contraignant en droit de la prévoyance des constatations déterminantes des autorités compétentes de l'assurance-invalidité, aussi bien en ce qui concerne le degré d'invalidité que la naissance du droit à la rente et donc la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (Moser Markus, *in* : Hürzeler/Stauffer [édit.], Basler Kommentar, Berufliche Vorsorge, Bâle 2021, n° 9 *ad* art. 23 LPP ; ATF 129 V 150 consid. 2.5). Lorsqu'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 (TF 9C\_314/2022 du 2 mars 2023 consid. 2.2.2 ; ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 130 V 270 consid. 3.1), par l'estimation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité, dans la mesure où elle a été intégrée dans la procédure de l'assurance-invalidité (voir consid. 3b/aa *infra*), où les constatations étaient décisives pour la détermination du droit à une rente de l'assurance-invalidité (voir consid. 3b/bb *infra*) et où l'évaluation de l'assurance-invalidité n'apparaît pas d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1). Le principe d'assurance de l'art. 23 let. a LPP vaut aussi en

matière de prévoyance étendue si le règlement ou les statuts ne prévoient pas d'autres règles (ATF 136 V 65).

**aa)** Ainsi que le Tribunal fédéral et la doctrine l'ont précisé, la force contraignante des décisions de l'assurance-invalidité qui découle des art. 23 ss LPP est fondée sur la prémisse que l'institution de prévoyance concernée au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA ait, au plus tard lors du préavis, participé à la procédure dans l'assurance-invalidité, c'est-à-dire que le préavis lui ait été dûment notifié selon l'art. 73<sup>bis</sup> al. 2 let. f RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et que la possibilité lui ait donc été donnée de prendre part à la procédure de recours contre la décision de l'Office AI (Marc Hürzeler, *in* : Schneider et al. [édit.], Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, 2<sup>e</sup> éd. n° 15 ad art. 23 LPP ; ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). L'art. 73<sup>bis</sup> al. 2 let. f RAI prescrit en effet que le préavis doit être notifié « *à l'institution de prévoyance professionnelle compétente si la décision concerne son obligation d'allouer des prestations conformément aux art. 66, al. 2, et 70 LPGA. Si la compétence de l'institution n'est pas établie, le préavis de décision est notifié à la dernière institution à laquelle la personne assurée était affiliée ou à l'institution à laquelle un droit à des prestations avait été annoncé* ». A ce propos, il convient de rappeler que les art. 66 al. 2 et 70 LPGA traitent de la coordination intersystémique des prestations, à savoir de situations où il y a lieu de coordonner les différentes branches d'assurance sociale entre elles, et non pas de la coordination intrasystémique (Bettina Kahil-Wolff, *in* : Greber et al. (édit.), Droit suisse de la sécurité sociale, Volume I, Berne 2010, p. 478 et 484). Selon la jurisprudence, la force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes et cette conception légale est restée valable après l'entrée en vigueur de la LPGA (TFA I 66/05 du 9 décembre 2005). En cas de notification irrégulière de la décision de l'Office AI, l'institution de prévoyance ne dispose alors plus d'aucune voie de droit pour contester la décision de l'Office AI et celle-ci n'a aucune force contraignante pour elle (ATF 132 V 1 consid. 3.3.2). Cependant, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'a décidé l'office compétente de l'assurance-invalidité ou

se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'institution de prévoyance dans la procédure de l'assurance-invalidité ne se pose plus ; la force contraignante s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'Office AI et les constatations de l'assurance-invalidité sont donc opposables à la personne assurée (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

**bb)** La force contraignante des constatations de l'assurance-invalidité a été relativisée par la jurisprudence dans le sens où le caractère contraignant pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail invalidante ne vaut que pour les constatations et les décisions des organes de l'assurance-invalidité qui étaient décisives dans la procédure de l'assurance-invalidité pour la détermination du droit à une rente d'invalidité (TF 9C\_533/2017 du 28 mai 2018 consid. 4.3 ; TF 9C\_896/2015 du 16 décembre 2016 consid. 4.2 ; TF 9C\_464/2015 du 31 mai 2016 consid. 2.4.2). Tel n'est en particulier pas le cas lorsque le début du délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'a pas dû être fixé précisément dans la procédure de l'assurance-invalidité.

