

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 5 novembre 2024

Composition : M. WIEDLER, président
M. Piguet, juge, et Mme Pétremand, juge suppléante
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

G._____, à [...], demandeur, représenté par Me Estelle Marguet, avocate
à Lausanne,

et

Z._____, à [...], défenderesse, représentée par Me Michel D'Alessandri,
avocat à Genève.

Art. 23 LPP.

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le [...] 1968, divorcé et père de deux enfants nés respectivement en 2004 et 2006, a été employé à partir du 15 septembre 2008 en tant que conseiller à la clientèle à plein temps pour le compte de Z._____ Assurances, agence générale de [...], jusqu'à sa démission donnée le 3 juillet 2017 pour le 30 septembre suivant. A ce titre, il a été assuré pour la prévoyance professionnelle auprès de la Z._____ (Fondation de prévoyance [...], ci-après : la Fondation de prévoyance ou la défenderesse) du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre 2017. L'intéressé a plus particulièrement perçu des indemnités journalières en cas de maladie durant les mois de janvier, mars à août et décembre 2016, selon les décomptes de salaires y relatifs. Aux termes d'une attestation du 12 octobre 2017 destinée à l'assurance-chômage, Z._____ Assurances a précisé que le dernier jour de travail de l'assuré était intervenu le 8 janvier 2017. D'un relevé de timbrage joint à cette attestation, il résultait que l'intéressé avait été absent pour cause de maladie du 9 janvier au 30 juin 2017, puis libéré de son obligation de travailler du 1^{er} juillet au 30 septembre 2017 ; le décompte de salaire du mois de juillet 2017 mentionnait, quant à lui, le versement d'indemnités journalières en cas de maladie. Le 4 avril 2018, la Fondation de prévoyance a versé à la Fondation institution supplétive LPP la prestation de libre passage de l'assuré.

Du 18 au 28 août 2017, l'assuré a été hospitalisé au Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier W._____), site de L._____. A teneur d'une lettre de sortie du 12 septembre 2017, les Dres C._____ et Q._____, respectivement médecin associée et médecin assistante au sein dudit service, ont indiqué que l'intéressé leur avait été adressé par le cabinet du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, où il était suivi depuis le début de l'année 2016. Etaient retenus, à titre de diagnostics principaux, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève (F43.20) et des difficultés liées à l'environnement social (Z60).

Dans le cadre des démarches entreprises par l'assuré pour s'annoncer à l'assurance-chômage, la Dre X._____, médecin assistante à la Polyclinique [...], a attesté le 4 septembre 2017 que l'intéressé avait démissionné de son précédent emploi car celui-ci n'était plus compatible avec son état de santé. A teneur d'un « *certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales* » établi le 23 octobre 2017, le Dr R._____ a précisé qu'il suivait l'assuré depuis le 29 mai 2016, ce dernier lui ayant été adressé par le Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier W._____. Interpellé quant au point de savoir si le patient avait décrit des problèmes de santé induits par son activité professionnelle, respectivement des empêchements médicaux dans l'exercice de cette activité, le Dr R._____ a répondu par l'affirmative ; il a également confirmé l'impossibilité d'un maintien au poste de travail. Le Dr R._____ a de surcroît attesté que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail du 25 janvier au 30 juin 2017 et qu'il était désormais à même d'exercer son activité habituelle.

A compter du 2 octobre 2017, l'assuré a bénéficié d'indemnités de chômage basées sur un taux d'activité de 100 %. Des formulaires « *Indications de la personne assurée* » qu'il a complétés durant les mois d'octobre 2017 à février 2019, il est ressorti qu'il n'avait pas travaillé durant la période considérée et qu'il continuait à rechercher une activité à temps plein, ayant tout au plus signalé un jour d'incapacité de travail le 1^{er} mai 2018. L'intéressé a également suivi vingt jours de formation entre le 5 avril et le 19 juillet 2018. En incapacité de travail totale dès le 19 mars 2019, l'assuré a continué à percevoir des indemnités de chômage jusqu'au 17 avril 2019 (décision de la Caisse cantonale de chômage du 30 avril 2019), se voyant ensuite allouer des prestations de l'assurance perte de gain maladie pour bénéficiaire d'indemnités de chômage à partir du 18 avril 2019 et ce jusqu'au terme de son délai-cadre d'indemnisation le 1^{er} octobre 2019 (décision du Service de l'emploi du 18 octobre 2019). A compter du 1^{er} octobre 2019, le Centre social régional de [...] (ci-après : le CSR) lui a alloué des aides financières au titre du revenu d'insertion (lettre du CSR du 21 mars 2022). Parallèlement, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté des

périodes d'incapacité de travail à 100 % entre le 19 mars 2019 et le 31 octobre 2019 (certificats médicaux des 19 et 28 mars, 6 et 23 mai, 1^{er} juillet, 6 et 27 août et 8 octobre 2019) ; dans un rapport du 6 août 2019 à la caisse de chômage, le Dr K._____ a précisé que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif en relation avec sa situation professionnelle et familiale.

L'assuré a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 12 novembre 2019, mentionnant dans le formulaire idoine qu'il présentait des absences répétées depuis 2012 pour « *Trouble psychique suite nombreux Cas de maladie Graves* » [sic]. Dans un rapport établi le 5 mars 2020 à la suite d'un entretien de détection précoce, il a été retenu que l'assuré décrivait plusieurs atteintes à la santé depuis 2012 - principalement liées au pancréas et au diabète - ainsi qu'« *un état de santé psychique surtout qui l'empêche de se projeter, d'avoir des envies* », pour lequel il était suivi par un psychiatre depuis plusieurs mois. L'assuré a ensuite introduit une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 avril 2020, indiquant à cette occasion souffrir d'une atteinte à la santé depuis le mois de mars 2019, décrite en ces termes : « *Suivi depuis 10 mois chez le Dr K._____ je souffre d'une dépression sévère suite à de nombreux problème de santé. Pancréatite à répétition, opération pancréas afin de retirer un nodule toujours présent, devenu diabétique insulino dépendant, hypertentison, apné sommeil sévère etc...* » [sic].

Dans un rapport du 15 mai 2020 à l'OAI, le Dr K._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'anxiété généralisée (F41.8), ainsi que de diabète sévère, splénectomie, pancréatotomie et apnée du sommeil sévère. Il a précisé suivre l'assuré à raison d'une séance tous les quinze jours depuis le 19 mars 2019. Il a émis un pronostic défavorable au vu de l'importance cumulée des troubles psychiques et physiques et a estimé que la capacité de travail était nulle depuis le 19 mars 2019 pour une durée indéterminée, respectivement que l'incapacité de travail était « *totale et définitive* ». Concernant l'évolution de la situation, le Dr K._____ a indiqué que l'angoisse et la dépression s'étaient manifestées parallèlement aux

troubles somatiques depuis 2012, étant souligné que l'état anxio-dépressif important était aggravé notamment par les problèmes somatiques. Il a également relevé que l'assuré avait séjourné en 2016 [recte : 2017] pour dépression à l'hôpital de L._____.

Par communication du 7 juillet 2020, l'OAI a considéré, après analyse de la situation de l'assuré, qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation.

