

## **GE\_GERICHTE ATAS/316/2016 vom 25. April 2016**

GE Cour de justice, 2016-04-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_316\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_316_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/316/2016 du 25 avril 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/316/2016 del 25 aprile 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 23**

août 2010 que le demandeur avait ressenti le besoin de consulter un médecin psychiatre, qui l'avait jugé totalement incapable de travailler. Il avait expliqué qu'il s'était senti mal tout d'un coup et qu'il avait « pété un câble » à cette époque. Or, au mois d'août 2010, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse 1, par le biais de son employeur, le restaurant E\_\_\_\_\_. Cette dernière estime pour sa part que le demandeur était déjà atteint dans sa santé lorsqu'il entreprit son travail au service du restaurant susnommé et qu'il s'agissait d'une simple tentative de reprise de travail. Elle perd toutefois de vue que ce n'est pas l'apparition de la maladie qui est déterminante au sens de la loi, mais bien le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Elle se prévaut également du fait que son précédent employeur, le restaurant C\_\_\_\_\_, aurait mis un terme au contrat en raison du caractère colérique du demandeur. Cet argument tombe à faux : un comportement colérique ne suffit pas pour constituer le début de l'incapacité de travail. Du reste l'expert mandaté par la défenderesse 1 est resté très évasif sur la date du début de l'incapacité de travail déterminante. En revanche, les experts mandatés par l'OAI ont été très précis sur cette question et ont motivé leur

A/2277/2015 - 21/45 - position. En définitive, le dernier expert mandaté a retenu qu'il fallait admettre une incapacité de travail psychiatrique importante, qu'il chiffre à 80 %, remontant très vraisemblablement au 23 août 2010. La rente a finalement été versée à compter du 1er octobre 2011, compte tenu du dépôt tardif de la demande. Dans ce contexte il conviendra de condamner la défenderesse 1 à verser les prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle au demandeur à compter du 1er octobre 2011 date de la naissance du droit à la rente AI. Si par impossible la chambre de céans devait retenir, comme le soutient la défenderesse 1, que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité remontait à la période où le demandeur travaillait au restaurant C\_\_\_\_\_, il reviendrait alors à la défenderesse 2 de verser les prestations d'invalidité objet de la demande. Quant au montant des prestations, le demandeur ne dispose pas des documents lui permettant de chiffrer ses prétentions de sorte que les défenderesses étaient invitées à produire d'une part le règlement d'assurance en vigueur durant la période concernée, et d'autre part une attestation de prévoyance reflétant l'état du compte du demandeur à la fin de la période au d'assurance. 13. SPS, représentée par un mandataire qualifié, a répondu à la demande par mémoire du 26 août 2015. Elle conclut sous suite de frais et dépens au rejet de la demande en tant qu'elle est formulée à son encontre. Pendant toute la durée du contrat de travail entre le restaurant C\_\_\_\_\_ et le demandeur, ce dernier n'a jamais été absent pour cause de maladie. Le seul jour d'absence relevé pendant cette période l'a été en raison d'un décès dans sa famille. Pendant cette relation de travail, il n'y a eu explicitement aucun problème pour raisons de santé. Un certificat sur les qualifications à l'issue du rapport de travail relève que le contrat a été

résilié par l'employeur, indiquant que le demandeur n'était pas un bon travailleur, car il était toujours en train de réclamer. Ce contrat a été résilié le 29 octobre 2009, pour le 30 novembre de la même année. Les motifs invoqués étaient : ne fait pas son travail correctement ; n'accepte pas les suggestions ou les recommandations pour accomplir son travail sans trop perdre de temps ; perd vite le contrôle et répond mal ; a été agressif plusieurs fois (verbalement) avec plusieurs de ses collègues. Après la résiliation du contrat de travail, le demandeur s'est inscrit à l'ORP dès le mois de décembre 2009 et a perçu des indemnités de chômage pendant au moins sept mois. De juin 2010 à janvier 2011, l'assuré a été au bénéfice d'un contrat de travail à plein temps au restaurant E \_\_\_\_\_ et La F \_\_\_\_\_ et de ce fait il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de Gastrosocial. Le 24 mars 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Par décisions des 21 février, 17 avril et 13 mai 2014, au demeurant notifiées à la défenderesse 1, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à taux plein à compter du 23 août 2011. Il a retenu que le demandeur a été restreint dans son aptitude au travail à partir du 23 août 2010. La défenderesse 1 lui impute la responsabilité de prester, car l'incapacité de travail serait déjà survenue en 2009, le demandeur s'étant montré colérique envers ses collègues de travail. Le règlement de prévoyance de la défenderesse 2 - non produit - applicable en l'occurrence, soit dans sa version en vigueur depuis le 1er septembre 2008, traite de l'invalidité à

A/2277/2015 - 22/45 - l'art. 9 mais renvoie aux dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité, l'événement assuré selon la LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail significative (40 % au moins) dont la cause est à l'origine de l'invalidité, cette dernière notion étant en principe la même dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire que dans l'assurance-invalidité. Comme la loi le prévoit, les institutions de prévoyance pour la part minimale obligatoire sont liées aux constatations des organes de l'AI pour la survenance de l'incapacité de travail invalidante, l'ouverture du délai de carence, la fixation du degré d'invalidité, dans la mesure où l'appréciation juridique de l'assurance-invalidité n'apparaît pas comme manifestement indéfendable après une vérification globale des dossiers. Encore faut-il que l'institution de prévoyance ait eu l'occasion de se prononcer, et que la décision lui ait été notifiée avec un droit de recours. Si cela a été le cas pour la défenderesse 1, cela ne l'a pas été pour la défenderesse 2, de sorte qu'elle n'aurait aucune force obligatoire pour cette dernière. Quoiqu'il en soit, la survenance de l'incapacité de travail n'a eu lieu au plus tôt qu'au 23 août 2010. C'est ce qu'il faut retenir de l'avis des médecins qui se sont prononcés dans le cadre de la procédure AI. L'expert mandaté par la défenderesse 1 déclare qu'une incapacité de travail aurait existé depuis 2009 et que l'assuré était dépressif de 2009 à 2011 : il ne convainc toutefois pas. 14. Gastrosocial, représentée par un conseil, a répondu à la demande par mémoire du 31 août 2015. Elle conclut préalablement à ce que soit ordonnée la production de différentes pièces concernant le demandeur, et au fond au déboutement de ce dernier de l'ensemble de ses conclusions envers la défenderesse 1. En substance, la plupart des médecins qui ont eu à connaître du cas ont retenu que l'assuré avait souffert de tics au visage durant son enfance, dès l'âge de 4 ans, symptômes du syndrome de Gilles de la Tourette. Il a par la suite développé d'autres pathologies, certains praticiens y voyant une symptomatologie relevant de troubles bipolaires, d'autres de schizophrénie, la plupart des médecins s'accordant sur le fait que l'intéressé a développé des TOC, ces divers troubles ayant conduit à une première décompensation incapacitante en 2009. Le caractère incapacitant de sa pathologie relève du fait que ces TOC se traduisent par un comportement