C'est ainsi qu'en cas de demande de prestations de l'assurance-invalidité tardive, l'Office AI compétent ne doit pas fixer le moment exact du début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité et les constatations de l'assurance-invalidité n'ont donc aucune force contraignante pour les institutions de prévoyance (TF 9C\_896/2015 du 16 décembre 2016 consid. 4.2). En effet, lorsque la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée tardivement, il n'y a, au regard du droit de l'assurance-invalidité, aucune raison d'examiner l'évolution de l'incapacité de travail plus de six mois avant la date de la demande selon les art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI. En ce qui concerne les périodes plus anciennes, les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité, qui ont force de chose jugée, sont donc d'emblée exclues ; il n'est pas déterminant à cet égard que l'Office AI laisse ouverte la date de survenance de l'incapacité de travail - remontant à plus de six mois avant la demande - ou qu'il la fixe (TF 9C\_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 et les références).

Il n'y a pas non plus d'effet contraignant lorsque la personne assurée bénéficie d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité au terme du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, selon la jurisprudence (TFA B 79/99 du 26 janvier 2002 consid. 6). Dans ce cas, le début du délai d'attente, soit la date de la survenance de l'incapacité de travail invalidante, ne doivent pas être déterminés avec précision dans la procédure de l'assurance-invalidité. Le Tribunal fédéral des assurances a aussi pris en compte le fait que le délai d'attente d'un an a expiré depuis longtemps lorsque la rente de l'assurance-invalidité est versée après la période de perception d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité pour en déduire que la décision de l'assurance-invalidité ne peut alors avoir aucune force contraignante pour ce qui est du début de l'incapacité de travail. La doctrine estime toutefois que cette jurisprudence va trop loin en considérant les mesures de réadaptation en tant que telles comme des circonstances relativisant l'effet contraignant (Moser Markus, *op. cit.*, n° 28 *ad* art. 23 LPP). Markus Moser estime en effet que cette jurisprudence méconnaît le fait que les constatations décisives des organes de l'assurance-invalidité dans le contexte de l'octroi de mesures de réadaptation permettent de tirer des conclusions sur le début de l'atteinte à la santé.

**4. 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.

Ainsi qu'il résulte 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).

Dans ce contexte, l'incapacité de travail s'évalue en fonction de la diminution de rendement fonctionnel dans le métier exercé précédemment et elle est pertinente si elle s'élève à 20 % au moins (ATF 144 V 58 consid. 4.4 et les références).

**b)** 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 138 V 409 consid. 6.2 ; 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a). 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 de connexité étroite. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 130 V 270 consid. 4.1).

**c)** La preuve suffisante d'une limitation de la capacité fonctionnelle de travail déterminante sous l'angle du droit de la prévoyance professionnelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2) ne suppose pas forcément l'attestation médicale d'une incapacité de travail « en temps réel » (« *echtzeitlich* »). Toutefois, des considérations subséquentes et des suppositions spéculatives, comme une incapacité médico-théorique établie rétroactivement après bien des années, ne suffisent pas. L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur les rapports de travail ; en d'autres termes, la diminution de la capacité fonctionnelle de travail doit s'être manifestée sous l'angle du droit du travail, notamment par une baisse des prestations dûment constatée, un avertissement de l'employeur ou une accumulation d'absences du travail liées à l'état de santé (TF 9C\_61/2024 du 7 novembre 2024 consid. 3.2 et la référence). En particulier, lorsque l'assuré a perçu des indemnités de chômage, il convient de prendre en

considération la situation telle qu'elle apparaît de l'extérieur pour apprécier la relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité au sens de l'art. 23 let. a LPP (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_423/2020 du 2 décembre 2020 consid. 6.2.2 et les références).

**d)** 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).

**5.** Dans le domaine des assurances sociales et en particulier en matière de prévoyance professionnelle (ATF 139 V 176 consid. 5.3), le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**6.** Dans le cas d'espèce, le droit du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à compter du 1<sup>er</sup> mars 2024 à la charge du défendeur dépend de la question de savoir si l'atteinte à la santé qui a conduit à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup>

mars 2024 est étroitement liée, matériellement et temporellement, à une incapacité de travail survenue pendant le rapport de prévoyance du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 20 août 2020, ce que le demandeur invoque et le défendeur réfute.

**a)** Il s'agit avant tout d'examiner dans quelle mesure le défendeur est lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'OAI.

**aa)** Dès lors que demandeur sollicite de la part du défendeur des prestations à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024, le règlement déterminant est celui en vigueur à ce moment-là (naissance du droit à la prestation ; cf. TF 9C\_954/2011 du 22 mars 2012 consid. 2.2).