Dans un rapport du 9 juillet 2020 adressé à l'OAI, le Dr B._____, chef de clinique à Y._____ - Centre universitaire [...] (ci-après : Y._____), a mentionné les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère depuis 2016, obstruction nasale bilatérale perannuelle, diabète de type 2 depuis 2012 et état dépressif depuis 2015. Il a considéré que ces atteintes entraînaient une capacité de travail nulle dans toute activité. Il a également souligné que le patient était très limité en raison de ses pathologies psychiatriques et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail. Donnant suite le 25 février 2021 à une correspondance de l'OAI du 29 janvier 2021 sollicitant des informations complémentaires, les Dres M._____ et T._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante auprès d'Y._____, ont retenu les diagnostics incapacitants de syndrome d'épuisement professionnel, d'état dépressif chronique et de troubles de l'adaptation ; elles ont indiqué qu'il en résultait une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2019, étant précisé que les limitations étaient d'ordre psychiatrique et que les arrêts de travail avaient été émis par le psychiatre traitant.

Dans l'intervalle, à teneur d'un questionnaire de l'OAI complété le 22 février 2021, le Dr K._____ a maintenu les troubles psychiques précédemment diagnostiqués et a confirmé l'absence de capacité de travail depuis le 19 mars 2019.

Par avis médical rendu le 25 mai 2021, la Dre D._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que l'assuré présentait une problématique médicale complexe, d'ordre somatique et psychiatrique. Elle a souligné que les médecins d'Y._____ attribuaient une origine psychiatrique à l'incapacité de travail, tandis que le Dr K._____ évoquait une origine somatique et psychiatrique. A cela s'ajoutait que le psychiatre traitant ne constatait aucune évolution après plus de deux ans de prise en charge. Dans ces conditions, la Dre D._____ a préconisé une expertise bidisciplinaire, associant une évaluation psychiatrique et une évaluation de médecine interne.

Après avoir encore demandé le 26 mai 2021 à se voir transmettre tous les rapports d'investigation et de consultation en possession du Centre hospitalier W._____, l'OAI a réceptionné en particulier un rapport de la Dre T._____ du 28 juillet 2020 résumant les antécédents de l'assuré dans le cadre d'une prise en charge conjointe entre la médecine générale, la diabétologie, l'ophtalmologie et la pneumologie.

Aux termes d'un rapport du 17 juin 2021, la Dre H._____, cheffe de clinique adjointe au Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier W._____, a posé le diagnostic de diabète de type 2 depuis 2013, actuellement mal contrôlé.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre auprès des Dres N._____, spécialiste en médecine interne générale, et F._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du Bureau [...] (ci-après : le V._____) à [...]. Dans leur rapport du 16 septembre 2021, les expertes ont retenu les diagnostics incapacitants de diabète de type 2 insulino-traité, instable (2020), de syndrome des apnées du sommeil avec échec de CPAP ("*Continuous Positive Airway Pressure*"), ainsi que d'anxiété généralisée (F41.2) depuis mars 2019. A titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, elles ont mentionné une dysthymie (F34.1) depuis septembre 2017 et un trouble de l'adaptation

avec réaction dépressive brève (F43.2) en août 2017. Sur le plan somatique, les expertes ont estimé que la capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} avril 2019 au moins, ajoutant que des limitations existaient très vraisemblable déjà avant cette date. Sur le plan psychique, les expertes ont retenu une capacité de travail de « 60 % (« 100 % moins 40 % de diminution de rendement ») depuis le mois de septembre 2017, en raison du trouble anxieux généralisé et de la dysthymie, ainsi que de troubles cognitifs et d'une fatigue secondaires aux problèmes somatiques, cela dans l'activité habituelle qui correspondait à une activité adaptée. Il était précisé que la capacité de travail s'était lentement dégradée depuis 2012, avec une accélération en 2017 ayant causé la fin des rapports de travail avec Z._____ Assurances, étant souligné que l'incapacité de travail n'avait réellement été attestée que le 1^{er} avril 2019 pour des raisons plus administratives que médicales.

Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les expertes ont décrit comme suit l'évolution de la maladie :

"Au plan somatique

En 2012 est survenue une pancréatite aiguë sans facteurs de risque particuliers. En raison de la présence d'un nodule suspect de malignité, en 2013 il a subi une splénectomie et pancréatectomie caudale. Depuis cet événement, il a développé des infections récurrentes [...]. Son employeur lui a reproché cet absentéisme.

Le diabète de type 2 s'est déclenché à la suite de l'intervention. [...] Ce diabète se révèle quasiment impossible à équilibrer [...].

En 2016 M. G._____ fait une deuxième pancréatite.

Des calculs rénaux se sont rajoutés à cette problématique en 2017.

M. G._____ [...] a des douleurs abdominales chroniques [...].

Un syndrome des apnées du sommeil, secondaire à une obstruction nasale chronique, a été diagnostiqué. [...]

Il souffre aussi de migraine, [...].

Au plan psychique

[...]

[...], l'expertisé n'a pas d'antécédents psychiatriques avant sa maladie somatique. Il a sombré dans un épisode dépressif consécutif à plusieurs maladies et des facteurs contextuels, notamment une

séparation conjugale et la perte de son emploi. En raison d'idées suicidaires, il a été hospitalisé 3 semaines à L._____. Par la suite, il a bénéficié d'un suivi psychiatrique intégré, avec encore actuellement des séances bimensuelles, sans traitement psychotrope antidépresseur à dose thérapeutique. A l'heure actuelle, ses plaintes sont d'ordre anxio-dépressif, avec également une fatigue intense, des troubles cognitifs, une somnolence diurne, des vertiges, cette symptomatologie présentée est majoritairement induite par des problèmes somatiques."

L'experte psychiatre a plus particulièrement commenté ses diagnostics comme il suit :

"L'expertisé décrit l'apparition progressive de symptomatologie anxio-dépressive depuis environ 2015, dans un contexte de maladies et problèmes somatiques multiples, de séparation conjugale puis finalement de la perte de son travail en 2017. Il a présenté des idées suicidaires, qui ont rapidement disparu lors d'une hospitalisation abrégée en 2017, sans traitement antidépresseur.

Un abaissement fluctuant de l'humeur est signalé, associé à des idées d'incapacité, une anhédonie relative et des baisses d'élan vital fluctuantes. Cette symptomatologie est associée, de manière variable, à une fatigue intense et des troubles de la concentration principalement en lien avec un sommeil entrecoupé en raison d'apnée du sommeil et polyurie. Hormis un épisode limité dans le temps de baisse de thymie majeure avec des idées suicidaires en 2017, qui a nécessité une hospitalisation, il ne rapporte pas de baisse de thymie continue ou importante durant des périodes prolongées. Il n'a jamais reçu d'antidépresseur à des doses thérapeutiques.

Un trouble de l'adaptation peut rendre compte de la symptomatologie survenue en 2017, avec depuis lors une dysthymie, forme de dépression chronique avec fluctuations."

Par avis médical SMR du 7 octobre 2021, la Dre D._____ a estimé que l'expertise n'apportait pas d'appréciation consensuelle de la capacité de travail et de son évolution depuis septembre 2017. De même, il manquait un pronostic quant à une possible amélioration de la capacité de travail moyennant un meilleur contrôle du diabète. La Dre D._____ a en particulier relevé que l'experte en médecine interne considérait la capacité de travail résiduelle comme nulle depuis avril 2019 compte tenu de l'instabilité glycémique et du syndrome des apnées du sommeil non contrôlé, alors que l'experte psychiatre l'évaluait à 60 % en raison du trouble anxieux généralisé, de la dysthymie, ainsi que de troubles cognitifs et d'une fatigue secondaires aux problèmes somatiques.