obsessionnel (par rapport à l'état de santé de ses proches) et par des compulsions de vérification. Dans les situations où il ne peut pas donner suite à ses compulsions ou ne peut procéder aux vérifications qui le rassurent, le demandeur devient agressif et irritable, tant à l'égard de ses collègues de travail qu'à l'égard de la clientèle. Dans cet état de fortes tensions psychiques, son comportement est inconciliable avec les exigences de la profession de serveur. L'état du demandeur se serait progressivement aggravé, jusqu'à une décompensation que certains médecins situent aux alentours de 2008 à 2009. Il faut d'ailleurs y voir la cause de son licenciement du restaurant C\_\_\_\_\_ en 2009, puis de E\_\_\_\_\_ après que, dans la deuxième partie du mois d'août 2010, l'intéressé s'est vu déclaré incapable de travailler à 100 % à partir du 20 août 2010 selon le certificat médical du médecin consulté à cette époque, son arrêt de travail effectif ayant débuté le 23 août 2010. L'OAI a d'ailleurs retenu cette dernière date

A/2277/2015 - 23/45 - comme début de l'incapacité de travailler du demandeur, et non pas celle indiquée sur le certificat médical. Au vu des contradictions ressortant du dossier du demandeur, il est complexe de situer la date précise du début de l'incapacité de travail, mais en tout état il paraît douteux que ses TOC soit devenus incapacitants du jour au lendemain, comme le retient l'OAI. Le demandeur aurait débuté un traitement psychiatrique en 2009 déjà, et il aurait poursuivi par la suite, notamment durant l'engagement au restaurant E\_\_\_\_\_, dès fin juin 2010, après quelques mois de chômage. Dans ce dernier établissement, il n'a travaillé effectivement que du 28 juin au 23 août 2010, soit moins de deux mois. Son contrat de travail été résilié pour le 31 janvier 2011. Pendant la durée de son engagement, il était affilié auprès de Gastrosocial, pour la prévoyance professionnelle. La décision de l'OAI sur les dates ne lie pas la défenderesse : le système légal de l'assurance-invalidité est tel que la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité ; dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, il n'y en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle. La demande AI ayant été déposée le 7 avril 2011, la première décision de l'OAI fixant le début de l'incapacité de travail au 23 août 2010, l'appréciation du début de l'incapacité et du taux d'invalidité ayant pour objet une période antérieure aux 6 mois qui précèdent le dépôt de la demande, elles ne présentent aucune force contraignante pour l'institution de prévoyance professionnelle quant à la date du début de l'incapacité. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité est une question déterminante en matière de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Selon la jurisprudence, la preuve du début de l'incapacité de travail implique un certificat médical de l'époque, ou, à défaut, lorsque l'atteinte à la santé a entraîné des limitations de la capacité de travail constatables sur le lieu de travail, il est possible d'admettre la survenance effective d'une incapacité de travail avant le premier constat de celle-ci par un médecin. Tel peut être le cas, lorsqu'un patient est atteint de la maladie Chorea Huntington, diagnostiquée tardivement, mais dont les effets se sont déjà manifestement fait sentir dans le passé, dans le cadre d'une dégradation progressive de la capacité de travail. Concrètement, les TOC dont souffre le demandeur sont à la base de son incapacité de travailler. Dans les situations où il

ne peut donner suite à ses compulsions ou ne peut procéder aux vérifications qui le rassurent, il devient agressif et irritable, tant à l'égard de ses collègues de travail qu'à l'égard de la clientèle. Ce comportement a d'ailleurs motivé ses licenciements successifs par le restaurant C\_\_\_\_\_, puis par le restaurant E\_\_\_\_\_. Au vu de ces constatations concrètes d'une diminution de la capacité de

A/2277/2015 - 24/45 - travail durant son engagement auprès de C\_\_\_\_\_ de juin à novembre 2009, il est établi que l'incapacité d'au moins 20 % du demandeur a commencé avant son affiliation auprès de la défenderesse 1 en juin 2010. Dans un second moyen, de jurisprudence constante, la rupture du lien de connexité implique la récupération d'une pleine capacité de travail. Une tentative de réintégration professionnelle ne signifie pas pour autant la fin de l'invalidité, lorsque l'assuré a travaillé pendant plus de trois mois à plein temps. Est déterminant le fait que l'assuré a véritablement fourni une prestation complète durant cette période et que la récupération de la pleine capacité de gain apparaît vraisemblable, sur la base des résultats de la tentative de réinsertion. En l'espèce l'engagement du demandeur auprès de E\_\_\_\_\_ constitue une tentative de réinsertion qui ne rompt pas le lien de connexité temporelle entre le début de l'incapacité de travail lorsqu'il travaillait pour le restaurant C\_\_\_\_\_ et l'invalidité dont il souffre actuellement. Comme le relate le demandeur et le confirment ses médecins, son incapacité de travail est apparue lorsqu'il était employé chez C\_\_\_\_\_. Ses TOC de plus en plus handicapants ont rendu son comportement incompatible avec les exigences du métier, ce qui a conduit son employeur à mettre fin aux rapports de travail. Ainsi la tentative du demandeur de réintégrer le marché du travail a rapidement échoué. Pas plus de deux mois après son engagement, le demandeur a quitté son emploi en raison de ses TOC. Au vu de cette incapacité préexistante, il est établi que la défenderesse 1 ne peut être tenue au versement d'une rente invalidité de la prévoyance professionnelle en faveur du demandeur. À noter que Gastrosocial n'a pas non plus versé son règlement à la procédure. 15. Le demandeur a répliqué par mémoire du 29 septembre 2015. Il persiste intégralement dans ses conclusions. Après avoir rectifié certaines erreurs de dates contenues dans la demande, et produit certaines pièces sollicitées par la défenderesse 1 dans sa réponse, il a confirmé, documents à l'appui, que la résiliation de son contrat de travail au restaurant C\_\_\_\_\_ lui avait été notifiée le 30 octobre 2009, pour l'échéance légale du 30 novembre 2009. Il ressort de ce courrier que le contrat de travail est résilié en respectant le préavis d'un mois, sans autre précision de motif. Le 1er décembre 2009 il s'était inscrit à l'ORP, recherchant un emploi à 100 %. Il ressort de l'attestation de l'employeur à destination de l'assurance-chômage, sous la rubrique « motif de résiliation » : collaboration non satisfaisante/efficience insuffisante et, rajouté en manuscrit: « ne convenait pas au poste. ». De décembre 2009 à juin 2010 inclusivement, il a perçu l'intégralité des indemnités de chômage auquel il avait droit, sans interruption. Il ressort des formulaires IPA mensuels que pendant toute cette période, il ne s'est jamais trouvé en incapacité de travail pour cause de maladie. À compter de février 2010 des mesures de marché du travail LACI ont été mises en place. Il a notamment suivi une formation à temps plein auprès de Hôtel & Gastro Formation du 9 février au 8 avril 2010. Il ressort des attestations MMT qu'il a suivi l'intégralité du cours Perfecto sans aucune absence. Du 19 avril au 18 juin 2010 il a effectué un cours pratique en entreprise en tant que serveur, auprès de O\_\_\_\_\_ à Genève. Pendant

