

GE_GERICHTE ATAS/839/2019 vom 16. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_839_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/839/2019 du 16 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/839/2019 del 16 settembre 2019

Erwägungen

E. 3

Le 18 novembre 2002, la CIA a informé l'assuré que la fin des rapports de service avait également mis un terme à son assurance auprès de la caisse, sauf pour les risques décès et invalidité, pour lesquels l'assurance se poursuivait pendant un mois à moins d'une affiliation à une nouvelle institution de prévoyance avant l'expiration de ce délai.

E. 4

Suite à son départ de la direction de l'OAI-GE, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage de novembre 2002 à octobre 2004, puis de prestations d'assistance publique jusqu'à fin 2004.

E. 5

Le 16 septembre 2004, la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a délivré un certificat médical à la demande de l'assuré. Elle s'occupait de son suivi depuis le 28 mai 2002 dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale dont le but était d'optimiser son comportement dans des moments de surcharge psychique (dus au travail, mais aussi, au conflit chronique familial, avec son épouse, sa fille aînée et sa belle-famille). En novembre 2002, à la suite d'un conflit professionnel soldé par un licenciement, l'assuré avait développé une réaction aiguë à ce facteur de stress, caractérisée par une réponse sévère anxio-dépressive associée à une perturbation des émotions et des conduites (F43) : à ce moment, un traitement médicamenteux s'imposait (antidépresseur associé à un stabilisateur d'humeur). L'évolution avait été lentement favorable avec une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive. Début septembre 2004, il avait fait une nouvelle rechute anxio-dépressive, liée aux difficultés d'orientation de son mode de vie (Z73 ; fin du droit au chômage en novembre 2004) et à la dislocation de sa famille nucléaire, par séparation et divorce (Z63.5).

A/1520/2018 - 3/39 -

E. 6

Du 1er janvier au 31 mars 2005, l'assuré a travaillé en qualité d'adjoint de l'office de psychologie de l'Etat de Vaud. Il a été licencié par l'employeur pour inaptitude avérée (travail fourni non conforme à la demande).

E. 7

Le 24 février 2006, le docteur D_____, FMH médecine générale, a indiqué que l'assuré était régulièrement suivi depuis janvier 2005 pour un état dépressif sévère.

E. 8

Le 4 août 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI-VD). Aux dires de l'assuré, l'atteinte à la santé existait depuis 1999 et se caractérisait par des cycles bien délimités, soit des périodes de tristesse, des pertes d'élan vital et d'évitement des relations sociales suivis par des périodes d'hyperactivité productives mais aussi désordonnées, une limitation des heures de sommeil ainsi qu'une grande irritabilité. Ayant débuté en mars 2006, son incapacité de travail était toujours en cours. Dans la rubrique consacrée aux remarques complémentaires du formulaire ad hoc, l'assuré a ajouté qu'il se sentait capable de recommencer une activité lucrative sur le marché du travail en dehors de sa formation de juriste qui le stressait et évoquait des souvenirs négatifs.

E. 9

Le 25 août 2006, l'assuré a indiqué être à l'aide sociale depuis le 1er avril 2005.

E. 10

Le 17 septembre 2006, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré était suivi sur le plan psychiatrique par la Dresse C_____ pour un état dépressif sévère secondaire. Il le voyait régulièrement pour un traitement d'acupuncture.

E. 11

Le 19 septembre 2006, le service du personnel de l'Etat de Vaud a retourné le questionnaire employeur à l'OAI-VD en indiquant qu'il avait résilié le contrat de l'assuré pour le 31 mars 2005 en raison de « l'inaptitude avérée » de celui-ci, son travail étant « non conforme à la demande, sans que cela ait à voir avec une charge physique lourde ou une atteinte physique quelconque ». Le salaire mensuel en 2005 avait été de CHF 9'850.83, auquel s'ajoutait un 13ème salaire.

E. 12

Selon le questionnaire pour l'employeur daté du 28 septembre 2006, l'Office du personnel de l'Etat de Genève a indiqué notamment que le salaire mensuel de l'assuré en 2002 était de CHF 13'387.-.

E. 13

Par certificat du 18 décembre 2006, la Dresse C_____ a précisé comme diagnostic un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), la dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5), des difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents (Z63.1) ainsi qu'une personnalité anankastique (F60.5). L'assuré était pris en charge depuis le 28 mai 2002 avec un traitement médicamenteux. Il avait récemment fait une grave rechute de sa symptomatologie anxio-dépressive.