L'art. 41 du règlement du Fonds A. \_\_\_\_\_ dans sa teneur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 prévoit ce qui suit : « 1. Le droit à la rente d'invalidité prend naissance le premier jour du 25<sup>e</sup> mois qui suit le début de l'incapacité dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt en même temps que l'AI, selon les dispositions de l'article 29 LAI, ou le premier jour du mois qui suit la fin du droit : a) au salaire ; b) aux indemnités de l'assurance-maladie (équivalant à au moins 80 % du salaire dont est privé l'assuré et financées au moins par moitié par l'employeur) indépendamment des compensations effectuées par l'assureur perte de gain auprès de l'AI ; [...] e) aux indemnités journalières versées par l'AI. [...] ». Selon l'art. 42 al. 1 dudit règlement, « [l]'assuré incapable de travailler reçoit une rente complète si, avant d'avoir atteint l'âge de référence de l'AVS, il devient invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI fédérale [...] ».

Il faut en déduire que le règlement de prévoyance du défendeur renvoie explicitement à la notion d'invalidité définie par l'assurance-invalidité.

**bb)** Selon les pièces figurant au dossier, le demandeur a été affilié au défendeur lorsqu'il était employé par C. \_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 20 août 2020 et il a été assuré uniquement dans le cadre du minimum LPP pour les risques de décès et d'invalidité. Par la suite, il a

continué à être couvert par le défendeur en tant qu'assuré externe pour les prestations de vieillesse, y compris un capital décès, selon l'art. 47 LPP.

En tant que bénéficiaire d'indemnités de l'assurance-chômage à partir du 1<sup>er</sup> août 2020, le demandeur a été soumis à l'assurance obligatoire en ce qui concerne les risques de décès et d'invalidité (art. 2 al. 3 LPP) et il a été assuré à ce titre par l'institution supplétive (art. 60 al. 2 let. e LPP).

Plus d'un an et demi après la fin des rapports de prévoyance avec le défendeur et après que l'assuré ait durant toute cette période perçu des indemnités de chômage, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 février 2022.

La décision rendue par l'OAI le 2 juillet 2024 a été notifiée à l'institution supplétive, ainsi que l'art. 49 al. 4 LPGA et les art. 73<sup>bis</sup> al. 2 let. f et 74 RAI le prévoient. Le défendeur n'a donc manifestement pas été intégré à la procédure devant l'OAI ayant abouti à la décision d'octroi de rente du 2 juillet 2024, ce que le demandeur ne remet pas en question. Le défendeur conteste en outre clairement la décision de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où cette décision n'a pas été notifiée au défendeur, elle n'a, par principe, aucun effet contraignant en ce qui concerne la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (cf. consid. 3b/aa *supra*).

A cela s'ajoute le fait que le demandeur a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité le 9 février 2022 et que son droit à la rente ne pouvait donc prendre naissance qu'au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de sa demande selon l'art. 29 al. 1 LAI et respectivement après une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 3b/bb *supra*). Dans ce cas, l'OAI n'avait aucune raison d'examiner en détail l'évolution de l'incapacité de travail plus de six mois avant la date de la demande, de sorte que, pour les périodes antérieures, le caractère contraignant d'éventuelles

constatations et appréciations de l'OAI pour l'institution de prévoyance est d'emblée exclu. Le fait que l'Office AI ait fixé en l'occurrence la date de la survenance d'une incapacité de travail ininterrompue au 1<sup>er</sup> août 2020 n'y change rien.

Par ailleurs, l'assuré a bénéficié de mesures de réadaptation et d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité jusqu'au 29 février 2024 d'après les constatations de l'OAI dans sa décision du 2 juillet 2024. Il faut ainsi en constater que l'assuré bénéficiait d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité au terme du délai d'attente d'un an prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, lequel avait débuté le 20 août 2020 aux termes de la décision de l'OAI du 2 juillet 2024. De plus, ce délai d'attente avait largement expiré lorsque la rente d'invalidité de l'assurance-invalidité a été versée à l'assuré à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024. La décision de l'OAI n'a donc pas force contraignante pour ce qui est du début de l'incapacité de travail déterminante selon la jurisprudence (cf. consid. 3b/bb *supra*).

Compte tenu de l'absence d'intégration du défendeur dans la procédure de l'assurance-invalidité, d'une part, et du caractère non décisif des constatations de l'assurance-invalidité pour la détermination du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité, d'autre part, le défendeur n'est pas lié par l'estimation de l'invalidité faite par l'OAI dans sa décision du 2 juillet 2024 (cf. consid. 3b *supra*). Le fait que la question concernant la date de survenance de l'incapacité de travail invalidante, notamment au regard du seuil de 20 %, n'ait pas été déterminante pour l'appréciation du droit à une rente de l'assurance-invalidité se vérifie, par ailleurs, sur la base des éléments factuels ressortant du dossier.