A/2277/2015 - 25/45 - cette période, il n'a été absent pour maladie qu'un seul jour, le 17 mai 2010. Il a finalement suivi un test d'aptitude professionnelle auprès du café restaurant La

F\_\_\_\_\_ du 20 au 27 juin 2010, puis a été engagé par cet établissement à compter du 28 juin 2010. S'agissant des allégués de la défenderesse 1, la description de l'historique de la maladie par le Dr G\_\_\_\_\_ n'a aucune portée propre, dans la mesure où il s'est basé sur les autres rapports médicaux cités. En se référant au mois d'août 2009, la Dresse J\_\_\_\_\_ s'était manifestement trompée, comme déjà exposé dans la demande, et comme relevé par l'expert N\_\_\_\_\_. Comme l'a clairement relevé et justifié par pièces la défenderesse 2, les atteintes à la santé du demandeur n'ont pas causé le moindre jour d'incapacité de travail lorsqu'il était au service du restaurant C\_\_\_\_\_. L'employeur a d'ailleurs expressément relevé dans le certificat de travail (formulaire) que l'intéressé n'avait pas de problèmes de santé. Quant au Dr K\_\_\_\_\_, il évoque une décompensation psychique en 2010 et non pas en 2009. Seul l'expert consulté par la défenderesse 1 évoque, de manière vague et non motivée, une incapacité de travail dès 2009. Il est établi et non contestable que le traitement psychiatrique avait été mis en place en août 2010 et non pas en août 2009, ce que la défenderesse 1 sait pertinemment, comme elle l'écrit au demandeur dans son courrier du 19 juillet 2012. Tant la date du début du traitement psychiatrique que le début de l'incapacité de travail ont en définitive clairement été déterminés. Le fait que la date fixée par l'OAI comme marquant le début de l'incapacité de travail de longue durée ne soit pas contraignante pour l'institution de prévoyance est sans importance. Le dossier ne permet en effet pas de conclure à une autre date que celle retenue par l'office AI, soit le 23 août 2010 ; et même si l'on devait retenir la date du 20 août 2010, par rapport au certificat médical initial, cela n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige. La jurisprudence à laquelle la défenderesse 1 se réfère, - considérant que, dans certains cas exceptionnels, l'on puisse admettre la survenance d'une incapacité de travail avant le premier constat médical - ne saurait trouver application dans le cas d'espèce. Dans l'arrêt cité, il s'agissait en effet d'un cas très particulier d'une maladie neurologique dégénérative. Au vu du dossier on ne saurait ainsi admettre que le demandeur aurait déjà été partiellement incapable de travailler avant son entrée en fonction au sein du restaurant E\_\_\_\_\_. Au mois d'août 2010, son état de santé s'est fortement dégradé. Sa supérieure hiérarchique l'a remarqué et lui a suggéré de consulter un médecin psychiatre, ce qu'il a fait. Dès le 20 août 2010 il s'est trouvé en incapacité totale de travailler pour cause de maladie et n'a plus recouvré de capacité de travail depuis lors. A cette date il était assuré pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse 1 : celle-ci doit donc être condamnée à verser au demandeur les prestations légales et réglementaires d'invalidité à compter du 1er octobre 2011 date du début du paiement de la rente d'invalidité. 16. Gastrosocial a dupliqué par mémoire du 9 octobre 2015. Pour l'essentiel elle a persisté dans ses conclusions, et notamment, à titre préalable, a sollicité la production de pièces complémentaires qu'elle estime indispensables pour que la chambre de céans puisse statuer avec certitude sur la seule question litigieuse,

A/2277/2015 - 26/45 - savoir de déterminer l'institution de prévoyance responsable du versement de la rente d'invalidité au demandeur. Il sollicite en particulier du demandeur qu'il produise la liste de ses médecins traitants depuis son arrivée en Suisse en 2001, le nom de sa caisse-maladie et son numéro d'assuré, afin que la chambre de céans puisse interpellier cette caisse, afin qu'elle délivre une copie de tous les remboursements pour les traitements médicaux dispensés au demandeur depuis 2009. 17. SPS a brièvement dupliqué, par mémoire du 26 novembre 2015. Elle persiste dans ses conclusions. Les remarques du demandeur au sujet de ses propres allégués dans sa réponse sont pertinentes. Elle soutient les arguments développés dans la réplique en tant qu'ils démontrent l'obligation de prester de la défenderesse 1. Cette dernière doit d'ailleurs se laisser opposer les décisions de l'OAI

qui lui ont régulièrement été notifiées. S'agissant du début de l'incapacité de travail, au vu du dossier, on peut retenir la date du 23 août 2010. Ainsi la défenderesse 1 n'a pas apporté la preuve qu'une autre date de début de l'incapacité de travail serait concevable, et encore moins que la décision de l'assurance-invalidité à ce sujet serait manifestement insoutenable, voire erronée. 18. Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du

## **E. 26**

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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]). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006; RO 2004 1700), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Elle est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'incapacité de travail se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). A défaut de disposition de la LPP le prévoyant, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 2 LPGA) en

A/2277/2015 - 27/45 - dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA) qui ne concernent pas le présent litige (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1). 3. Dans le cadre de contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, la compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie. Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (ATF 128 V 254 consid. 2a, ATF 127 V 35 consid. 3b et les références). En ce qui concerne, en particulier, la notion d'institution de prévoyance au sens de l'art. 73 al. 1 LPP, elle n'est pas différente de celle définie à l'art. 48 LPP. Il s'agit des institutions de prévoyance enregistrées qui participent au régime de l'assurance obligatoire (art. 48 al. 1 LPP), avec la possibilité d'étendre la prévoyance au-delà des prestations minimales (institutions de prévoyance dites « enveloppantes »; art. 49 al. 2 LPP). Ces institutions doivent revêtir la forme d'une fondation ou d'une société coopérative, ou être une institution de droit public (art. 48 al. 2 LPP et art. 331 al. 1 CO; ATF 128 V 254 consid. 2a). Savoir si le point litigieux est ou non l'objet d'une réglementation expresse de la LPP ou de ses dispositions d'exécution n'est toutefois pas déterminant, en ce qui concerne la recevabilité de l'action devant le tribunal

cantonal ou du recours subséquent devant le Tribunal fédéral des assurances. Au contraire, les tribunaux institués par l'art. 73 LPP sont appelés à connaître aussi des litiges qui opposent une institution de prévoyance à un employeur ou à un ayant droit, même s'ils n'appellent l'application d'aucune disposition du droit public fédéral, quant au fond, et qui doivent être tranchés exclusivement au regard du droit privé, du droit public cantonal ou du droit public communal (ATF 117 V 50 consid. 1). Le for de l'action 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). En l'espèce, le demandeur réclame le versement d'une rente pour invalidité de la prévoyance professionnelle. La contestation porte dès lors sur une question spécifique à la prévoyance professionnelle régie par la LPP et relève par là-même des autorités juridictionnelles mentionnées à l'art. 73 LPP. Par ailleurs, le lieu des exploitations dans lesquelles le demandeur a travaillé chez C\_\_\_\_\_ en 2009 et E\_\_\_\_\_, respectivement La F\_\_\_\_\_, en 2010 – se trouvent à Genève. La compétence « rationae materiae et loci » de la chambre de céans est ainsi établie.