E. 14

Par rapport du 15 mars 2007, la Dresse C_____ a rappelé les diagnostics, ajoutant une personnalité schizotypique (F21). Depuis 2004, l'assuré présentait des troubles à répétition. Le dernier épisode sévère avait eu lieu début mars 2006. Depuis dix mois, l'assuré était stabilisé du point de vue thymique, de sorte qu'elle le

A/1520/2018 - 4/39 - considérait tout à fait capable de suivre pendant deux ans une formation de professeur, pour pouvoir ensuite enseigner le droit ou l'histoire.

E. 15

Par avis médical du 17 août 2007, le service médical régional AI (SMR) a indiqué que les différents rapports médicaux en sa possession étaient, outre le rapport de la Dresse C_____ du 18 décembre 2006, les suivants : - rapport de la clinique La Métairie, établi le 3 octobre 2000 par les docteurs E_____ et C_____, psychiatres, posant les diagnostics de trouble de avec réaction anxieuse et dépressive (F34.22) et trouble mixte de la personnalité (F61.0 ; traits anankastiques et traits de la personnalité évitante) ; - rapport de la Dresse C_____ du 25 août 2006 posant les diagnostics de trouble de l'humeur non spécifié (F39), dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5), difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux- parents (Z63.1) et personnalité anankastique (F60.5) ; Selon le SMR, ces différents diagnostics, l'absence de limitations fonctionnelles et l'absence de répercussions sur la capacité de travail appelaient une expertise psychiatrique afin de préciser la situation actuelle (diagnostics, status, limitations fonctionnelles, répercussion sur la capacité de travail avec date et taux).

E. 16

À partir du 3 décembre 2007, l'assuré a travaillé pour la société F_____ S.A. en qualité de directeur des ressources humaines et secrétaire général, dont les employés étaient affiliés auprès de la Fondation collective LPP Swiss Life (ci- après : la Fondation collective Swiss Life ou la défenderesse subsidiaire).

E. 17

Le 4 décembre 2007, le demandeur a rempli un questionnaire de demande d'admission à l'assurance-vie collective de la Société suisse d'Assurances générales sur la vie humaine Swiss Life, en répondant négativement, notamment, à la question « Avez-vous eu des problèmes de santé durant les cinq années précédant le début de l'assurance qui ont conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à trois semaines, ou avez-vous actuellement des problèmes de santé ? ».

E. 18

Le 12 janvier 2009, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise à l'OAI-VD. Après avoir posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, état actuel moyen (F33.1) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0), sans valeur incapacitante pour ce dernier diagnostic, l'expert a retenu une incapacité de travail psychiatrique entre le 1er mars 2006 et le 30 septembre 2006 et n'en a retenu ni avant ni après ces dates au vu de ce qu'il avait observé et des documents à disposition. L'assuré donnait l'impression de n'avoir jamais mis en valeur les potentialités d'une intelligence et d'une formation professionnelle de niveau élevé. Pendant les dernières années, il avait eu des revers conséquents avec l'éclatement de la cellule familiale et la désinsertion professionnelle progressive. Dans ce contexte, il avait présenté une pathologie affective. L'évolution n'avait pas été défavorable. Il avait retrouvé du travail à plein temps. Il était stable professionnellement depuis une

A/1520/2018 - 5/39 - année, sans suivi, ni médication. L'assuré avait montré qu'il avait des capacités à se reconstruire.

E. 19

Dans un rapport daté du 5 février 2009, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'en écarter. En dehors d'une période d'incapacité de travail du 1er mars au 30 septembre 2006, la capacité de travail était entière dans l'activité

habituelle comme dans une activité adaptée. Actuellement, l'assuré ne connaissait aucune limitation fonctionnelle.

E. 20

Le 9 février 2009, F_____ S.A. a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 juillet 2009. Selon le rapport de cet employeur à l'OAI-VD, daté du 13 avril 2011, le contrat de travail s'était déployé du 1er décembre 2007 au 31 juillet 2009, et le licenciement avait été motivé par des divergences d'opinion avec le management de l'entreprise. Le salaire mensuel de l'assuré en 2009 avait été de CHF 11'400.-. Le dernier jour de travail avait été le 12 février 2009, l'assuré s'étant trouvé en arrêt maladie à 100% du 13 février au 30 avril 2009.

E. 21

Par projet de décision du 13 février 2009, l'OAI-VD a rejeté la demande de l'assuré, considérant qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

E. 22

Le 13 février 2019, le Dr D_____ a attesté une incapacité de travail totale dès cette date.

E. 23

Le 4 mars 2009, l'assuré a contesté le projet. Il était en incapacité de travail depuis le 13 février 2009. Il avait perdu son emploi, ce qui avait causé une rechute grave.