Un complément d'expertise a conséquemment été établi le 2 novembre 2021. Sur le plan de la médecine interne, l'experte N._____ a estimé que les spécialistes du Centre hospitalier W._____ avaient tout essayé pour stabiliser le diabète. Elle a indiqué que l'incapacité de travail de 100 % avait débuté avec le diagnostic de diabète, soit depuis le 1^{er} avril 2019 au moins, mais que la capacité de travail était très vraisemblablement déjà limitée avant cette date, sans toutefois avoir été attestée. Sous l'angle psychiatrique, l'experte F._____ a exposé que la capacité de travail avait été nulle entre le 18 et le 28 août 2017, en raison d'un état dépressif et d'idées suicidaires dans un contexte de problèmes somatiques et relationnels ; la capacité de travail avait ensuite atteint 60 % - à savoir une capacité de travail de 100 % moins 40 % de diminution de rendement - depuis la sortie de L._____ en septembre 2017 et jusqu'au mois de mars 2019 ; à compter du mois d'avril 2019, la capacité de travail était nulle en raison de la dysthymie et du trouble anxieux généralisé qui s'était alors péjoré à cause des atteintes à la santé physique exacerbant les limitations psychiatriques. L'experte F._____ a précisé que l'origine des troubles cognitifs et de la fatigue était plurifactorielle (somatique et psychiatrique).

Dans un rapport d'examen SMR du 2 décembre 2021 se référant à l'appréciation des expertes du V._____, la Dre D._____ a retenu comme atteinte principale à la santé un diabète de type 2 insulino-requérant, instable ; elle a également mentionné, à titre de pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, un syndrome des apnées obstructives du sommeil avec échec de CPAP et une anxiété généralisée (F41.2). En revanche, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive en août 2017 (F43.2) et de dysthymie (F34.1) n'ont pas été considérés comme étant du ressort de l'assurance-invalidité Le début de l'incapacité de travail durable a été fixé au mois d'août 2017, avec une capacité de travail nulle du 18 au 28 août 2017, puis de 60 % dès le mois de septembre 2017 et nulle dès le mois de mars 2019. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : instabilité glycémique, malaises, syncopes, fatigue et somnolence diurne, troubles

attentionnels, manque de confiance en soi, difficultés à maintenir et à initier les tâches, vulnérabilité au stress et à la pression de rendement, difficultés à prendre des décisions. La Dre D._____ a en particulier souligné l'intrication entre les différentes atteintes à la santé tant somatiques que psychiques.

Aux termes d'un projet de décision du 6 décembre 2021, communiqué à la Fondation institution supplétive LPP, l'OAI a signifié à G._____ qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2020. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 18 août 2017. A l'échéance du délai de carence, soit le 18 août 2018, la capacité de travail et de gain s'élevait à 100 % avec une baisse de rendement de 40 % dans toute activité professionnelle, ce qui ouvrait un droit à un quart de rente. A compter du 1^{er} mars 2019, la capacité de travail et de gain était nulle dans toute activité professionnelle, ce qui donnait ainsi droit à une rente entière. Toutefois, dès lors que l'assuré avait tardivement formé sa demande le 16 [recte : 10] avril 2020, le droit à la rente prenait effet dès le 1^{er} octobre 2020. Le 31 janvier 2022, la Fondation de prévoyance a demandé à l'OAI de lui envoyer une copie du dossier de l'assuré.

Par décisions du 21 avril 2022, communiquées à la Fondation de prévoyance, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2020 et fixé le montant des prestations dues à ce titre. D'après les pièces versées au dossier, ces décisions n'ont pas été contestées.

Entre-temps, par courriel du 28 janvier 2022, l'assuré s'est adressé à la Fondation de prévoyance pour lui demander des prestations. A teneur d'une déclaration d'incapacité de gain remplie le 8 février 2022, l'intéressé a fait mention d'une incapacité de gain pour cause de maladie à 40 % du 18 août 2017 au 1^{er} mars 2019 et à 100 % depuis le 1^{er} mars 2019. Représenté par Me Jean-Michel Duc, l'assuré s'est adressé le 17 mai

2022 à l'OAI pour obtenir une copie de son dossier, qui lui a été communiquée le 20 mai 2022.

Le 10 juin 2022, l'assuré a requis de la Fondation de prévoyance le paiement de prestations d'invalidité, exigeant également une copie des pièces de son dossier, qui lui a été envoyée le 15 juin 2022. Par courrier du 5 juillet 2022, l'intéressé a invité la Fondation de prévoyance à statuer à bref délai sur son droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

Prenant position le 28 juillet 2022, la Fondation de prévoyance a rejeté la demande de prestations de l'assuré, invoquant une absence de rapport de connexité temporelle et matérielle.

B. a) Par demande déposée le 12 août 2022 (date de l'envoi sous pli recommandé), G._____, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a ouvert action devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, préliminairement, à ce que sa demande soit déclarée recevable et, principalement, à ce que sa demande soit admise et que la Fondation de prévoyance pour le personnel de Z._____ Assurances soit condamnée à lui allouer les prestations légales et réglementaires d'invalidité ainsi que de vieillesse, avec intérêts moratoires, les montants étant calculés à dire de justice, le tout avec suite de dépens.

Le demandeur fait valoir que les atteintes somatiques dont il souffre depuis 2012 ont entraîné des répercussions d'ordre psychique. Il soutient qu'il s'est trouvé en incapacité de travail à compter du 18 août 2017 pour des atteintes psychiatriques, que son employeur Z._____ Assurances a fait pression sur lui pour qu'il démissionne au 30 septembre 2017 et qu'il s'est, depuis lors, trouvé en incapacité totale de travail. Il ajoute qu'entre l'incapacité de travail survenue à compter du 18 août 2017, alors qu'il était affilié à la Fondation de prévoyance, et l'invalidité reconnue par l'OAI, il existe, d'une part, un lien de connexité matériel résultant de la décision de l'OAI du 21 avril 2022, de l'expertise diligentée

par l'OAI et du rapport du SMR du 2 décembre 2021, faisant tous état des mêmes affections, et, d'autre part, un lien de connexité temporel puisque son incapacité de travail perdure depuis le 18 août 2017 selon la décision rendue par l'OAI ayant force contraignante pour la Fondation de prévoyance. Comme moyens de preuve, il requiert de l'OAI et de la défenderesse la production de leurs dossiers respectifs.

b) Par réponse du 17 octobre 2022, la défenderesse, représentée par Me Michel D'Alessandri, s'est remise, quant à la forme, à l'appréciation de la Cour de céans s'agissant de la recevabilité de la demande, et a conclu quant au fond, principalement, à ce que G. _____ soit débouté de toutes ses conclusions prises à l'encontre de la Fondation de prévoyance, qu'il soit condamné en tous les frais et dépens de la procédure, y compris une équitable indemnité valant participation aux honoraires d'avocat de la Fondation de prévoyance, et que G. _____ soit débouté de toutes autres ou contraires conclusions, subsidiairement, à ce qu'il soit dit, dans l'hypothèse où la Fondation de prévoyance devrait être condamnée à verser à G. _____ un quelconque montant, que ce montant serait versé sous réserve de sa réduction en cas de non restitution de la prestation de sortie, plus subsidiairement, à ce que la Fondation de prévoyance soit acheminée à apporter par toutes voies de droit utiles la réalité des faits allégués.

Donnant suite à la demande de la Cour de céans par lettres des 16 août et 5 septembre 2022, la Fondation de prévoyance a produit le dossier complet de l'assuré (y compris ses certificats de prévoyance) accompagné des statuts et règlements applicables, ainsi que le dossier de l'assurance-invalidité couvrant la période du 12 novembre 2019 au 24 août 2022.

La défenderesse, relevant que le préavis de décision de l'OAI du 6 décembre 2021 ne lui a pas été communiqué, dénie toute force contraignante à la décision de cet office du 21 avril 2022. Elle mentionne, à cet égard, avoir pris connaissance du préavis lorsque le demandeur lui en a adressé une copie le 31 janvier 2022 et avoir reçu notification de la

décision de l'OAI du 21 avril 2022. Elle ajoute que les constatations de l'OAI dans sa décision du 21 avril 2022, en particulier celles arrêtant au 18 août 2017 le début de l'incapacité à l'origine de l'invalidité, n'ont aucun effet obligatoire à son égard compte tenu de la tardiveté de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Enfin, elle estime que le raisonnement de l'OAI est insoutenable dès lors que le début de l'incapacité de travail invalidante a été fixé *a posteriori* et sans constat médical en temps réel.

Par ailleurs, la défenderesse considère que le demandeur ne démontre pas, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que son incapacité de travail invalidante aurait débuté le 18 août 2017, alors qu'il était employé par Z._____ Assurances. Elle soutient que l'expertise du V._____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, dès lors que les experts mis en œuvre par l'OAI ont émis des suppositions basées sur des réflexions médicales spéculatives pour établir de manière théorique une incapacité de travail rétroactivement quatre ans plus tôt. Sur ce point, elle conteste également la teneur du rapport d'examen du SMR. Elle souligne que seules les incapacités de travail en 2019 ont été attestées en temps réel, par le Dr K._____ pour sur le plan psychiatrique et par Y._____ sous l'angle somatique, ce que confirment les déclarations de l'assuré dans le formulaire du 12 novembre 2019 et la demande de prestations du 10 avril 2020, à l'instar de l'expertise fixant dès 2019 la survenance des diagnostics incapacitants d'ordre somatique et psychique. La défenderesse relève qu'à ce moment-là, elle n'assurait plus le demandeur qui avait résilié son contrat de travail avec Z._____ Assurances au 30 septembre 2017 puis avait été affilié en tant que chômeur à la Fondation institution supplétive LPP auprès de laquelle sa prestation de sortie avait été versée. A cela s'ajoutait que l'intéressé avait été considéré comme parfaitement apte au placement durant cette période de chômage, avant une période d'incapacité de travail à 100% dûment attestée par son psychiatre traitant du 1^{er} avril au 31 octobre 2019. La défenderesse retient ainsi que les conditions de connexité matérielle et temporelle pour déclencher son obligation de prester ne sont pas remplies. Elle estime que, si elle devait toutefois être condamnée à

prester, des intérêts moratoires d'un montant de 1 % ne pourraient être dus qu'au plus tôt le 12 août 2022 et que la prestation de sortie de l'assuré devrait lui être restituée.

c) Répliquant le 8 novembre 2022, le demandeur a persisté dans ses précédentes conclusions. Il allègue, d'une part, que la décision de l'OAI n'est pas insoutenable et a un caractère contraignant et, d'autre part, que l'expertise s'est vu reconnaître une pleine valeur probante sans faire l'objet de critiques de la part de la défenderesse. Le demandeur fait également valoir que la lettre sortie de la Dre C. _____ atteste en 2017 d'une incapacité de travail en temps réel. Tant la décision de l'OAI que l'expertise font, à son avis, état d'une connexité matérielle et temporelle entre les atteintes à la santé à l'origine de son incapacité de travail en 2017 et celles à la base de son invalidité.

d) Par duplique du 6 décembre 2022, la défenderesse a confirmé intégralement ses conclusions précédentes. Elle maintient que la capacité de travail du demandeur était totale du 29 août 2017 au 18 mars 2019 et souligne, à ce égard, qu'aucune attestation d'incapacité de travail n'a été délivrée en temps réel pour cette période et que le demandeur a été considéré pleinement apte au placement par la Caisse cantonale de chômage jusqu'au 18 avril 2019.

e) Aux termes de ses déterminations spontanées du 21 décembre 2022, le demandeur a maintenu l'intégralité de ses conclusions, en précisant que la défenderesse aurait pu contester le projet de décision de l'OAI du 6 décembre 2021 dès le 4 février 2022 et donc avant que l'OAI ne rende sa décision du 21 avril 2022.

f) Le 12 janvier 2024, le juge instructeur a requis la production du dossier du demandeur en mains de la Caisse cantonale de chômage à [...], laquelle a procédé dans ce sens le 9 février 2024. A la demande du juge instructeur du 1^{er} février 2024, l'Office régional de placement de [...] (ci-après : l'ORP) a produit le 16 février 2024 les pièces relatives à la capacité de travail de l'assuré au cours de la période de septembre 2017 à

mars 2019. Les parties se sont vu octroyer la faculté de consulter ces pièces et de faire part de leurs déterminations éventuelles.

Prenant position le 22 mars 2024, la défenderesse a persisté intégralement dans ses conclusions. Elle souligne que le demandeur bénéficiait d'une pleine capacité de travail et était apte au placement du 1^{er} octobre 2017 jusqu'au 18 avril 2019, soit une période d'un an et demi durant laquelle il a perçu des indemnités de chômage sans signaler d'incapacité de travail sauf le 1^{er} mai 2018. Elle ajoute que du 18 avril au 1^{er} octobre 2019, l'assuré a perçu des indemnités perte de gain maladie pour bénéficiaire d'indemnités de chômage en raison de troubles psychiques pour lesquels il bénéficiait, depuis mars 2019, d'un traitement auprès du Dr K._____. Pour la défenderesse, le dossier de la Caisse de chômage démontre l'absence de valeur probante de l'expertise du V._____ s'agissant de l'incapacité de travail reconnue depuis le mois d'août 2017.

Par déterminations du 24 avril 2024, le demandeur a maintenu l'intégralité de ses conclusions. Il fait valoir que la reconnaissance d'une aptitude au placement dans l'assurance-chômage n'a pas d'incidence sur l'appréciation par les autres assureurs de l'aptitude au travail. Il soutient que l'OAI a constaté de manière contraignante son incapacité totale de travail depuis le mois d'août 2017, en reconnaissant une pleine valeur probante à l'expertise du V._____.

Se conformant à une ordonnance du juge instructeur du 19 août 2024, l'ORP a produit le 9 septembre 2024 les procès-verbaux des entretiens de conseil du demandeur pour la période de septembre 2017 à mars 2019. Les parties se sont vu donner la possibilité de prendre connaissance de ces documents et de faire valoir leurs arguments.

Par acte du 14 octobre 2024, la défenderesse a maintenu sa position.

Le 29 octobre 2024, Me Estelle Marguet a informé la juridiction cantonale qu'elle avait repris la défense des intérêts du demandeur.

E n d r o i t :

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

b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi 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'espèce, l'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle celui-ci a été engagé, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse.

3. Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au

sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'assurance-invalidité, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (art. 24 al. 1 LPP [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021]).

4. 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) 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 et les références). De hautes exigences sont posées pour admettre le caractère manifestement insoutenable d'une décision de l'assurance-invalidité ; il faut, en effet, que celle-ci soit entachée d'une erreur qualifiée, sur la base des éléments figurant au dossier au moment où la décision est rendue par l'office compétent, et que cette décision soit arbitraire (Marc Hürzeler, in : Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [édit.], LPP et LFLP, 2^e éd., Berne 2020, n° 17 ad art. 23 LPP).

Cette force contraignante de la décision de l'assurance-invalidité vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière

sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). L'institution de prévoyance est, en effet, touchée au sens de l'art. 49 al. 4 LPGa par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération (TFA B 111/05 du 17 octobre 2006 consid. 5). Cette obligation est concrétisée à l'art. 73bis al. 2 let. f RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201) pour le préavis et à l'art. 74quater RAI pour le prononcé de rente.

L'effet contraignant d'une décision de l'assurance-invalidité pour une institution de prévoyance professionnelle ne peut toutefois pas s'étendre à des constatations qui n'étaient pas déterminantes pour la fixation du droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il n'y a pas d'effet contraignant, notamment, lorsque la rente de l'assurance-invalidité a été octroyée sur la base d'une demande tardive. Dans ce cas, l'office AI n'a aucune raison d'examiner l'évolution de l'incapacité de travail plus de deux ans avant le dépôt de la demande, ce qui exclut en principe le caractère contraignant pour l'institution de prévoyance des éventuelles constatations et évaluations de l'office AI relatives aux périodes antérieures (TF 9C_464/2015 du 31 mai 2016 consid. 2.4.2 et les références citées).

5. a) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est – ou était – affilié au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais

correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 138 V 409 consid. 6.1 et la référence).

b) L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. 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. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références). Cependant, 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). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 123 V 262 consid. 1c).

c) 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). L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de

l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, il est possible de s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

L'exercice d'une activité permettant de réaliser un revenu excluant le droit à une rente ne suffit pas encore à interrompre la relation de connexité temporelle. Pour admettre l'existence d'une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative de 80 % au moins (en référence au taux de 20 % de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là [voir TF 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et la référence]). Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) d'une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la relation de connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % pendant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.5) et que celle-ci

lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; TF 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2).

Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la personne assurée a présenté une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.4 et la référence). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme conformes à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire ainsi que la teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur. Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; Marc

Hürzeler, op. cit., n° 34 ad art. 23 LPP). En particulier, le Tribunal fédéral a jugé admissible de tenir compte d'une capacité de travail limitée en se référant à des évaluations rétrospectives de médecins spécialistes et aux indications de l'employeur, à l'instar de ce que l'office AI avait retenu sur la base du dossier médical, estimant alors qu'une aptitude totale au placement par l'assurance-chômage n'y changeait rien (TF 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.3.2).

d) En matière de prévoyance professionnelle, il convient de distinguer la naissance du droit aux prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP), qui coïncide en principe avec la date d'effet de la décision de l'assurance-invalidité, du report de l'exécution du droit après la fin du droit au salaire ou des indemnités journalières qui le remplacent, mais au plus tôt à la date d'effet de la décision AI (règle de coordination dans le temps, voir art. 26 al. 2 LPP précisé par l'art. 26 OPP2 [ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 ; RS 831.441.1] ; ATF 142 V 419 consid. 4.3.2). L'art. 26 al. 1 LPP renvoie à l'art. 29 LAI et établit ainsi une coïncidence de principe entre la naissance du droit aux prestations d'invalidité de la LPP et celle des rentes d'invalidité de la LAI. Or, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir – éventuellement de manière tardive – son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Sur la base des travaux préparatoires (FF 2005 4303), de l'avis de l'OFAS (Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 107 ch. 653) et de la jurisprudence fédérale (ATF 140 V 470 consid. 3.4 ; TF 9C_299/2017 du 24 avril 2018 consid. 5.1), il faut déduire de l'art. 26 al. 1 LPP que le droit à une rente d'invalidité LPP naît avec le début de la rente AI, c'est-à-dire au plus tôt six mois après la demande de rente auprès de l'assurance-invalidité (malgré des critiques élevées dans la doctrine, cf. p.ex. Marc Hürzeler, op. cit., n° 2 ad art. 26 LPP). L'art. 26 LPP contient des exigences minimales, au sens de l'art. 6 LPP, qui doivent dans tous les cas être respectées en matière de prévoyance professionnelle obligatoire et qui s'appliquent dans le domaine surobligatoire à défaut de disposition réglementaire contraire.

Le règlement de prévoyance applicable en l'espèce contient un art. 19 relatif à la rente d'invalidité. Force est de constater que cette disposition se réfère à la notion d'invalidité de l'assurance-invalidité et reprend, en substance, la teneur de l'art. 23 LPP. Il ne contient pas de disposition relative à la naissance du droit à la rente d'invalidité. Son al. 4 prévoit uniquement le report du versement des prestations dans le sens de l'art. 26 al. 2 LPP.

6. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, valable en procédure dans le domaine de la prévoyance professionnelle (art. 73 LPP et art. 61 let. c LPGa; Ulrich Meyer/Laurence Uttinger, in : Schneider/Geiser/Gächter, op. cit, n° 101 ad art. 73 LPP), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2. ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_154/2021 du 10 mars 2022 consid. 2.1). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en

cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 et les références citées ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) 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 citées). 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 citées).

7. En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité à charge de la défenderesse dépend de la question de savoir si l'atteinte qui a conduit à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité est étroitement liée, matériellement et temporellement, à une incapacité de travail survenue pendant le rapport de prévoyance. Au préalable, il s'agit d'examiner si la décision de l'OAI lie la défenderesse.

8. a) La Fondation de prévoyance a pour but la prévoyance professionnelle dans le cadre de la LPP et peut pratiquer la prévoyance plus étendue conformément aux art. 1 et 3 de ses statuts datés du 20 janvier 1999.

L'art. 2 du règlement de prévoyance valable dès le 1^{er} janvier 2017 prévoit que la Fondation de prévoyance sert au moins les prestations légales. Aux termes de l'art. 19 al. 2 de ce règlement, il y a invalidité *« lorsqu'il est prouvé objectivement sur constatation du médecin qu'à la suite de maladie (diminution des facultés mentales ou corporelles comprise) ou de lésion corporelle involontaire, la personne assurée est totalement ou partiellement incapable d'exercer sa profession ou une autre profession correspondant à ses aptitudes professionnelles, ses connaissances et ses capacités avant d'atteindre l'âge de la retraite ou*

qu'elle est invalide au sens de l'AI ». A droit à une rente d'invalidité, conformément à l'art. 19 al. 1 let. a du règlement qui réserve l'al. 4, une personne assurée qui subit une invalidité d'au moins 40 % et qui, au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause a entraîné l'invalidité, était assurée dans la caisse de pension. L'al. 3 indique que la personne assurée a droit à une rente d'invalidité entière si elle subit une invalidité d'au moins 70 %, trois quarts de la rente si elle subit une invalidité d'au moins 60 %, une demi-rente si elle subit une invalidité d'au moins 50 %, un quart de la rente si elle subit une invalidité d'au moins 40 %. Le montant de la rente entière d'invalidité est calculé conformément à l'al. 6. Une rente pour enfant d'invalidité est également prévue à l'art. 20 dudit règlement.

Il ressort du certificat de prévoyance établi par la défenderesse au 1^{er} janvier 2017 pour le demandeur que celui-ci a droit à une rente entière d'invalidité de 2'526 fr. 90 par mois et à une rente d'invalidité pour enfant de 505 fr. 40 par mois.

b) Conformément à l'art. 19 du règlement applicable qui se réfère à l'invalidité au sens de l'assurance-invalidité, la défenderesse est en principe liée par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité, aussi bien en ce qui concerne la fixation du degré d'invalidité que la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail s'est détériorée de manière sensible et durable (cf. consid. 4b supra).

9. Malgré le fait que des copies des décisions de l'OAI du 21 avril 2022 lui ont été communiquées, la défenderesse fait valoir qu'elle n'est pas liée par ces décisions aux motifs que le raisonnement de l'assurance-invalidité serait insoutenable, que le préavis de décision de l'OAI du 6 décembre 2021 ne lui a pas été communiqué et que la demande de prestations a été déposée tardivement par le demandeur. Elle invoque en outre une absence de lien de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail originelle et l'invalidité ultérieure.

Bien que le projet de décision de l'OAI du 6 décembre 2021 ait été communiqué à la dernière institution de prévoyance de l'assuré et non à la défenderesse, celle-ci admet qu'elle en a reçu une copie du demandeur le 31 janvier 2022. Elle pouvait alors exiger que ce projet lui soit formellement notifié par l'OAI, ce qu'elle n'a pas fait. Après réception du dossier de l'assurance-invalidité le 5 février 2022, la possibilité lui était encore donnée de requérir formellement la notification du préavis puisque l'OAI n'avait pas encore rendu de décision. Elle n'a toutefois pas non plus usé de cette possibilité. Il faut en outre observer que des copies des décisions que l'OAI a rendues le 21 avril 2022 ont bel et bien été communiquées à la défenderesse. Or, cette dernière n'a pas contesté ces décisions qui sont entrées en force, alors même qu'elle en avait le droit au même titre que l'assuré. Par conséquent, la défenderesse doit être considérée comme ayant pris part à la procédure de l'assurance-invalidité avec, pour corollaire, qu'elle est en principe liée par la décision de l'OAI (cf. consid. 4b supra).

Dans les décisions rendues le 21 avril 2022, l'OAI a retenu que le demandeur avait présenté une incapacité totale de travail sans interruption notable à compter du 18 août 2017 et qu'après l'échéance du délai d'une année prévu par l'art. 28 LAI, soit le 18 août 2018, l'incapacité de travail était de 40 %, puis de 100 % dès mars 2019. L'OAI a fait partir le droit à la rente le 1^{er} octobre 2020, et non pas le 1^{er} août 2018 comme le prévoit l'art. 29 al. 3 LAI, compte tenu de la tardiveté de la demande formée par l'assuré le 10 avril 2020 (art. 29 al. 1 LAI).

Sur la base du dossier de l'assurance-invalidité produit par la défenderesse, on observe que l'OAI a en réalité instruit la demande au-delà des deux ans précédant la date du dépôt de la demande. En effet, l'OAI a fixé le début de l'incapacité de travail invalidante au 18 août 2017, ce qui correspond à la date d'admission du demandeur dans le Service psychiatrique du Centre hospitalier W._____ (cf. rapport de ce service du 12 septembre 2017). Le rapport d'examen du SMR du 2 décembre 2021 retient une capacité de travail de 0 % du 18 au 28 août 2017, puis de 60 % depuis septembre 2017 et ensuite de 0 % depuis mars 2019, dans le

sens des conclusions auxquelles sont parvenues les expertes du V. _____ dans leur rapport du 16 septembre 2021 et leurs explications complémentaires du 2 novembre 2021, lesquelles sont fondées sur les rapports médicaux figurant au dossier de l'assuré.

Les constatations ainsi tirées par l'OAI sont corroborées par les rapports médicaux. Selon le rapport rendu le 12 septembre 2017 par le Service de psychiatrie du Centre hospitalier W. _____ et le rapport du Dr R. _____ du 23 octobre 2017, le demandeur était suivi par ce psychiatre depuis le mois de mai 2016 et il se trouvait en incapacité de travail du 25 janvier au 30 juin 2017. Ces informations correspondent à celles données par Z. _____ Assurances le 12 octobre 2017. Des diagnostics d'ordre somatique et psychiatrique incapacitants depuis plusieurs années ont été posés dans les rapports émanant d'Y. _____, qui attestent de ce que l'assuré était connu pour de nombreuses comorbidités et bénéficiait d'une prise en charge conjointe avec la médecine générale, la diabétologie, l'ophtalmologie et la pneumologie (cf. rapports des 9 et 28 juillet 2020, ainsi que du 17 juin 2021). On rappelle que l'assuré a connu plusieurs périodes d'absences pour cause de maladie déjà durant l'année 2016. Ces diagnostics concordent avec les indications données par le demandeur dans le formulaire de détection précoce du 12 novembre 2019 et relatées dans le rapport initial du 5 mars 2020.

Même si les constatations de l'OAI n'étaient en l'espèce pas déterminantes pour la fixation du droit à une rente de l'assurance-invalidité compte tenu de la tardiveté de la demande de prestations du 10 avril 2020, elles portent sur des faits qui ont une portée en droit de la prévoyance professionnelle. Ces constatations ne sauraient donc être dénuées de tout caractère contraignant en raison du lien étroit entre le premier et le deuxième pilier du système de pensions.

10. 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 pendant le rapport de prévoyance qui a duré, en l'occurrence, du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre 2017.

La défenderesse soutient que le début de l'incapacité invalidante doit être fixé sur la base des seules attestations médicales établies en temps réel, en 2019, lorsque le demandeur était affilié en tant que personne au chômage à la Fondation institution supplétive LPP. Elle considère que l'expertise du V. _____ n'a aucune valeur probante car elle se fonde sur des suppositions pour établir de manière théorique une incapacité de travail avec effet rétroactif en 2017. Elle en déduit qu'aucun lien de connexité matérielle et temporelle ne peut être établi avec l'invalidité ultérieure, de sorte qu'elle n'est pas tenue de verser une rente.

Il convient ainsi de déterminer à quel moment l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue et si un lien de connexité matérielle et temporelle existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité subséquente.

a) Le demandeur s'est vu reconnaître le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en raison, principalement, d'un diabète de type 2 insulino-requérant, instable (E10), d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil avec échec de CPAP et d'anxiété généralisée (F41.2) ; le début de l'incapacité de travail durable a été fixé en août 2017, soit au moment où le demandeur était hospitalisé en milieu psychiatrique à L. _____.

Sur le plan médical, l'OAI a suivi l'avis du 2 décembre 2021 du SMR, lequel a validé les conclusions de l'expertise de médecine interne et psychiatrique du 16 septembre 2021.

Etant rappelé que les constats de l'OAI peuvent en l'espèce être considérés comme ayant une portée en droit de la prévoyance professionnelle, il ressort des diverses pièces au dossier, en particulier de l'expertise du V. _____, que la capacité de travail du demandeur s'est lentement dégradée à partir de 2012, avec une accélération en 2017 qui a été la cause de la fin de ses rapports de travail avec Z. _____ Assurances. Cette dégradation de sa capacité de travail est due à des atteintes successives à sa santé d'ordre somatique (pancréatite aiguë,

splénectomie et pancréatectomie caudale suivies d'infections récurrentes et d'un diabète de type 2, puis d'une nouvelle pancréatite en 2016 et d'un syndrome des apnées du sommeil) et à un épisode dépressif consécutif à ces atteintes somatiques qui a conduit à une hospitalisation à L. _____ au mois d'août 2017 puis à un suivi psychiatrique régulier. Le rapport d'expertise précise que l'analyse médicale porte sur la période de 2017 à 2021 et il prend en compte les rapports médicaux dès 2017. Sur le plan somatique, une incapacité de travail de 100 % suite au diabète a été attestée par l'experte en médecine interne en tout cas depuis le 1^{er} avril 2019. A ce propos, l'experte N. _____ précise que l'incapacité de travail a vraisemblablement débuté avant cette date mais sans toutefois être attestée pour des raisons essentiellement administratives. Sur le plan psychique, l'experte F. _____ retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 0 % entre le 18 et le 28 août 2017 pour état dépressif, puis de 60 % de septembre 2017 à mars 2019 et enfin de 0 % à partir d'avril 2019 en raison de dysthymie et d'un trouble anxieux généralisé qui s'est alors péjoré. Elle observe que la symptomatologie psychique est majoritairement induite par des problèmes somatiques et que certains troubles cognitifs et de la fatigue sont d'origine plurifactorielle. Le rapport d'expertise circonstancié rédigé par les Dres N. _____ et F. _____ se fonde sur des examens complets et les rapports médicaux figurant au dossier de l'assurance-invalidité. Il prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les expertes n'observent aucune incohérence entre l'anamnèse, l'examen clinique ainsi que la chronologie des événements, et relèvent des limitations impactant tous les domaines de la vie. Enfin, leur rapport se prononce sur les points litigieux et comporte des conclusions dûment motivées qui ont été précisées le 2 novembre 2021.

Les conclusions auxquelles sont parvenues les expertes rejoignent celles des médecins traitants d'Y. _____, lesquels ont décrit en détail l'historique des antécédents médicaux du demandeur dans leurs rapports de 2020 et 2021 (pancréatites à répétition dès 2012 et opérations y relatives, calculs et interventions y relatives dès 2013, diabète de type 2 non contrôlé depuis 2013, état dépressif depuis 2015 et

un syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère depuis 2016, avec des effets sur la capacité de travail). Le Dr R. _____ a confirmé le 23 octobre 2017 que l'assuré était suivi au Centre hospitalier W. _____ avant qu'il ne devienne son patient. Ces conclusions ont été également validées par le SMR dans son rapport du 2 décembre 2021 qui met en évidence l'intrication, dans le cas de l'assuré, entre les différentes atteintes à la santé somatiques et psychiques.

L'argument soulevé par la défenderesse, selon lequel l'expertise se fonderait sur des suppositions en retenant une incapacité de travail avec effet rétroactif en 2017, ne peut donc pas être suivi. Il faut constater, au contraire, que l'expertise est étayée par les rapports médicaux figurant dans le dossier, qui détaillent le suivi médical de l'assuré depuis 2012. Bien que ces rapports ne précisent pas les dates des arrêts de travail, les différentes interventions subies par le demandeur ont nécessité des arrêts de travail, ce dont attestent les indemnités journalières en cas de maladie perçues par le demandeur durant plusieurs mois en 2016. En toute hypothèse, le demandeur était incapable de travailler à 100 % durant sa période d'hospitalisation à L. _____ au mois d'août 2017, ce qui a été dûment attesté. La défenderesse échoue ainsi à remettre en cause la valeur probante de l'expertise et la teneur du rapport du SMR.

Par conséquent, il faut en déduire que l'ensemble des médecins consultés s'accordent, en l'occurrence, pour considérer que le demandeur souffrait d'atteintes à la santé somatiques et psychiques depuis de nombreuses années et que ces atteintes ont durablement eu des répercussions sur sa capacité de travail à partir du mois d'août 2017, ainsi que l'OAI l'a retenu dans ses décisions du 21 avril 2022. L'incapacité de travail durable du demandeur est donc intervenue pendant son rapport de prévoyance avec la défenderesse.

Il reste à examiner si l'incapacité de travail durable à partir d'août 2017 est en lien de connexité matérielle et temporelle avec l'invalidité subséquente, ce que la défenderesse conteste.

b) Le tableau clinique qui a conduit à l'attribution d'une rente de l'assurance-invalidité en faveur du demandeur est un diabète de type 2 insulino-requérant, instable (E10), accompagné d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil avec échec de CPAP et d'une anxiété généralisée (F41.2) (cf. consid. 10a supra).

Le rapport du Service de psychiatrie du Centre hospitalier W._____ du 12 septembre 2017 mentionne, comme diagnostic principal, un trouble de l'adaptation, réaction dépressive brève (F43.2) et des difficultés liées à l'environnement social (Z60). A côté de cela, il énumère les antécédents médicaux de l'assuré depuis 2012, dont un diabète de type 2 non insulo-requérant. Un syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère depuis 2016 et un diabète de type 2 non contrôlé depuis 2013, avec des effets sur la capacité de travail, ont également été mentionnés dans le rapport d'Y._____ du 9 juillet 2020.

Bien que les deux tableaux cliniques ne soient pas complètement superposables, force est de constater que le demandeur souffrait déjà depuis 2012 d'un diabète de type 2 qui s'est progressivement aggravé, ainsi que d'un état dépressif qui a évolué en une dysthymie, puis en un trouble d'anxiété généralisée, pour lesquels il a fait l'objet d'un suivi psychiatrique. Cette intrication des atteintes à la santé somatiques et psychiques dans le cas de l'assuré, que la Dre D._____ met en évidence dans son rapport du 2 décembre 2021, existait donc déjà en août 2017.

Du fait que des atteintes somatiques et des troubles psychiques ont été diagnostiqués durant le rapport de prévoyance et qu'elles ont entraîné une incapacité de travail qui s'est installée durablement en raison de l'évolution de ces troubles en un diabète de type 2 insulino-requérant et en un trouble d'anxiété généralisé, une connexité matérielle doit être admise.

c) Dans ses décisions du 21 avril 2022 jamais contestées par la défenderesse, l'OAI a constaté que, durant la période d'août 2017 à mars 2019, la capacité de travail et de gain de l'assuré était de 100 % avec une baisse de rendement de 40 % dans toute activité professionnelle. Ces constatations se fondent sur le rapport du SMR du 2 décembre 2021, qui retient une capacité de travail de 60 % depuis septembre 2017 en raison d'un trouble anxieux généralisé, de troubles cognitifs et d'une fatigue secondaires aux problèmes somatiques, appréciation valable aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. On observe ainsi que, pour cette période en particulier, la Dre D._____ du SMR valide aussi les conclusions des expertes en médecine interne et en psychiatrie.

C'est le lieu de rappeler que l'experte psychiatre a relevé l'apparition progressive d'une symptomatologie anxio-dépressive depuis environ 2015 dans un contexte de maladies et problèmes somatiques multiples, de séparation conjugale et finalement de perte d'emploi en 2017, le trouble de l'adaptation rendant compte de cette symptomatologie en 2017 et ayant été suivi d'une dysthymie sous la forme d'une dépression chronique avec fluctuations. L'experte F._____ a évalué la capacité de travail de l'assuré à 60 % dans toute activité depuis la sortie de L._____ et jusqu'en mars 2019 dans le rapport d'expertise du 16 septembre 2021, ce qu'elle a confirmé le 2 novembre 2021. Son avis concorde avec celui du psychiatre traitant, lequel a posé les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'anxiété généralisée (F41.8) et a évalué la capacité de travail à 0 % dans toute activité lucrative dès mars 2019, soit au moment où il a été consulté par le demandeur, tout en estimant que l'angoisse et la dépression s'étaient manifestées parallèlement aux troubles somatiques depuis 2012 (cf. rapport du Dr K._____ du 15 mai 2020). Sur le plan somatique, l'experte en médecine interne a considéré que l'incapacité de travail de 100 % avait débuté en tout cas avec le diagnostic de diabète depuis avril 2019, mais vraisemblablement avant, ce qui concorde avec l'historique des antécédents médicaux énumérés dans les différents rapports d'Y._____.

A la lecture du rapport du Centre hospitalier W. _____ du 12 septembre 2017 et de l'attestation de Z. _____ Assurances du 12 octobre 2017, on comprend que le demandeur n'a exercé aucune activité professionnelle de début janvier à fin septembre 2017 (dans le contexte d'un arrêt maladie du 9 janvier au 30 juin 2017 et de sa démission donnée le 3 juillet 2017, avec libération de l'obligation de travailler jusqu'à la fin des rapports de travail le 30 septembre 2017). A partir d'octobre 2017, le demandeur a été inscrit au chômage. La défenderesse fait valoir qu'il aurait été alors pleinement apte au placement, en se référant à la position de la Caisse cantonale de chômage. Or les extraits de compte produits par la défenderesse datent du 6 mai 2019, à savoir au moment où l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis presque deux mois et n'avait de ce fait plus droit à des indemnités de chômage depuis le 18 avril 2019. Sur la base du dossier de l'assurance-chômage, il faut constater que d'octobre 2017 à février 2019, le demandeur n'a ni travaillé ni bénéficié d'une mesure relative au marché du travail hormis quelques journées de cours. A cela s'ajoute le fait qu'il s'est trouvé en incapacité de travail totale du 19 mars 2019 jusqu'à épuisement de son droit aux prestations le 1^{er} octobre 2019. En conséquence, cette période de chômage ne saurait être considérée comme une période de pleine capacité de travail. De l'avis de tous les médecins consultés (Dres N. _____ et F. _____ dans leur expertise du 16 septembre 2021 et son complément du 2 novembre 2021, Dre D. _____ dans son rapport d'examen 2 décembre 2021, Dre H. _____ dans son rapport du 17 juin 2021, Dr B. _____ dans son rapport du 9 juillet 2020, Dr K. _____ dans son rapport du 15 mai 2020), les atteintes à la santé somatiques et psychiques du demandeur limitaient sa capacité de travail qui a été évaluée à 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 40 %, de sorte que sa capacité de travail ne dépassait pas 60 % dans toute activité de septembre 2017 à février 2019 en raison de l'évolution de son état de santé. Bien que le demandeur ait régulièrement indiqué d'octobre 2017 à février 2019, dans le cadre de ses démarches auprès de l'assurance-chômage, qu'il était pleinement apte au placement sans être en incapacité de travail, ses indications ne sauraient prévaloir sur les avis médicaux de spécialistes et les décisions rendues par

l'OAI sur cette base. Depuis ses périodes d'incapacités de travail en 2017, le demandeur n'a en réalité jamais repris d'activité professionnelle. Dans la mesure où le demandeur n'a manifestement retrouvé aucune capacité de travail significative d'au moins 80 % durant la période considérée, un lien de connexité temporelle peut être établi entre l'incapacité de travail invalidante survenue pendant le rapport de prévoyance en 2017 et l'invalidité subséquente du demandeur.

d) Eu égard à ce qui précède, il faut conclure qu'une incapacité de travail durable due à des atteintes somatiques et psychiatriques, lesquelles sont à l'origine de l'invalidité, a débuté au mois d'août 2017, soit durant le rapport de prévoyance avec la défenderesse. Dans ces circonstances, la défenderesse est tenue de prêter et d'accorder au demandeur des rentes d'invalidité.

11. Le droit du demandeur à des prestations d'invalidité de la défenderesse étant fixé dans son principe, il faut encore déterminer les conditions du droit aux rentes d'invalidité.

En application de l'art. 19 du règlement de prévoyance de la défenderesse, applicable lors de la survenance du cas de prévoyance en 2017, le demandeur est invalide à 100 % à partir du 1^{er} mars 2019 et a donc droit à une rente entière. Il a également droit à des rentes pour enfant d'invalide, pour ses enfants nés en 2004 et en 2006, aux conditions de l'art. 20 du règlement.

Dans le cas d'espèce, il convient d'appliquer l'art. 26 al. 1 LPP pour la naissance du droit aux rentes d'invalidité assurées (cf. consid. 5d supra), ce qui implique d'arrêter au 1^{er} octobre 2020 la naissance du droit aux rentes compte tenu de la tardiveté de la demande en matière d'assurance-invalidité déposée le 10 avril 2020.

Les prestations portent intérêt à partir de la date du dépôt de la demande en justice, soit dès le 12 août 2022 (art. 105 al. 1 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220] ; ATF 137 V 373 consid. 6.6 ;

119 V 131 consid. 4c). A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5 % (art. 104 al. 1 CO ; ATF 145 V 18 consid. 4.2 ; 130 V 414 consid. 5.1). En l'occurrence, la défenderesse estime que ce taux devrait correspondre au taux d'intérêt minimal LPP, sans toutefois s'appuyer sur une quelconque disposition réglementaire relative au taux d'intérêt moratoire. Par conséquent, la défenderesse devra verser le montant dû avec intérêts à 5 % l'an dès le 12 août 2022.

Faute pour le demandeur d'avoir pris des conclusions chiffrées sur le montant des rentes auxquelles il prétend, le présent litige ne peut porter que sur le principe du droit aux rentes d'invalidité (ATF 129 V 450 consid. 3.2 ; TF 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 8 ; TF 9C_41/2013 du 13 août 2013 consid. 5.2). Il appartiendra dès lors à la défenderesse de procéder au calcul des montants dus, cas échéant en tenant compte des motifs de réduction réservés par la législation qui lui est applicable. Il convient donc de réserver une éventuelle surindemnisation au sens de l'art. 7 du règlement de prévoyance de la défenderesse dans sa teneur en vigueur au moment du calcul de surindemnisation (Marc Hürzeler, op. cit., n° 80 et 81 ad art. 34a LPP).

A titre superfétatoire, il convient d'ajouter que la prestation de libre passage transférée doit être restituée à l'institution de prévoyance tenue de prester dans la mesure où la restitution est nécessaire pour accorder le paiement de prestations d'invalidité selon l'art. 3 al. 2 LFLP (loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.42). Il est en l'espèce précisé qu'une prestation de sortie de 141'272 fr. 80 a été versée le 6 avril 2018 par la défenderesse à la Fondation institution supplétive LPP (selon décompte de sortie au 30 septembre 2017 daté du 4 avril 2018) et que cette somme devra lui être restituée, à charge pour la défenderesse d'entreprendre les démarches auprès de ladite fondation ou de toute autre institution de libre passage compétente.

12. Pour tous ces motifs, la demande déposée le 12 août 2022 doit être admise. Le demandeur a droit à des rentes entières d'invalidité aux

conditions réglementaires, pour lui-même et ses enfants, dès le 1^{er} octobre 2020 avec intérêt à 5 % l'an dès le 12 août 2022. La défenderesse est invitée à procéder au calcul des montants dus, cas échéant en tenant compte des motifs de réduction réservés par la législation qui lui est applicable.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP).

Le demandeur a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 55 LPA-VD). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la défenderesse.

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

- I. La demande déposée le 12 août 2022 par G._____ est admise.
- II. La Z._____ doit verser à G._____ des rentes entières d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2020, avec intérêt à 5 % l'an dès le 12 août 2022, une éventuelle surindemnisation étant réservée.
- III. La Z._____ est invitée à fixer le montant des prestations à servir.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V. La Z._____ versera à G._____ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA compris.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Estelle Marguet (pour G. _____),
- Me Michel D'Alessandri (pour Z. _____),
- 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 :