A/2277/2015 - 28/45 - 4. 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). L'action déposée par la demanderesse est dès lors recevable. 5. a. Alors que dans le contentieux administratif traditionnel soit l'administration soit l'institution de droit public ou privé chargée d'exécuter la législation en la matière rend une décision pour régler un rapport de droit avec un administré ou un assuré qui peut ensuite faire l'objet d'une opposition et/ou d'un recours, la voie de l'action n'est imposée par le droit fédéral que dans le domaine de la prévoyance professionnelle (cf. ATF 112 Ia 180 consid. 2a; voir aussi ATF 129 V 450 consid. 2 et les références). L'art. 73 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant-droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier nommé par une écriture qui doit désigner les personnes recherchées, contenir des conclusions ainsi qu'une motivation; c'est elle qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige et les parties en cause (maxime de disposition; ATF 129 V 450 consid. 3.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1). L'objet du litige est donc déterminé par l'action introduite par une partie et cas échéant par l'action reconventionnelle de la ou des parties défenderesses (ATF 141 V 170 consid. 3; ATF 135 V 23 consid. 3.1; ATF 129 V 452 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 91/05 du 17 janvier 2007 consid. 2.1). b. En l'espèce, selon les conclusions de la demande, le litige porte sur la question de savoir qui, de la défenderesse 1 ou de la défenderesse 2, est tenue d'allouer au demandeur la rente d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle à laquelle il prétend, singulièrement de déterminer la date du début de l'incapacité de travail, le principe de l'invalidité entière du recourant ne faisant pas l'objet de contestation dans le cadre de cette procédure. Si dans un premier temps, soit en 2012, au stade de sa contestation du premier projet de décision d'octroi de rentes de l'OAI, Gastrosocial a contesté le degré d'invalidité de 100 % retenu par l'AI, - estimant que l'assuré pourrait travailler à 50 % dans plusieurs activités adaptées - et la date de début de l'incapacité de travail retenue par l'OAI et fixée au 23 août 2010, elle ne conteste plus le taux d'invalidité dans le cadre de la présente demande. c. Selon l'art. 10 LPP l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (al. 1) et se termine (notamment) en cas de dissolution des rapports de travail( al. 2); 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 (al. 3). d. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de

A/2277/2015 - 29/45 - prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1). e. En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux art. 23 ss LPP. Selon l'art. 23 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'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 LPP précise que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, 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. En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions statutaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (al. 2). D'après l'art. 29 LAI le droit à la rente 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 son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al.1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). f. La prévoyance professionnelle assure les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité. L'incapacité de travail en tant que telle ne constitue en revanche pas un risque assuré par la prévoyance professionnelle. La survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, n'est déterminante selon l'art. 23 LPP que pour la question de la durée temporelle de la couverture d'assurance (ATF 138 V 227 consid. 5.1). 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 (ATF 136 V 65 consid. 3.1; ATF 123 V 262 consid. 1a). L'obligation de prester en tant que telle ne prend naissance qu'avec et à partir de la survenance de l'invalidité et non pas déjà avec celle de l'incapacité de travail. Cette incapacité ne correspond donc pas au cas de prévoyance, qui ne se produit qu'au moment de la survenance effective de l'événement assuré, en cas de décès ou d'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

A/2277/2015 - 30/45 - 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 35 consid. 5). La survenance du cas de prévoyance invalidité coïncide dès lors du point de vue temporel avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP; ATF 134 V 28 consid. 3.4.2 et ATF 135 V 13 consid. 2.6). Ce droit prend naissance au même moment que le droit à une rente de l'assurance-invalidité pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ATF 123 V 269 consid. 2a), et pour la prévoyance plus étendue lorsque la

notion d'invalidité définie par le règlement correspond à celle de l'assurance-invalidité (ATF 138 V 227 consid. 5.1). A cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 19/06 du 31 mai 2007 consid. 3). Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (ATF 136 V 65 consid. 3.2; ATF 123 V 262 consid. 1b; ATF 120 V 112 consid. 2b.). 6. a.

Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. 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). 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 129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid. 2a). Pour que l'institution de prévoyance, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, soit liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, il faut que l'institution de prévoyance ait été valablement intégrée à la procédure (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2; ATF 130 V 270 consid. 3.1; ATF 129 V 73 consid. 4.2). L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1 consid. 3). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. 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 consid. 4.2.2). b. D'après la jurisprudence valable avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2008, de la 5ème révision de la LAI (ATF 140 V 470 consid. 3.2 et 3.3), il y a lieu

A/2277/2015 - 31/45 - d'interpréter l'art. 26 al. 1 LPP en ce sens que le renvoi aux « dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) » applicables par analogie pour fixer la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle vise uniquement l'art. 29 LAI, à l'exclusion de l'art. 48 al. 2 LAI (ATF 132 V 159 consid. 4.4.2). c. Selon le Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5e révision de l'AI) du 22 juin 2005, la notion d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire correspond à celle du premier pilier. En effet, selon l'art. 26, al. 1, LPP (RS 831.40), les dispositions de la LAI, en particulier l'art. 29 LAI, s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend – expressément ou par renvoi – la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 115 V 208, 123 V 271, 126 V 311). En raison de cette étroite relation entre les premier et deuxième piliers, la LPGA a introduit l'obligation, pour l'office AI, de notifier sa décision à l'institution de prévoyance professionnelle compétente si la décision concerne son obligation d'allouer des prestations (art. 49, al. 4, LPGA et 'art. 76, al. 1, let. i, du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI]). Les institutions de prévoyance

pourront ainsi faire opposition aux décisions de l'AI qu'elles considèrent comme injustifiées. Avant l'entrée en vigueur de la LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que les organes de l'AI sont tenus de communiquer d'office les décisions de rente aux institutions de prévoyance intéressées et qu'à défaut, la fixation du taux d'invalidité (principe, étendue matérielle et temporelle) par les organes de l'AI ne lie pas les institutions de prévoyance (ATF 129 V 73). Comme les prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire sont basées sur celles du premier pilier, il est indispensable d'avoir une coordination entre la LPP et la LAI. C'est pourquoi la 1<sup>re</sup> révision de la LPP a introduit le quart et le trois-quarts de rente pour assurer une harmonisation avec la 4<sup>e</sup> révision de l'AI (FF 2005 4215 p.4252). 7. Le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt 9C\_620/2012 - du reste visé par la défenderesse 1 dans sa réponse -, qu'ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP, il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance- invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les

A/2277/2015 - 32/45 - organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait... Toutefois la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b). (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.2 e 2.3). 8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A

cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

A/2277/2015 - 33/45 - 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 9. 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

A/2277/2015 - 34/45 - 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). 10. 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 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). 11. a. Dans le cas d'espèce, il résulte de ce qui précède que l'élément essentiel pour la solution du litige est la détermination de la date du début de l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité du demandeur. b. Dans la règle, lorsque la date du début de l'incapacité de travail, mais également le taux d'invalidité a été déterminé par l'OAI, ceux-ci lient l'assureur de la prévoyance professionnelle s'il a été amené à participer à la procédure de l'assurance-invalidité, ce qui dans le cas particulier fut le cas pour Gastrosocial, mais pas pour SPS. En l'occurrence, la question du taux d'invalidité retenu par l'OAI ne fait pas débat entre les parties, quand bien même, au vu des pièces produites, il peut subsister un doute quant au degré d'invalidité finalement retenu par l'AI, entre 100 % et 80 % : le 21 février 2014 l'OAI a invité la caisse de compensation à calculer la rente, par rapport à un degré d'invalidité de 100 % dès le 23 août 2011 (échéance du délai d'attente). Par courrier du 17 avril 2014 l'OAI a annulé et remplacé ce prononcé sur un seul point : le degré d'invalidité a été réduit de 100 % à 80 %. Enfin, par décision du 13 mai 2014, l'OAI a notifié la décision de rente simple ordinaire entière à l'assuré, retenant un degré d'invalidité de 100 %. En tout état, le taux retenu par l'AI étant de toute manière supérieur ou égal à 80 %, il dépasse le seuil de 70 % donnant droit à une rente entière, tant dans le système de l'assurance- invalidité que dans celui de la prévoyance professionnelle.

c. Il est admis et consacré par la jurisprudence, que la date déterminante du début de l'incapacité de travail est celle à laquelle l'incapacité de travail a été constatée médicalement. Ce principe n'est pas remis en cause en tant que tel par les parties,

A/2277/2015 - 35/45 - sous réserve de l'argumentation de Gastrosocial : bien qu'elle reconnaisse que, selon la jurisprudence, la preuve du début de l'incapacité de travail implique un certificat médical de l'époque, elle observe que ce principe souffre d'exceptions : dans les cas où, à défaut de certificat médical, l'atteinte à la santé a entraîné des limitations de la capacité de travail constatables sur le lieu de travail, il serait possible d'admettre la survenance effective d'une incapacité de travail avant le premier constat de celle-ci par un médecin. Tel peut être le cas, lorsqu'un patient est atteint de la maladie Chorea Huntington, diagnostiquée tardivement, mais dont les effets se sont déjà manifestement fait sentir dans le passé, dans le cadre d'une dégradation progressive de la capacité de travail (ATF 9C\_162 /2013). La défenderesse 1 prétend voir appliquer cette exception au cas d'espèce. d. Il résulte du dossier que l'incapacité de travail du recourant a été, pour la première fois,

constatée médicalement par les médecins du secteur psychiatrique Ouest du CHUV à Nyon, lesquels ont certifié une incapacité de travail de 100 % du recourant, pour raison de maladie, dès le 20 août 2010. C'est sur cette base, respectivement en retenant comme date de début de l'incapacité de travail le premier jour où le recourant ne s'est pas présenté au travail, le 23 août 2010, que l'OAI a fixé, une première fois le 17 avril 2012, le début de l'incapacité, après toutefois avoir recueilli d'autres avis médicaux, soit d'une part celui de la psychiatre traitante de l'assuré, la Dresse J\_\_\_\_\_, de la Consultation ambulatoire de psychiatrie générale Eaux-Vives des HUG (rapport médical du 27 septembre 2011 à l'OAI), mais également en participant à l'expertise psychiatrique mise en place par l'assureur perte de gain maladie, confiée au CEMed et exécutée par le Dr K\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 30 septembre 2011). Si les diagnostics respectivement retenus par ces deux médecins (médecin traitant et premier expert) ne sont pas rigoureusement les mêmes, - le médecin traitant retenant le diagnostic de schizophrénie paranoïde existante dès 2009 et un TOC existant dès 2010, à quoi s'ajoute encore un syndrome de Gilles de la Tourette depuis l'enfance, le premier expert retenant pour sa part un possible trouble affectif bipolaire avec épisode dépressif léger à moyen à modéré, et lui aussi un TOC, mixte -, ces deux médecins s'accordent en définitive sur le fait que l'incapacité de travail doit être fixée au 23 août 2010, époque où l'assuré a pour la première fois été en contact avec un psychiatre, et qu'un traitement a été mis en place. Même si, dans son rapport, le médecin traitant, répondant à la question (1.6) de savoir à quand remonte une incapacité de travail médicalement attestée d'au moins 20 % dans la dernière profession exercée, elle a écrit : « août 2009 », elle s'est manifestement trompée dans l'année : elle aurait en effet dû écrire 2010 au lieu de 2009. Cette erreur, de plume, est en effet manifeste. La chambre de céans observe tout d'abord que ce rapport est établi sur une formule préimprimée, comportant des questions standard, auxquelles le médecin est invité à répondre généralement en quelques mots, dans des cases réservées à cet effet. En l'occurrence, elle a répondu à la question 1.6 en remplissant trois cases (%: "100" ; Du: "août 2009" ; au: "indéterminé"), sans autre commentaire ni explication. Or, la réponse à la question suivante - sur les

A/2277/2015 - 36/45 - restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes - renvoie à la question 1.4, et rappelle au sujet de la manifestation de ces restrictions, au travail, que le patient a été licencié en 2010 dans le contexte d'une décompensation psychotique, décrivant les caractéristiques de cette dernière. Dans ce rapport, seule la question 1.4 (anamnèse, évolution chronologique...) a fait l'objet de développements. Or, s'agissant de l'année 2009, le médecin traitant se limite à remarquer que cette année-là le patient vient à Genève pour travailler au restaurant C\_\_\_\_\_ durant sept mois, puis se retrouve au chômage pendant six mois. Il n'y est nullement évoqué le moindre problème de santé à ce moment-là. En revanche l'auteur du rapport précise qu'en juillet 2010, le patient retrouve un travail au restaurant E\_\_\_\_\_ ; il y restera jusqu'en août où il sera en arrêt maladie pour décompensation psychique avec agressivité verbale,... Ainsi cette erreur de plume est non seulement reconnaissable à simple lecture du rapport, puisqu'il situe en août 2010 la mise en arrêt maladie pour décompensation psychique et la mise en place d'un traitement psychiatrique. Il ne relève en outre rien de particulier en août 2009 dans la vie professionnelle de l'assuré, ce qui est au demeurant corroboré par d'autres éléments du dossier notamment le licenciement du restaurant C\_\_\_\_\_ le 30 octobre 2009 pour fin novembre 2009, et non pas au mois d'août de la même année. L'assuré a encore à diverses reprises confirmé qu'il n'a jamais consulté de psychiatre avant le mois d'août 2010. Cette erreur, parmi d'autres, a d'ailleurs été par la suite mise en évidence par le Dr N\_\_\_\_\_ ,

expert mis en œuvre par l'OAI à fin 2013. Quand bien même, à l'anamnèse, le médecin traitant comme le premier expert ont relevé, selon les dires du patient, que certains troubles existaient déjà depuis 2009, voire un peu avant, ceux-ci n'ont jamais, avant août 2010, provoqué une incapacité de travail de l'assuré. La chambre de céans relève d'ailleurs à ce sujet que l'assuré, au moment où il a été interrogé par les différents médecins, respectivement experts, dans le cadre de l'instruction des dossiers respectifs des assureurs sociaux, entre fin septembre 2011 (expertise K\_\_\_\_\_ et Dr J\_\_\_\_\_ ) et décembre 2013 (expertise N\_\_\_\_\_ ), il était en traitement depuis août 2010. Comme l'a relevé l'expert N\_\_\_\_\_, l'intéressé s'est montré collaborant et authentique. Il présentait néanmoins des troubles de la pensée qui rendaient la prise d'anamnèse très difficile. On peut aussi comprendre, dans son état, et à force d'être questionné sur son passé et l'évolution de son état de santé, mais aussi dans la dynamique des traitements en cours, que ses médecins traitants ont pu lui faire prendre conscience de ce que ses troubles avaient évolué, et que certains symptômes étaient vraisemblablement déjà présents avant le mois d'août 2010, sans pour autant qu'ils aient été jusque-là incapacitants, ni n'aient été ressentis comme pathologiques par l'intéressé lui-même. D'où, au degré de la vraisemblance prépondérante, le fait qu'il ait pu, lors de l'un ou l'autre de ces interrogatoires sur l'anamnèse, évoquer la présence de troubles remontant déjà à un certain temps avant le mois d'août 2010. L'expert N\_\_\_\_\_ a d'ailleurs relevé dans son expertise que l'assuré répondait aux questions posées, n'avait pas de problème de compréhension, mais il était souvent vague et imprécis. Il était difficile d'obtenir des informations claires, même si sa bonne volonté ne paraît pas devoir être mise en

A/2277/2015 - 37/45 - cause. D'où la possibilité, à certains moments, de s'être trompé sur l'année où a débuté le traitement et où s'est révélée son incapacité de travail (2009 au lieu de 2010), confusion qui a néanmoins pu être identifiée et rectifiée par les autres éléments du dossier, et par les déclarations mêmes de l'intéressé. Malgré des approches partiellement différentes des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, par rapport à certains des diagnostics retenus, ces deux médecins s'accordent sur le diagnostic de TOC ayant conduit au constat d'incapacité totale de travail du recourant dès le mois d'août 2010, ce à quoi a également conclu le SMR, dans son rapport du 12 mars 2012. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans peut reconnaître une pleine valeur probante aux avis du médecin traitant et du premier expert en ce qui concerne la datation du début de l'incapacité de travail et du début du traitement psychiatrique, au 23 août 2010. Quant à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ diligentée en juin 2012 par Gastrosocial à l'appui de sa contestation des conclusions de l'OAI dans son projet de décision du 17 avril 2012, ses conclusions sont assez éloignées de celles de ses prédécesseurs. Ayant repris les renseignements anamnestiques figurant déjà au dossier, il les a certes complétés, notamment en retenant dans l'enfance une incidence et des conséquences des tics nerveux dont le patient a été atteint à l'époque, qu'aucun autre médecin ayant eu à se prononcer sur ce cas n'ont retenus : il a notamment considéré que les crampes au visage, mais également les troubles vocaux qui étaient apparus, étaient autant de manifestations qui avaient passablement entravé l'assuré dans ses contacts interpersonnels, à quoi s'étaient rajoutés les effets indésirables du Risperdal, qui lui était prescrit à l'époque, et qui l'auraient amené à ne pas terminer l'apprentissage d'électricien qu'il avait commencé. Et d'en déduire que sur le plan de la formation professionnelle, on pouvait partir du principe qu'il y avait une invalidité précoce. Il admet toutefois que l'intéressé s'était bien porté pendant des années, notamment en Suisse, pour l'essentiel de 2000 à 2008, et qu'alors étaient apparus des symptômes mentaux complexes, avec des phases parfois psychotiques.

Il affirme - ce qui n'est corroboré par aucun autre élément concret du dossier - que le trouble mental était clairement visible lorsque l'assuré avait une attitude négative au restaurant où il travaillait, et que c'est en août 2009 que l'assuré a commencé un traitement psychiatrique ambulatoire suite aux suggestions que lui avait notamment faites le chef du restaurant. Il considère en outre que la maladie actuelle diagnostiquée est un trouble affectif bipolaire devenu de plus en plus visible chez l'assuré depuis 2008, avec une première décompensation en 2009. Ces observations ne sont corroborées par aucun autre élément du dossier, l'assuré lui-même ayant d'une part expliqué que les motifs pour lesquels il n'avait pas terminé son apprentissage d'électricien dans sa jeunesse n'étaient aucunement en relation avec ses tics: il en avait marre de ce travail à l'époque et il avait décidé d'émigrer en Suisse. L'assuré a en outre confirmé par la suite - ce qui est d'ailleurs corroboré par d'autres éléments du dossier - qu'il n'avait jamais été suivi par un psychiatre avant le mois d'août 2010, et en tout cas pas en 2009. Contrairement à ce qu'avait retenu la docteure J\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ a réfuté le diagnostic de schizophrénie, mais a