Sur la base des pièces du dossier, il faut constater que C. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré n'avait présenté aucune incapacité de travail pour cause de maladie pendant son engagement et l'entreprise a attesté en particulier que le demandeur jouissait de son entière capacité de travail au moment de son départ de la société le 20 août 2020 (cf. courriel de C. \_\_\_\_\_ SA du 26 août 2024). Après son emploi pour C. \_\_\_\_\_ SA, le demandeur a été reconnu comme étant apte au placement puisqu'il a perçu des indemnités de chômage et qu'il a participé à des mesures du marché

du travail dans le cadre de l'assurance-chômage (cf. mesures auprès de L. \_\_\_\_\_ et de E. \_\_\_\_\_ SA). Le dossier du demandeur ne contient aucun certificat médical qui attesterait le cas échéant d'une incapacité de travail durant les rapports de prévoyance avec le défendeur. Il convient de relever au contraire que les Drs J. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont attesté une diminution à 50 % de la capacité de travail de leur patient uniquement dans le cadre des rapports qu'ils ont établis au printemps 2022, et ce en raison principalement de ses troubles de la personnalité (cf. également rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 28 février 2023). Les deux médecins ont bien précisé qu'ils ne pouvaient pas donner de pronostic sur la capacité de travail du demandeur du fait qu'il se trouvait alors au chômage. En particulier, le Dr G. \_\_\_\_\_ a déclaré, dans ses rapports des 17 mai 2022 et 22 janvier 2024, qu'il n'avait jamais suivi l'assuré lorsqu'il était engagé dans un rapport de travail et que, pour cette raison, il ne s'estimait pas en mesure d'évaluer sa capacité de travail effective. Ainsi, ces spécialistes n'ont à aucun moment évoqué un éventuel arrêt de travail antérieur, ni ne se sont référés à un quelconque certificat d'incapacité de travail établi précédemment. On ne peut également rien tirer de l'avis médical contradictoire du SMR, tel qu'exprimé les 3 avril 2023 et 6 février 2024, puisqu'il mentionne une incapacité de travail durable attestée depuis le 1<sup>er</sup> août 2020 et en même temps une absence d'incapacité de travail attestée avant 2023. Il apparaît donc que l'OAI a simplement repris dans la décision du 2 juillet 2024 les indications données par l'assuré dans sa demande de prestations du 9 février 2022, sans procéder à un examen plus approfondi de son dossier, ce que l'OAI n'avait aucune raison, ni aucune obligation de faire (cf. consid. 3b/bb *supra*).

Lorsque le demandeur fait valoir que le motif de son licenciement démontrerait une altération de ses performances, il ne démontre pas en quoi le comportement inapproprié envers la clientèle qui lui a été reproché par son employeur établirait l'existence d'une quelconque atteinte à la santé (cf. consid. 4 *supra*). Comme il a été exposé ci-dessus, l'allégation selon laquelle la prestation du demandeur dans le cadre de son rapport de travail avec C. \_\_\_\_\_ SA aurait été limitée pour des raisons de

santé ne peut être étayée par aucune attestation d'un médecin en temps réel ou de l'employeur.

En conséquence, la décision de l'OAI du 2 juillet 2024 n'a aucun effet contraignant à l'égard du défendeur en ce qui concerne la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail s'est détériorée de manière sensible et durable.

**b)** Dans la mesure où l'appréciation de l'OAI n'a aucun caractère contraignant pour le défendeur, il n'y a pas lieu d'examiner si l'évaluation faite au niveau de l'assurance-invalidité apparaît d'emblée insoutenable (cf. consid. 3b *supra*).

**c)** Eu égard à ce qui précède, il n'est pas établi sous l'angle de la vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail ayant abouti au versement d'une rente de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2024 est survenue au cours du rapport d'affiliation avec le défendeur. Conformément à l'art. 23 LPP et au règlement de prévoyance (cf. consid. 4a et 6a/aa *supra*), le défendeur n'est par conséquent pas tenu de prêter en faveur du demandeur.

**d)** Comme démontré ci-dessus, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de céans de statuer à satisfaction de droit. Il se justifie, en conséquence, de rejeter la demande de production par le demandeur de l'intégralité du dossier de l'OAI (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3).

**7. a)** En conclusion, la demande s'avère mal fondée et 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).

Le défendeur, 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 formée le 25 novembre 2024 par B. \_\_\_\_\_ est rejetée.
  
- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap Suisse (pour B. \_\_\_\_\_),
- Me Anne Troillet (pour le Fonds A. \_\_\_\_\_),
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du

17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :