

GE_GERICHTE ATAS/1165/2019 vom 17. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1165_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1165/2019 du 17 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1165/2019 del 17 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

- 14/35-

A/4052/2017 Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; SCHWARZENBACH-HANHART, Die Rechtspflege nach dem BVG, SZS 1983, p. 182). La demande en paiement est ainsi recevable.

E. 3

Le présent litige porte sur le droit éventuel du demandeur à une rente d'invalidité dès le 1er mars 2017, plus particulièrement sur la question de savoir s'il était assuré auprès de la défenderesse au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP) et, dans l'affirmative, sur le degré d'invalidité.

E. 4

Le système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité repose sur le principe des trois piliers (art. 111 Cst.). Les prestations du premier pilier (assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale et prestations complémentaires) doivent couvrir les besoins vitaux des personnes assurées de manière appropriée (art. 112 al. 2 let. b Cst.), alors que les prestations du deuxième pilier (prévoyance professionnelle) doivent permettre aux personnes assurées de maintenir de manière appropriée leur niveau de vie antérieur (art. 113 al. 2 let. a Cst.; voir également art. 1 al. 1 LPP). Il incombe au troisième pilier (prévoyance individuelle) de compléter les mesures collectives des deux premiers piliers selon les besoins personnels. Les institutions de prévoyance qui participent à l'application du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (art. 48 al. 1 LPP) doivent respecter les exigences minimales fixées aux art. 7 à 47 LPP (art. 6 LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP;

Message à l'appui de la LPP, FF 1976 I 127 ch. 313 et 314; ATF 131 II 593 consid. 4.1 et les références).

E. 5

a. À teneur de l'art. 23 LPP, 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 ont droit à des prestations d'invalidité. b. L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 10 al. 1 LPP). L'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP). Le moment de la dissolution des rapports de travail est celui où, juridiquement, les rapports de travail ont pris fin, conformément aux règles des art. 334 ss de la loi

- 15/35-

A/4052/2017 fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), c'est-à-dire en principe à l'expiration du délai légal ou contractuel de congé. Peu importe la date à laquelle le travailleur, effectivement, a quitté l'entreprise (ATF 121 V 280 consid. 2b et les références de jurisprudence et de doctrine). c. À teneur de l'art. 10 al. 3 LPP, durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente.

E. 6

a. Selon la jurisprudence, 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. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; ATF 118 V 45 consid. 5). b. Par incapacité de travail, il faut entendre la perte ou la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activités habituelles (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références). c. 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 130 V 275 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 l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité 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. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de

nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c). Mais une brève période

- 16/35-

A/4052/2017 de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée. Cette interprétation de la loi restreindrait de manière inadmissible la portée de l'art. 23 LPP, notamment dans le cas d'assurés qui ne retrouvent pas immédiatement un emploi et qui, pour cette raison, ne sont plus affiliés à aucune institution de prévoyance. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 93/02 du 3 mai 2004, consid. 2.1 ; ATF 138 V 409 consid. 6.3 et l'arrêt cité, destiné à la publication). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale doit dès lors être comparée au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente de l'assurance- invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 48/05 du 25 avril 2006 consid. 4). Il y a connexité matérielle lorsque l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit à l'époque à l'incapacité de travail. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre la pathologie entraînant l'incapacité de travail et les troubles qui ont pour conséquence une invalidité n'est en revanche pas déterminante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 42/02 du 11 février 2003 consid. 2.2). S'agissant plus particulièrement d'une atteinte psychique « réactionnelle », le Tribunal fédéral des assurances a considéré, à plusieurs reprises que même s'il était établi que les problèmes physiques avaient participé à la genèse d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie, cela ne modifiait en rien le fait que ladite atteinte psychique (secondaire) n'était pas identique avec les affections physiques qui ont entraîné une incapacité de travail ayant mené à la perte d'emploi et à la sortie du cercle des assurés de l'institution de prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 68/06 du 31 août 2007 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/06 du 22 novembre 2006 consid. 4 et les références citées).

- 17/35-

A/4052/2017

E. 7

a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1). Si une institution de prévoyance reprend, explicitement ou par renvoi, la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance- invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 138 V 409 consid. 3.1, ATF 126 V 308 consid. 1 in fine ; arrêt du

Tribunal fédéral des assurances B 45/03 du 13 juillet 2004, consid. 2). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais 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 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance- invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (voir notamment ATF 138 V 409 consid. 3.1, ATF 118 V 35 consid. 2b/aa, 115 V 2008 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral B 140/06 du 27 mars 2007 consid. 2). Toutefois, même dans leur sphère de compétences propres, les institutions de prévoyance ne jouissent pas d'un pouvoir discrétionnaire. Si elles définissent, dans leurs statuts ou leurs règlements, l'événement assuré ou l'invalidité de manière autonome, elles doivent, dans l'interprétation de ces notions, prendre en compte le sens retenu dans les autres branches du droit des assurances sociales ou selon les principes généraux du droit. Les institutions de prévoyance sont ainsi libres dans le choix de la notion de l'invalidité et de l'événement assuré, mais elles doivent les appliquer de manière uniforme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié B 57/02 du 19 août 2003 consid. 3.3). b. L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, 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. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; ATF 129 V 73).

- 18/35-

A/4052/2017

E. 8

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 7 al. 2 LPGA inclut ainsi le principe d'exigibilité dans la notion d'invalidité. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF

102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. Si la médecine actuelle repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie (qui ne considère pas cette dernière comme un phénomène exclusivement biologique ou physique mais comme le résultat de l'interaction entre des symptômes somatiques et psychiques ainsi que l'environnement social du patient), le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore nullement l'importance récente de ce modèle bio-psycho-social dans l'approche thérapeutique de la maladie. Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a néanmoins lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait une telle exigibilité lorsque celle-ci se fonde avant tout sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1).

E. 9

Concrètement, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de

- 19/35-

A/4052/2017 manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Ce n'est que si et dans la mesure où les facteurs psychosociaux et socioculturels maintiennent une atteinte à la santé indépendante un ou aggravent ses conséquences - indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité - qu'ils peuvent - indirectement - avoir un sur l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2007 du

E. 13

a. Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 14

a. En l'espèce, le demandeur sollicite le versement d'une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse en se fondant sur la décision de l'OAI du 16 mai 2017. Pour sa part, la défenderesse refuse de prester, faute de connexité matérielle. b. Il n'est pas contesté que les rapports de travail du demandeur auprès de B_____ AG ont commencé le 1er février 2016 et qu'ils ont pris fin le 20 mars 2016. Le demandeur n'ayant pas été engagé par un nouvel employeur, il est resté assuré auprès de la défenderesse jusqu'au 20 avril 2016 inclus, pour les risques de décès et d'invalidité (art. 10 al. 3 LPP). c. Par décision du 16 mai 2017, l'OAI a mis le demandeur au bénéfice d'une rente d'invalidité avec effet au 1er mars 2017. Cette décision ne mentionne pas les atteintes qui ont été prises en considération par l'office. Pour le demandeur, l'ensemble des atteintes, à savoir tant l'atteinte psychique que l'atteinte rénale, font l'objet de la décision de rente. La défenderesse est en revanche d'avis que seule l'atteinte rénale fait l'objet de la décision précitée. Il ressort du dossier de l'OAI que la demande de prestations du 31 août 2016 a été déposée en raison non seulement d'une insuffisance rénale dialysée sur polykystose rénale, mais également d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en

- 26/35-

A/4052/2017 rémission partielle. Pour établir son avis du 30 septembre 2016, la Dresse G_____, médecin auprès du SMR, s'est référée tant au rapport du Dr E_____ du 15 juin 2016 qu'au rapport du Dr D_____. En outre, le médecin du SMR a retenu la date du 10 mars 2016 comme date de début de l'incapacité de travail durable et a considéré que la capacité fonctionnelle exigible était nulle depuis le 10 mars 2016 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Enfin, la décision du 16 mai 2017 évoque un délai d'attente qui a commencé en mars 2016 et fait rétroagir le versement de la rente au 1er mars 2017. L'ensemble de ces éléments permet ainsi de considérer que, par décision du 16 mai 2017, l'OAI a mis le demandeur au bénéfice d'une rente entière en raison non seulement de son atteinte psychique, mais également de son insuffisance rénale. d. Selon l'art. 18.2 du règlement de prévoyance, un degré d'invalidité défini par l'AI pour le champ d'activité est repris obligatoirement pour la détermination du degré d'invalidité. Si l'AI ne fixe pas de degré d'invalidité, on se basera sur les critères en vigueur selon la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) (art. 16 LPGA). Un changement du degré d'invalidité entraîne un changement des prestations à la date d'effet fixée par l'AI. La chambre de céans constate ainsi que la notion d'invalidité adoptée par la défenderesse correspond à celle de la LAI, ce

que les parties ne contestent du reste pas. Par conséquent, compte tenu du fait que la décision de l'OAI a été notifiée à la défenderesse principale en tant qu'institution de prévoyance concernée et qu'elle est entrée en force sans avoir été attaquée, la décision de l'assurance-invalidité devrait en principe lier la défenderesse, en déployant ses effets contraignants, ceci sous réserve d'une inexactitude manifeste.