A/2277/2015 - 38/45 - admis celui de syndrome de Gilles de la Tourette dans l'enfance. Il a retenu sans autre motivation le trouble affectif bipolaire, confirmant les conclusions des rapports du Dr K\_\_\_\_\_ et du SMR du 12 mars 2012, relevant toutefois que ce trouble avait disparu entre-temps. À l'instar des conclusions auxquelles parvient le SMR le 4 février 2013, la chambre de céans ne peut reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport, qui retient une incapacité de travail en 2009 sans aucune précision quant au début de cette incapacité; qui affirme que le patient a été dépressif de 2009 à 2011 sans la moindre argumentation; que l'assuré aurait une capacité résiduelle de travail de 50 %, sans en déterminer la date du début; il n'est pas précis non plus en ce qui concerne les diagnostics, de même par rapport aux limitations fonctionnelles. C'est ce qui a d'ailleurs conduit le SMR à préconiser la mise en place d'une contre-expertise. L'expertise, respectivement la contre-expertise, confiée par l'OAI au Dr N\_\_\_\_\_ permet en revanche d'apporter de façon claire une réponse aux questions à résoudre. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée; le rapport se fonde sur des examens complets (étude approfondie du dossier, examen clinique attentif, tests psychologiques et examens de laboratoires). Il prend également en considération les explications et descriptions de l'expertisé notamment par rapport à son histoire personnelle, son vécu et la symptomatologie des maux dont il souffre ou a souffert et ses plaintes spontanées; il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse); l'expert a discuté et justifié de manière précise et convaincante sa position à l'égard des avis médicaux précédents, expliqué pourquoi il pouvait les valider pour certains, ou au contraire exposé les raisons pour lesquelles il ne pouvait les retenir pour d'autres. Il a posé des diagnostics clairs et motivés (syndrome de Gilles de la Tourette en rémission partielle (F95.2) ; trouble obsessionnel compulsif (F42.2) : il considère que dans le cas présent, le TOC de l'expertisé est aux limites inférieures du seuil diagnostique, mais reste suffisamment marqué pour générer des limitations. Elles consistent essentiellement en une fragilité anormale face aux facteurs de stress. Il a notamment relevé que la symptomatologie obsessionnelle compulsive est une comorbidité connue du syndrome de Gilles de la Tourette ; trouble schizo-affectif (F25.2) : il a analysé de façon précise et détaillée les caractéristiques de ce trouble, et en a conclu, au vu des explications de l'expertisé, et des symptômes décrits, notamment une symptomatologie dépressive, validant un épisode moyen du trouble diagnostiqué. Il s'est en outre prononcé sur les autres diagnostics posés dans le cadre de ce dossier, soit ceux de trouble bipolaire, de schizophrénie paranoïde et de troubles mixtes de la personnalité. Observant que selon la nomenclature médicale, il est

toujours difficile de distinguer un trouble schizo-affectif de la schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques (épisodes dépressifs ou épisodes maniaques), il conclut que dans la mesure où l'on a aujourd'hui un épisode thymique qui coexiste avec les symptômes de phase active de la schizophrénie depuis de nombreux mois et que les symptômes psychotiques n'ont pas la sévérité que l'on rencontre dans la schizophrénie sur la durée, il considère que le diagnostic

A/2277/2015 - 39/45 - doit s'orienter vers ce que désigne un trouble schizo-affectif. Le tableau clinique global n'est pas davantage celui d'une dépression grave (avec caractéristiques psychotiques) qui dominerait la présentation de l'assuré. Il y a ici un certain équilibre entre la symptomatologie affective et psychotique. On ne peut pas davantage retenir un trouble bipolaire, dans la mesure où il n'y a pas eu de phases maniformes ou maniaques franches depuis des années. Ce trouble est manifestement écarté par l'évolution actuelle, l'expertise G\_\_\_\_\_ allant d'ailleurs dans ce sens puisqu'il est question de rémission. Enfin, dans la mesure où l'on admet un trouble schizo-affectif, le Dr N\_\_\_\_\_ considère qu'il n'est pas justifié de retenir un trouble de la personnalité. Le trouble schizo-affectif est une pathologie grave. Il est rare qu'il reste asymptomatique sur la durée. Il peut expliquer un certain degré de souffrance psychique et de dysfonctionnements chroniques, à l'instar des autres affections psychiatriques du registre des psychoses. Et enfin ses conclusions sont bien motivées. En préambule il a noté que cette expertise s'était avérée particulièrement difficile. L'intéressé s'était montré collaborant et authentique. Il présentait néanmoins des troubles de la pensée qui rendait la prise d'anamnèse très difficile. Il a en outre mis en évidence le fait que le dossier contient ce qu'il qualifie d'erreurs inhabituelles, qui ont parfois été reprises par la suite, sans que les données aient été vérifiées. Il a notamment relevé à ce sujet que la Dresse J\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de schizophrénie paranoïde « depuis 2009 » et fait remonter l'incapacité de travail au mois d'août 2009, alors qu'aucune pièce au dossier ne valide un arrêt de travail sur certificat médical en 2009. Il expliquera à ce sujet dans une note de bas de page que tout indique que cette consœur s'est trompée sur l'année et qu'elle a écrit août 2009 au lieu d'août 2010. Son rapport médical situe la « décompensation psychotique » en 2010, au point 1.7. Il remarque d'ailleurs que l'assuré a travaillé à 100 % au restaurant E\_\_\_\_\_ du 28 juin au 22 août 2010, et aucune pièce au dossier ne valide un arrêt de travail sur certificat médical en 2009. De même, s'agissant du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ - selon lequel l'intéressé aurait débuté son traitement psychiatrique en 2009 -, il justifie qu'il s'agit là d'une erreur (parmi celles qui ont été reprises sans vérification) et observe que le patient confirme que cela est faux : selon ses indications il n'a jamais consulté de psychiatre en Suisse ni reçu de médicaments psychotropes jusqu'en août 2010, période à laquelle il a rencontré la Dresse I\_\_\_\_\_. Dans ses conclusions l'expert affirme que c'est vraisemblablement depuis 2009 ou 2008 que l'intéressé a commencé à développer une symptomatologie psychotique qui semble avoir constitué l'essentiel de ses difficultés relationnelles au travail et qui a pu être à la base des deux dernières pertes d'emploi, d'après les informations à disposition. L'expert s'est en outre prononcé sur le degré d'incapacité de travail qu'il situe à 80 %, très vraisemblablement dès le 23 août 2010. Ce taux n'a probablement pas varié depuis lors. L'arrêt de travail et la prise en charge psychiatrique datent par contre de l'été 2010. Ainsi, la chambre de céans considère que l'on peut accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Celle-ci a montré, s'agissant des diagnostics,