E. 24

Le 20 avril 2009, la Dresse C_____ a rempli un rapport médical AI attestant le diagnostic d'épisode dépressif moyen vers sévère (F32.1 ; F32.2) depuis 2009 et un trouble de la personnalité (F61) et trouble dépressif récurrent (F33) possible avant 2000. Elle avait suivi l'assuré jusqu'au 30 mars 2009, date de son hospitalisation à la Clinique de la Lignière. Elle relève « asymptotique depuis avril 2007 ; a continué son traitement d'entretien prophylactique jusqu'à la fin octobre 2007, tout en espaçant les entretiens psychiatriques ». Il présentait les symptômes de forte tristesse, perte d'intérêt et du plaisir, baisse d'estime de soi, tendu et irritable. Il pensait que les gens lui faisaient du mal en lui jetant un sort. Il se plaignait de trouble du sommeil, d'agitation psychomotrice, de perte de poids évidente, de labilité émotionnelle, de discours laconique, de négativisme dans la relation, de projection comme mécanisme de défense. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 février 2009. L'assuré avait présenté une bonne évolution depuis mars 2007, sans rechute dépressive ; il avait annoncé avoir retrouvé un emploi le 1er janvier 2008 ; elle n'avait plus eu de nouvelle de l'assuré jusqu'au 13 février 2009 où il s'était présenté en catastrophe, dans un état de grande détresse ; il ne s'expliquait pas pourquoi il avait été licencié. Il présentait une situation psychomotrice incontrôlable, une forte tristesse, il était tendu, irritable, le sommeil et l'appétit étaient déréglés ; un cadre hospitalier était nécessaire et l'assuré l'avait accepté A/1520/2018 - 6/39 - pour le 30 mars 2009 ; elle avait discuté avec son médecin traitant depuis son hospitalisation.

E. 25

Le 29 avril 2009, le docteur H_____ de la Clinique La Lignière a attesté une incapacité de travail du 30 mars au 15 mai 2009.

E. 26

Le 3 mai 2009, le Dr D_____ a rendu un rapport médical AI attestant un suivi depuis 2005, avec une interruption de novembre 2007 à février 2009, un diagnostic d'état dépressif chronique réactionnel depuis 2005 et un état dépressif sévère actuel ; il n'avait plus vu l'assuré depuis sa reprise de travail en décembre 2007 ; le licenciement avait précipité une nouvelle dépression sévère. L'assuré avait été capable de travailler efficacement dans son nouveau poste ; c'était le fait de revivre la même situation qu'en 2005 avec une période de chômage très prolongée, avec tout ce que cela impliquait sur le plan social et psychique, qui avait décompensé la situation actuelle, ce qui montrait le caractère réactionnel prépondérant de cette affection. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 février 2009. L'assuré était momentanément désespéré et totalement découragé. Il était probable que l'état dépressif s'améliorerait s'il trouvait du travail.

E. 27

Dès le lendemain de la fin des rapports de travail le liant à la société F_____ SA, soit le 1er août 2009, l'assuré a travaillé en qualité de responsable des ressources humaines pour les Services d'Aide I_____ (I_____), dont les employés étaient affiliés auprès de PREVIS Personalvorsorgestiftung (ci-après : PREVIS ou la défenderesse subsidiaire).

E. 28

Par rapport du 9 juillet 2009, le Dr H_____ a diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel de sévérité moyenne avec syndrome somatique et des traits de personnalité évitante. L'assuré avait été hospitalisé du 30 mars au 29 avril 2009. Il nécessitait un suivi ambulatoire et le maintien du traitement médicamenteux antidépresseur. L'incapacité de travail avait duré du 30 mars au 15 mai 2009, puis à réévaluer.

E. 29

Interrogée par le SMR, la Dresse C_____ a indiqué qu'elle ne suivait plus l'assuré.

E. 30

Une incapacité de travail totale a été attestée du 27 septembre au 30 novembre 2009 par le Dr D_____.

E. 31

Par courrier du 7 janvier 2010, l'assuré a présenté sa démission avec effet immédiat à I_____ et reproché à cet employeur le non-paiement de son salaire de décembre 2009, une libération de l'obligation de travailler jusqu'au 16 janvier 2010 décidée le 4 janvier 2010 à son encontre ainsi que des conditions-cadre de travail qui n'étaient pas respectées pour les collaborateurs (conditions de police du feu et de sécurité des locaux, aménagement de l'accès pour les personnes handicapées etc.).

E. 32

Le 8 février 2010, le docteur J_____, psychiatre, psychothérapeute FMH, a rempli un rapport médical AI, attestant le suivi de l'assuré du 26 octobre 2009 au 30 novembre 2009 pour un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel

A/1520/2018 - 7/39 - moyen avec syndrome somatique, existant depuis 2001, date de sa séparation ; il était en incapacité probablement à 100 % depuis octobre 2009 et il était raisonnable que l'arrêt se poursuive pendant quelques mois. Lorsque le médecin avait évalué l'assuré, ce dernier présentait de l'anxiété, la nervosité, l'irritabilité, la fatigue, l'humeur déprimée, les ruminations et des idées dépressives. Il avait des difficultés à gérer

les relations conflictuelles, notamment en lien avec son poste hiérarchique. L'évolution devrait être marquée par une amélioration symptomatique sur le plan dépressif et le recouvrement d'une capacité de travail entière progressivement dans un délai de quelques mois. Cependant, l'assuré présentait des traits de personnalité narcissiques et caractériels qui pourraient entraver la reprise du travail du fait du conflit professionnel. Le rendement était réduit, mais de manière temporaire. Il n'y avait actuellement pas de processus d'invalidité d'autant que l'assuré n'avait pas bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique à long terme. Il restait que la difficulté à faire reprendre l'activité professionnelle était certaine et aussi en lien avec les traits de personnalité.

E. 33

Par avis du 20 avril 2010, le SMR a estimé qu'après discussion du dossier avec un médecin psychiatre du SMR, il apparaissait que l'assuré avait présenté, en avril 2009, une aggravation de son état psychique qui avait motivé une hospitalisation en milieu psychiatrique en mars-avril 2009. Par ailleurs, en tenant compte du fait que les reprises d'activités professionnelles s'étaient soldées par un échec, il était vraisemblable que l'assuré présentait une capacité de travail diminuée, raison pour laquelle un complément d'expertise paraissait indiqué.

E. 34

Le 5 mai 2010, l'OAI-VD a mandaté le Dr G_____ en vue de l'établissement d'un complément d'expertise psychiatrique.

E. 35

Dans son rapport complémentaire du 19 juillet 2010, le Dr G_____ a posé le diagnostic de « probable trouble schizo-affectif » (F25.9) au vu des éléments nouveaux apparus au dossier. Des traits de personnalité pathologique avaient été fréquemment retenus par les psychiatres traitants ainsi que par l'expert lui-même dans son premier rapport, du 12 janvier 2009. Toutefois, l'évolution au cours de ces derniers mois mettait définitivement en évidence des éléments psychotiques. Si ces symptômes avaient été sous-estimés jusqu'ici, la principale raison en était vraisemblablement le fait que l'assuré tendait à les dissimuler (refus d'indiquer à l'expert dans quelle entreprise l'assuré travaillait et de donner son numéro de téléphone portable en décembre 2008). Pour l'expert, cette attitude relevait déjà d'une méfiance pathologique et de « l'atmosphère délirante » qui prévalait à l'époque. S'y ajoutait désormais la « conviction délirante » de l'assuré (relevée par la Dresse C_____ lors d'une consultation remontant au 13 février 2009), qu'il était l'objet d'influence à distance, ce qui ne laissait guère de doute quant à une problématique psychotique. L'assuré pensait alors qu'on aurait pu lui jeter un sort qui influencerait négativement sur son insertion et sa réussite professionnelles. Selon l'expert, on devait retenir, en l'état, la situation d'un sujet qui pouvait donner le change et trouver un emploi. L'assuré avait les ressources d'une bonne présentation

A/1520/2018 - 8/39 - et d'une formation professionnelle de haut niveau. C'était en cours d'emploi que la pathologie psychiatrique prenait toute sa signification. Le stress professionnel, même ordinaire, générait ici une psychopathologie qui entravait rapidement le fonctionnement de l'assuré. Les choses évoluaient vers l'arrêt de travail et la rupture. C'était depuis les années 2000 qu'il était devenu pleinement symptomatique. Sur la base de ces éléments, l'expert a reconsidéré son appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré en estimant qu'elle était entière depuis l'automne 2002. « Puisqu'il [fallait] dater et chiffrer »,

il a proposé de retenir un 100% d'incapacité de travail psychiatrique depuis le 5 novembre 2002 et ce jusqu'à aujourd'hui de façon continue, à l'exception de périodes où l'assuré avait un emploi et qu'il n'était pas au bénéfice d'un certificat médical d'incapacité de travail. Selon les informations à disposition, ces périodes d'emploi consistaient en près de trois mois entre janvier et mars 2005. Il s'agissait encore d'une courte période entre le 1er août 2008 et le 9 février 2009 (recte : entre le 1er décembre 2007 et le 12 février 2009) et d'une dernière période entre 1er août 2009 et le 30 septembre 2009 (recte : 27 septembre 2009). Depuis lors, l'incapacité de travail psychiatrique de cet assuré était de 100%. Il était possible qu'elle soit fixée pour une longue durée. Le traitement médical était insuffisant. L'assuré n'avait plus de suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Il semblait faire appel à ses médecins dans l'urgence. Ce fonctionnement allait de pair avec l'anosognosie partielle de ses troubles psychiatriques. Il n'était actuellement pas capable de percevoir de façon définitive ses troubles psychiques et la nécessité d'un traitement continu. Selon l'expert, une aide au placement pourrait être utile. Il n'était pas exclu qu'en procédant progressivement et par paliers, on arrive à, au moins partiellement, réintégrer l'assuré dans le monde ordinaire du travail. Les mesures professionnelles auraient plus de chance de réussir si l'assuré faisait l'objet d'une prise en charge intégrée comprenant le suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Celle-ci devrait être vivement conseillée, sans qu'il soit pertinent de la rendre obligatoire. Le pronostic à long terme restait réservé. Selon l'anamnèse, sur les douze mois de 2009, l'assuré avait été en arrêt de travail pendant huit mois. Il n'avait pas travaillé depuis le 1er janvier 2010 et vivait actuellement des prestations de chômage. L'évolution professionnelle correspondait bien à ce que pouvait provoquer un trouble schizo-affectif. Lorsque l'assuré obtenait un poste de travail, il se trouvait rapidement en situation de stress, en raison de ses insuffisances. Il devenait alors franchement symptomatique. Il pouvait développer des symptômes dépressifs. Il développait aussi des éléments paranoïdes qui généraient et/ou alimentaient des conflits sur les lieux de travail et aboutissaient à la rupture. L'assuré était tout de même anosognosique, il ne prenait que partiellement conscience de ce qu'il générait à la place de travail. Il attribuait ses propres difficultés aux dysfonctionnements ou aux carences de l'organisation qui l'employait. A la lumière

A/1520/2018 - 9/39 - de l'évolution diagnostique vers le trouble schizo-affectif, on comprenait mieux les échecs professionnels de l'assuré.

E. 36

Par avis du 16 août 2010, le SMR a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions du complément d'expertise du 19 juillet 2010. En raison d'un trouble schizo-affectif (F25.9), l'incapacité de travail était totale depuis le 5 novembre 2002 et constante depuis lors, hormis pour les périodes où l'assuré avait un emploi et où il n'était pas au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail, à savoir entre janvier et mars 2005, puis d'août 2008 au 9 février 2009, et enfin du 1er août 2009 au 30 septembre 2009. Dès le 30 septembre 2009, l'incapacité de travail était totale et continue. Les limitations fonctionnelles retenues étaient une grande sensibilité au stress, une méfiance pathologique, une interprétativité, des éléments paranoïdes, des idées de grandeur, une symptomatologie dépressive lors des épisodes dépressifs et une anosognosie partielle.

E. 37

Le 25 février 2011, l'assuré a indiqué que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il n'avait pas retrouvé de travail.

E. 38

Le questionnaire pour l'employeur du 9 mai 2011 de I_____ mentionne des rapports de travail du 1er août 2009 au 7 janvier 2010, un dernier jour effectif de travail le 4 janvier 2010 et une absence pour maladie du demandeur du 30 septembre au 31 décembre 2009. Le salaire mensuel avait été de CHF 9'096.10.

E. 39

Le 26 mai 2011, I_____ a informé PREVIS qu'à la suite du jugement du Tribunal de Moutier, l'assuré avait terminé son activité lucrative le 31 décembre 2009.

E. 40

Une incapacité de travail totale a été attestée pour les mois d'octobre et novembre 2011 par le Dr D_____.

E. 41

Le 5 octobre 2011, l'assuré a indiqué à l'OAI-VD que son état de santé ne s'était pas amélioré.

E. 42

Par projet de décision du 14 novembre 2011, l'OAI-VD a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière : - à partir du 1er août 2005 (douze mois avant le dépôt de la demande du 4 août 2006) jusqu'au 28 février 2008 (reprise de travail le 1er décembre 2007) ; - depuis le 1er février 2009 (rechute le 12 février 2009) jusqu'au 31 juillet 2009 (reprise de travail le 1er mai 2009) ; - depuis le 1er septembre 2009 (rechute le 30 septembre 2009).

E. 43

Le 20 novembre 2011, l'assuré a informé l'OAI-VD que le projet de décision du 14 novembre 2011 n'appelait aucune remarque de sa part.

E. 44

Par décision du 5 janvier 2012, l'OAI-VD a confirmé son projet du 14 novembre 2011, précisant que les périodes durant lesquelles l'assuré avait eu un emploi et pour lesquelles aucun certificat médical d'incapacité de travail n'avait dû être établi

A/1520/2018 - 10/39 - s'étendaient du 1er décembre 2007 au 11 février 2009 et du 1er mai 2009 au 29 septembre 2009. Cette décision n'a pas été notifiée aux institutions de prévoyance précitées.

E. 45

Par décisions du 15 janvier 2013, l'OAI-VD a indiqué les montants des rentes d'invalidité dues à l'assuré rétroactivement.

E. 46

Le 6 février 2013, le demandeur a signalé à l'OAI-VD qu'il avait reçu l'aide sociale depuis novembre 2011 et qu'il était, durant toute cette période, sous certificat d'arrêt maladie.

E. 47

Le 9 avril 2013, la Commission paritaire K_____ (K_____) a informé l'assuré qu'elle confirmait son engagement en qualité de responsable du bureau de contrôle administratif dès le 1er juillet 2013. L'horaire de travail était de 41 heures par semaine, réparties sur cinq jours. La rémunération brute mensuelle était de CHF 10'000.- et l'assuré avait droit à un 13ème salaire. Il serait affilié auprès de la Caisse Inter-Entreprises de prévoyance professionnelle (ci-après : CIEPP ou la défenderesse principale), plan de prévoyance Supra.

E. 48

Le 8 juillet 2012 (recte : 2013), le demandeur a rempli le questionnaire médical confidentiel de la CIEPP. Il a notamment répondu négativement aux questions « avez-vous été en incapacité de travail pour une durée de plus de quatre semaines consécutives ces cinq dernières années ? Avez-vous déjà souffert de troubles dans votre état de santé ou êtes-vous atteint d'une infirmité ? Avez-vous été soigné pour une maladie psychiatrique ces cinq dernières années ? ».

E. 49

Le 6 novembre 2013, l'OAI-VD a informé l'assuré qu'il avait ouvert une procédure de révision de son droit à la rente.

E. 50

Par courrier du 15 novembre 2013, l'assuré a fait savoir à l'OAI-VD qu'il renonçait à sa rente d'invalidité avec effet au 1er juillet 2013, étant donné qu'il avait retrouvé par ses propres moyens un emploi qui ne correspondait pas à ses compétences et ses qualifications, mais qui lui semblait adapté pour l'instant. Il souhaitait rembourser progressivement les rentes perçues depuis lors. 51. Le 25 novembre 2013, l'OAI-VD a expliqué ne pas pouvoir supprimer une rente sur simple demande des assurés. Il devait s'assurer que l'assuré pouvait réaliser des revenus permettant de vivre sans autre aide financière, ceci de manière durable. 52. Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 2 janvier 2014, l'assuré a indiqué à l'OAI-VD qu'il était salarié depuis le 1er juillet 2013 et qu'il effectuait 41 heures par semaine. Auparavant, il était au chômage et à l'aide sociale et il avait été en incapacité de travail du 27 au 31 août. Il avait trouvé un emploi qui était inférieur à ses capacités et à ses compétences. Il savait qu'il était toujours malade psychologiquement. Pour le moment, il supportait le stress de cet emploi. Il était suivi par le Dr D_____, par Monsieur L_____, chiropraticien, par le centre médico-psychologique pour adultes à Delémont et par le docteur J_____, spécialiste FMH en urologie, à Genève. L'assuré a précisé que s'il était dans des conditions où le

A/1520/2018 - 11/39 - stress n'était pas très fort, cela allait ; s'il y en avait beaucoup, il était dépassé et il perdait tous ses moyens. 53. Le 16 janvier 2014, l'OAI-VD a transmis à l'OAI-JURA le dossier de l'assuré comme objet de sa compétence, au vu du domicile de ce dernier. 54. Le 11 février 2014, le centre médico-psychologique de Delémont a informé l'OAI-VD que l'assuré ne s'était plus présenté à leur consultation depuis le 15 mai 2013. 55. Le 17 février 2014, le Dr D_____ a écrit à l'OAI-VD expliquant qu'il convenait de se référer au rapport d'expertise établi en juillet 2010 par le Dr G_____. Le diagnostic de trouble schizo-affectif, rendait, de l'avis du Dr D_____, toute réadaptation difficile. La situation de l'assuré n'avait en effet pas changé. Il présentait, même si cela faisait partie du trouble schizo-affectif, un état qu'il qualifierait de dépression sévère ; l'assuré restait persuadé qu'il avait les compétences nécessaires pour remplir toute activité correspondant à ses qualifications. Or, l'expérience passée montrait que cela n'était pas vrai et la

réadaptation ne serait probablement possible que dans un milieu protégé. Il n'était toutefois pas expert en la matière, et il convenait de demander l'avis au Dr G_____. Le Dr D_____ a joint le questionnaire relatif à la révision du droit à la rente daté du 16 février 2014, en indiquant notamment que l'assuré n'exerçait pas d'activité lucrative et qu'il était actuellement sévèrement déprimé. Il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé ou de l'incapacité de travail depuis l'octroi de la rente. Le pronostic était mauvais, selon l'expertise psychiatrique. 56. Le 20 mars 2014, l'assuré a adressé à l'OAI-VD sa lettre d'engagement auprès de la K_____ ainsi que ses fiches de salaire pour les mois de décembre 2013, janvier et février 2014. 57. Le 21 mai 2014, la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI-VD qu'elle n'avait plus vu l'assuré depuis le 29 juin 2011. Elle ne pouvait donc pas répondre au questionnaire. 58. Le 2 juin 2014, M. L_____ a indiqué qu'à sa connaissance, l'assuré travaillait à plein temps. Il était en état de stress permanent avec des douleurs rachidiennes. 59. Le 15 août 2014, le docteur L_____, de SOS médecins, a attesté une incapacité de travail totale du demandeur du 15 au 2 (illisible) août 2014. 60. Le (date illisible), le docteur M_____, FMH médecine générale, a attesté une incapacité de travail totale du (date illisible) au 29 août 2014. 61. Par décision du 12 septembre 2014, l'OAI-VD a alloué à la fille de l'assuré, une rente ordinaire d'invalidité liée à la rente du père, du 1er septembre 2009 au 30 juin 2014. 62. Par courrier du 25 septembre 2014, l'OAI-VD a requis de l'assuré une copie de son certificat de salaire 2013, ainsi que ses fiches de salaires à compter de janvier 2014.

A/1520/2018 - 12/39 - 63. Le 25 septembre 2014, la K_____ a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2014, en le libérant de son obligation de travailler dès le 26 septembre 2014 au soir. 64. Le 29 septembre 2014, l'assuré a informé l'OAI-VD de son licenciement. La non- maîtrise du stress avait conduit à cet échec à nouveau, malgré de nombreux efforts et une volonté de réussir. Il sollicitait la confirmation de la poursuite du versement de sa rente d'invalidité. 65. À partir du 1er octobre 2014, l'assuré a présenté une incapacité de travail complète, attestée notamment par les docteurs N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D_____. 66. Par courrier du 1er octobre 2014, le Dr D_____ a informé l'OAI-VD que l'assuré avait commencé à travailler à la K_____ en 2014 (recte : le 1er juillet 2013) mais que cette tâche s'était révélée progressivement au-dessus de ses forces. L'assuré s'était retrouvé rapidement en situation de stress et avait réactivé ses troubles de l'humeur ; en dépit d'un investissement maximal, il avait finalement reçu sa lettre de congé. Selon ce médecin, on avait donc assisté, là, à la répétition d'un schéma connu ; idéalement, l'assuré était en mesure d'utiliser ses compétences dans un milieu protégé. 67. Répondant à un courrier de l'OAI-VD du 14 octobre 2014, l'assuré a indiqué qu'il poursuivait un traitement psychiatrique depuis le 1er février 2013 à Delémont et qu'en raison de l'éloignement, il était aussi suivi par le Dr N_____ à Genève. Il avait également été pris en charge en décembre 2012 et en janvier 2013 par le service des urgences psychiatriques du CHUV. 68. Le 16 octobre 2014, suite à deux courriers recommandés de l'assuré, reçus les 29 septembre et 8 octobre 2014, la K_____ lui a fait savoir qu'elle considérait que la résiliation du contrat était valable à la forme, l'assuré ayant contresigné la lettre de licenciement du 25 septembre 2014. Le licenciement était également valable quant au fond dans la mesure où le travail réalisé ne répondait pas aux attentes de l'employeur. La K_____ avait constaté mi-septembre 2014, qu'aucun rôle des procédures judiciaires n'était tenu, qu'il n'y avait pas de tableau détaillé de suivi des procédures, qu'il n'y avait pas de dossiers juridiques spécifiques des affaires, que l'assuré n'avait pas été en mesure de remettre de cahier des charges, même partiel, en vue de l'acquisition d'une

nouvelle application informatique adaptée aux besoins du bureau, qu'il n'avait pas établi d'organigramme détaillant la répartition des tâches entre les différents employés, etc. Tout en déclarant ne pas vouloir entrer en matière sur la demande de réintégration de l'assuré, la K_____ a réfuté les accusations de pressions psychologiques que celui-ci avait portées contre la secrétaire du comité de la K_____, référence étant faite à un entretien qui avait eu lieu le 14 août 2014 entre cette dernière et l'assuré. Selon la K_____, « le fait de rappeler certaines tâches [n'était pas] constitutif de pressions psychologiques ».