E. 15

a. Comme indiqué précédemment, la couverture d'assurance a cessé le 20 avril 2016. Ainsi, seule une incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif et/ou d'une insuffisance rénale, ayant débuté avant le 20 avril 2016, peut imposer à la défenderesse le paiement d'une rente d'invalidité. b/aa. Sur le plan somatique, le demandeur souffre d'une insuffisance rénale. Il estime que les nombreux examens subis durant le premier semestre 2016 attestent d'une capacité de travail réduite d'au moins 20% du point de vue somatique (voir notamment demande du 5 octobre 2017 p. 15 ; observations du 19 juillet 2019 p. 8). Pour sa part, la défenderesse est d'avis que l'atteinte rénale est devenue incapacitante dès le 30 mai 2016 seulement, soit après que la couverture d'assurance ait cessé. b/bb. Sur le plan psychique, le demandeur souffre, depuis le 10 mars 2016, d'un état dépressif, s'étant dans un premier développé dans le cadre d'un conflit professionnel ayant abouti au licenciement précité. C'est ce trouble qui est à

- 27/35-

A/4052/2017 l'origine de l'incapacité de travail le 10 mars 2016, ce qui est admis par les parties. Pour le demandeur, c'est ce même trouble qui est à l'origine de l'invalidité à compter du 1er mars 2017. En revanche, pour la défenderesse, un trouble psychique réactionnel à l'atteinte somatique, ayant débuté après la fin de la couverture d'assurance, a remplacé le trouble psychique initial. Pour elle, il s'agit ainsi de deux atteintes différentes, de sorte que la connexité matérielle fait défaut. c. Après avoir considéré qu'une expertise était superflue (cf. observations du 8 mai 2018), le demandeur a finalement conclu, à titre subsidiaire, à la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire (cf. observations du 19 juillet 2019). Pour sa part, la défenderesse a conclu, dès le mémoire-réponse du 29 novembre 2017, à la réalisation d'une expertise psychiatrique.

E. 16

S'agissant tout d'abord de l'atteinte somatique, le Dr D_____ a expliqué, lors de son audition, que l'insuffisance rénale n'entraînait aucune incapacité de travail en mars et avril 2016, les premiers effets s'étant fait sentir en mai 2016. (« Déterminer la raison de l'incapacité de travail est compliqué. En mars-avril, l'incapacité de travail est clairement due à des raisons psychiques. Dès mai, les raisons sont imbriquées, les symptômes de l'insuffisance rénale qui s'aggrave sont les troubles de la concentration, la fatigue, les nausées, etc. », audition du Dr D_____, procès- verbal d'enquêtes du 29 janvier 2019, p. 2). En d'autres termes, selon le néphrologue traitant du demandeur, l'insuffisance rénale n'entraînait aucune incapacité de travail durant la période d'affiliation du demandeur à la défenderesse. Partant, la connexité matérielle fait défaut s'agissant de cette atteinte. Il n'est donc pas nécessaire d'ordonner une expertise sur ce point.

E. 17

a. Sur le plan psychique, le demandeur souffre, depuis le 10 mars 2016, d'un état dépressif, s'étant dans un premier temps développé dans le cadre d'un conflit professionnel ayant

abouti au licenciement précité. Les parties s'accordent sur le fait que c'est ce trouble qui est à l'origine de l'incapacité de travail. Elles s'opposent toutefois sur le trouble psychique à l'origine de l'invalidité. À titre liminaire, la chambre de céans relève que la législation en matière de prévoyance professionnelle n'exige pas que la personne assurée ait développé une maladie professionnelle ayant conduit à une incapacité de travail durant la couverture d'assurance. Il n'est pas non plus exigé qu'une éventuelle aggravation de l'atteinte se produise pendant la couverture d'assurance ou qu'elle soit en lien avec l'activité professionnelle. Seule est requise l'existence d'une incapacité de travail – quelle qu'en soit l'origine – née pendant la couverture d'assurance.

- 28/35-

A/4052/2017 Cela étant précisé, il convient désormais d'examiner si les rapports médicaux au dossier permettent à la chambre de céans de se prononcer sur la question de la connexité matérielle.