A/2277/2015 - 40/45 - la difficulté à pouvoir poser un diagnostic unanime, dans ce genre de cas, l'approche des différents médecins pouvant être quelque peu différente, sans nécessairement que l'une ou l'autre soit clairement erronée. L'essentiel est de constater que l'incapacité de travail reconnue par la plupart des médecins se situe à tout le moins à 80 %. Mais surtout, et s'agissant de la seule question à résoudre et qui fait encore litige, le début de l'incapacité de travail doit être fixé, au degré de la vraisemblance prépondérante, au 23 août 2010. 12. En dépit des conclusions claires qu'il faut tirer de cette dernière expertise, et des autres avis médicaux qui vont dans le même sens au sujet de la détermination du début de l'incapacité de travail, Gastrosocial persiste à prétendre que cette incapacité serait déjà apparue en 2009, prétendant que les symptômes de la maladie incapacitante auraient déjà été identifiables sur le lieu de travail, invoquant à ce titre, la jurisprudence relative au cas de maladie Chorea Huntington, diagnostiquée tardivement, mais dont les effets se sont déjà manifestement fait sentir dans le passé, dans le cadre d'une dégradation progressive de la capacité de travail (ATF 9C\_162 /2013). À tort. Non seulement une situation exceptionnelle ne doit pas être facilement transposable à d'autres cas. La maladie Chorea Huntington est une maladie héréditaire et orpheline, qui se traduit par une dégénérescence neurologique provoquant d'importants troubles moteurs, cognitifs ainsi que psychiatriques, et, dans les formes les plus graves, la perte de l'autonomie et la mort. L'exception à la règle, dont il est question dans la jurisprudence invoquée, a été admise en raison des caractéristiques évolutives de cette maladie. Rien de tel dans le cas d'espèce. Il n'y a dès lors aucun motif pertinent de s'écarter des principes mêmes posés par les jurisprudences que la défenderesse 1 cite elle-même (notamment 9C\_735/2010; 9C\_353/2010, et les références qui sont citées), qui rappellent notamment que le moment de la survenance de l'incapacité de travail significative pour la prévoyance professionnelle doit être prouvé en temps réel au degré de la vraisemblance prépondérante, cette preuve ne pouvant être remplacée par des suppositions a posteriori et des considérations spéculatives. L'incapacité de travail médico-théorique établie rétroactivement seulement après des années ne suffit pas. La défenderesse 1 pointe notamment à cet égard, les TOC dont souffre le demandeur, qui se traduisent notamment par un comportement obsessionnel quant à l'état de santé de ses proches, voire à des compulsions de vérification qui, s'il ne peut être rassuré, le rendent agressif tant à l'égard de ses collègues de travail qu'à l'égard de la clientèle, ce qui - selon elle - aurait déjà été le cas à l'époque où il travaillait au restaurant C\_\_\_\_\_ en 2009. Or, il ne ressort la moindre allusion à ce type de comportement ni de la lettre de licenciement de fin octobre 2009, ni du certificat de travail de l'époque, établi par le restaurant C\_\_\_\_\_, le 28 janvier 2010. Ce dernier, établi sur formule préimprimée, sous forme de grille d'appréciation comportant des domaines d'évaluation très détaillés, indique sous "motif de résiliation": « n'était pas un bon travailleur, toujours à réclamer »; sous "rapport avec les collègues de travail" : appréciation D (en dessous de la moyenne) ; sous "rapport avec les clients" : pas de rapport avec les clients ; "santé" : pas de

A/2277/2015 - 41/45 - problèmes ; "problème lié à l'alcool" : pas, mais je pense qu'il aime l'alcool. Il ressort d'ailleurs d'une autre pièce produite par la défenderesse 2 que pendant toute la période de son emploi au restaurant C\_\_\_\_\_, il n'a été absent qu'à une seule occasion, pour un décès dans sa famille. Ainsi, à l'époque, même s'il a pu avoir des altercations avec ses collègues, voire avec son employeur, son comportement a vraisemblablement pu être perçu comme relevant d'un caractère difficile, mais en tout cas pas de nature pathologique, encore moins incapacitante. Il est d'ailleurs très probable qu'à l'époque l'intéressé n'était pas même conscient lui-même de la cause des maux dont il

souffrait, et suggérant possiblement les signes précurseurs de l'incapacité de travail qui s'est en réalité révélée lors de la décompensation survenue dans la deuxième partie d'août 2010. Or, l'argumentation ainsi soutenue par la défenderesse 1 est aussi la démonstration de ce qu'elle est consciente qu'aucune incapacité médicalement attestée et documentée n'existe avant le 20, respectivement le 23, août 2010. 13. Gastrosocial prétend pourtant encore que le demandeur aurait commencé un traitement psychiatrique alors qu'il travaillait au sein du restaurant C\_\_\_\_\_, suite aux suggestions que lui avait faites le chef du restaurant. Certes, cette allégation repose sur une des erreurs manifestes de dates relevées ci-dessus, mais la défenderesse le savait bien: le 19 juillet 2012 déjà, elle écrivait au demandeur : « entre autres, vous étiez assuré auprès de notre fondation de prévoyance du 1er juillet jusqu'au 31 décembre 2010, par le restaurant E\_\_\_\_\_ à Vernier. Par contre, après peu de temps de l'engagement (sic), au courant des 2 premiers mois, votre patron vous avait incité à consulter un psychiatre. Auparavant, vous étiez inscrit au chômage et c'était grâce au "procurement" de cette institution que vous avez réussi le travail dans le restaurant à Vernier. ». Elle savait donc pertinemment, et dès ce moment-là (en juillet 2012), que c'était bien en été 2010 le patron du E\_\_\_\_\_, et non pas en 2009 le patron du C\_\_\_\_\_, qui lui avait suggéré d'aller consulter un psychiatre. Ce qui ne l'a pas empêché d'alléguer, dans sa réponse du 31 août 2015, à l'encontre de tous éléments figurant au dossier, respectivement en l'absence de tout document ou indice permettant de le soutenir, que le demandeur aurait débuté un traitement psychiatrique en 2009 déjà, qu'il aurait poursuivi par la suite, notamment durant l'engagement au restaurant E\_\_\_\_\_, dès fin juin 2010, après quelques mois de chômage. Au vu de ce qui précède, le début de l'incapacité de travail ayant conduit au constat d'invalidité totale par l'OAI doit bien être fixé au 23 août 2010. Prendrait-on d'ailleurs la date du 20 août 2010, figurant sur le certificat d'incapacité de travail initial, que la solution du litige ne serait pas différente. Et en tout état, la détermination de cette date par l'OAI, qui a retenu le premier jour (un lundi) où l'intéressé n'a effectivement pas travaillé, plutôt que celle figurant dans le certificat médical et coïncidant avec le vendredi de la semaine précédente, ne saurait être - comme le souhaiterait la défenderesse 1 - être interprété comme un indice de

A/2277/2015 - 42/45 - l'incertitude subsistant quant à la date de survenance de l'incapacité de travail litigieuse. 14. Dans un second moyen, Gastrosocial prétend que l'engagement auprès de E\_\_\_\_\_, respectivement de La F\_\_\_\_\_, n'aurait procédé que d'une tentative de réintégration professionnelle qui n'aurait pas rompu le lien de connexité temporelle entre le début de l'incapacité de travail lorsqu'il travaillait pour le restaurant C\_\_\_\_\_ et l'invalidité dont il souffre actuellement. Au vu de ce qui précède, cet argument tombe à faux. Non seulement il n'a pas été constaté d'incapacité de travail avant la date du 23 août 2010, mais, il ressort encore d'un questionnaire – que, par courrier du 31 mai 2012, Gastrosocial avait demandé au restaurant C\_\_\_\_\_ de bien vouloir remplir - que le dernier jour de travail effectif du demandeur avait été le

### **E. 30**

juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP; art. 89H al. 1 LPA- GE).

A/2277/2015 - 45/45 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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