b/aa. Le dossier comporte, en premier lieu un rapport du Dr F_____ du 14 avril 2016. Dans la mesure où ni le nom de l'expert ni le libellé des questions n'ont été préalablement soumis au demandeur, qui n'a pu se déterminer avant l'exécution de cet acte d'instruction, le rapport précité du Dr F_____ ne peut être qualifié d'expertise au sens strict du terme. Cela ne signifie cependant pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Cela étant précisé, force est de constater que le rapport du 14 avril 2016 comporte une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par le demandeur. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont motivées et convaincantes. Le rapport du Dr F_____ répond ainsi, *prima facie*, aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Cependant, dans la mesure où le Dr F_____ a porté une appréciation sur l'état de santé du demandeur au mois d'avril 2016, soit avant l'aggravation de l'état somatique, et non pas à la date à laquelle une éventuelle invalidité est survenue, son rapport ne permet pas de se prononcer sur l'existence d'une connexité tant matérielle que temporelle. b/bb. Le dossier comporte également plusieurs rapports du Dr E_____. Force est toutefois de constater qu'aucun d'entre eux ne répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : les anamnèses et les constatations cliniques sont très peu détaillées. Les conclusions sont peu ou pas motivées. Partant, on ne saurait se fonder sur les appréciations du Dr E_____ pour se prononcer sur la question de la connexité matérielle et sur l'importance d'une éventuelle incapacité de travail résiduelle. b/cc. Enfin, le dossier comprend un rapport du Dr J_____ du 20 novembre 2017, ainsi qu'un complément daté du 14 juin 2019. Comme pour le rapport du Dr F_____, on ne peut qualifier le rapport du Dr J_____ d'expertise au sens strict du terme, ni le nom de l'expert ni le libellé des questions ne semblant avoir été préalablement soumis au demandeur, pour qu'il puisse se déterminer avant l'exécution de cet acte d'instruction. Cela étant, la valeur probante de ce document ne peut être niée pour ce seul motif, mais elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

- 29/35-

A/4052/2017

Si le rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2017 répond à de nombreux réquisits jurisprudentiels, se fondant notamment sur des examens complets et prenant en considération les plaintes exprimées par le demandeur, il n'est pas établi en pleine connaissance de l'anamnèse et ses conclusions ne sont pas claires et convaincantes. Certes, sur le fond, les explications du psychiatre précité s'agissant de la naissance du trouble de l'adaptation et son évolution vers un trouble dépressif semblent claires et bien motivées. En revanche, les considérations concernant le diagnostic de traits de la personnalité ne convainquent guère. En effet, d'un côté, le Dr J_____ estime que les traits de caractère du demandeur sont difficilement explorables lors d'un seul examen psychiatrique dans le cadre de l'expertise. D'un autre côté, il considère que le premier contact a permis d'exclure tout trouble de la personnalité, le demandeur ayant pu maintenir durant des années un bon niveau stable de fonctionnement psychosocial, travaillant constamment et toujours avec plaisir et succès selon ses dires. Or, il ressort de l'anamnèse, au demeurant incomplète (voir ci-dessous), que le demandeur a régulièrement changé d'emploi, tous les deux ans au maximum. Il a également été licencié à deux reprises. Durant les deux ans de chômage, il n'a pas retrouvé d'activité salariée. Par ailleurs, un premier mariage s'était soldée par un divorce prononcé en 2012. Dans de telles circonstances, on peut dès lors s'interroger sur la fiabilité des considérations du Dr J_____ et, par conséquent, sur la stabilité du fonctionnement psychosocial du demandeur. En outre, comme indiqué précédemment, l'anamnèse est incomplète sur un élément important : la précédente atteinte psychique du demandeur. En effet, dans son rapport du 13 novembre 2017, le Dr J_____ a expliqué que le demandeur avait affirmé que son état n'avait pas nécessité d'incapacité de travail ni la prescription d'un anti-dépresseur par le passé. Or, selon les documents de l'OAI (pièce 46 défenderesse), le demandeur a déposé une première demande de prestations notamment en raison d'une dépression. Cette atteinte avait entraîné une incapacité de travail totale de 100% du 9 janvier au 20 mai 2012, de 50% du 21 mai au

E. 22

juillet 2012, de 40% du 23 juillet au 23 septembre 2012, de 20% du

E. 24

En rapport avec l'affection psychique qui s'est déclarée le 10 mars 2010, à partir de quand l'état psychique de l'assuré lui aurait raisonnablement permis de s'inscrire au chômage et de rechercher un emploi sur le marché du travail primaire ?

E. 25

D'un point de vue psychiatrique, l'assuré dispose-t-il d'une limitation spécifique professionnellement dans une activité correspondant à son âge et à sa formation ? Si oui, celle-ci est-elle en rapport avec l'affection psychique survenue le 10 mars 2016 suite au licenciement daté du même jour ou en rapport avec l'affection psychique liée à l'affection néphrologique à l'origine de l'incapacité de travail survenue dès le 30 mai 2016 ?

E. 26

Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

E. 27

Commenter et discuter les rapports des Drs F_____ et J_____, ainsi que du psychiatre traitant et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques : a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

- 35/35-

A/4052/2017

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? e) Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? h) Formuler un pronostic global. 6. Toute remarque utile et proposition. 7. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. 8. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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