A/1520/2018 - 13/39 - 69. Le 12 novembre 2014, la doctoresse O_____, médecin assistante auprès du Centre médico-psychologique pour adultes – CMPA à Delémont, a indiqué que l'assuré était venu à sa consultation du 4 février au 15 mai 2013. Les éléments en sa possession ne lui permettaient pas de répondre aux questions posées. 70. Le 15 décembre 2014, le Dr N_____ a rempli un formulaire de l'OAI-VD pour la révision du droit à la rente, en mentionnant que l'assuré avait exercé une activité lucrative de juillet 2013 à fin novembre 2014. Il présentait actuellement une incapacité de travail totale. L'assuré restait actif et compétent tant que la situation relationnelle était bonne ; lorsque les conflits personnels ou la pression professionnelle étaient trop forts, les ressources adaptatives étaient dépassées. L'état de santé était en aggravation, avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, une phobie sociale et une anxiété généralisée. Le pronostic était plutôt médiocre à court terme. 71. Selon une note interne, l'OAI-VD a relevé que l'assuré avait exercé une activité en tant que juriste à la K_____. Cette tâche s'était révélée progressivement au-dessus de ses forces et l'assuré avait été licencié. En conclusion, la rente entière était maintenue. 72. Par communication du 18 décembre 2014, l'OAI-VD a informé l'assuré qu'il continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour. Après examen, il s'avérait que son degré d'invalidité n'avait pas évolué au point d'influencer ses droits. Cette communication n'a été adressée à aucune des institutions de prévoyance précitées. 73. Le 9 juin 2015, l'OAI-JURA a transmis le dossier de l'assuré à l'OAI-GE, comme objet de sa compétence. 74. Le 6 juillet 2015, le Dr N_____ a attesté que l'assuré l'avait contacté début septembre 2014 sur recommandation du Dr M_____, son médecin traitant, pour entreprendre un suivi psychothérapeutique. Il avait été pris en charge par son psychologue en délégation dès le 18 septembre 2014, puis par lui-même. Le 14 août 2014, un entretien professionnel s'était très mal déroulé et le lendemain, suite à un malaise, SOS Médecins avait dû intervenir et un certificat avait été délivré. Ensuite, le Dr M_____ l'avait vu, un arrêt de travail avait été délivré et il avait préconisé la prise de Xanax et de Temesta. L'assuré était entré comme responsable du bureau de contrôle administratif de la K_____ le 1er juillet 2013. La période d'essai avait été passée avec succès. Les problèmes professionnels avaient commencé en février 2014. Il avait ressenti une forte pression professionnelle, la naissance d'une dépression, avec un sentiment de dévalorisation et de l'anxiété. L'assuré n'avait pas réussi à retrouver de travail. 75. Le 20 juillet 2015, répondant à une demande de l'assuré, SWISS LIFE S.A. a refusé de renoncer à invoquer la prescription. 76. Le 31 décembre 2015, l'assuré a annoncé à l'Office cantonal de la population et des migrations son départ pour l'Espagne.

A/1520/2018 - 14/39 - 77. Le 18 février 2016, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dirigée contre la CPEG, concluant, sous suite de dépens, à ce que cette dernière soit condamnée à lui allouer une rente d'invalidité de 100% à compter du 1er mars 2011, avec intérêts à 5% dès le 1er septembre 2013. 78. Le 19 février 2016, le Dr D_____ a attesté qu'il suivait le demandeur depuis de nombreuses

années, que le traitement était sans grand succès et que cette situation de stress chronique et la perte de postes de travail en dépit d'une qualification élevée, avec tout ce que cela impliquait sur l'estime de soi, pesaient lourdement sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré, en particulier en raison de l'anxiété liée à la faible probabilité de retrouver, à son âge, un emploi. 79. Le 5 avril 2016, l'OAI-GE a transmis le dossier à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, désormais compétent. 80. Par arrêt du 12 septembre 2016 (ATAS/712/2016), la chambre de céans a rejeté la demande en paiement à l'encontre de la CPEG, considérant qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité du demandeur était survenue alors qu'il était assuré auprès de la CIA. 81. Par arrêt du 7 mars 2017 (9C_691/2016), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt cantonal, relevant que les effets négatifs de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail pendant les rapports de prévoyance n'avaient pas été attestés en temps réel. Par surabondance, le critère de la connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité n'était assurément pas réalisé. En effet, non seulement l'assuré avait bénéficié d'indemnités de chômage durant deux ans à la suite de son licenciement (jusqu'en novembre 2004) puis avait occupé un emploi jusqu'en mars 2005, mais il avait aussi travaillé en tant que salarié pendant quatorze mois (du 1er décembre 2007 au 11 février 2009), périodes pour lesquelles le docteur G_____ avait admis l'existence d'une capacité de travail. Compte tenu des durées en cause, la connexité temporelle avait été interrompue. 82. Le 3 mai 2017, la CIEPP a indiqué à l'assuré que son assujettissement avait duré du 1er juillet 2013 au 28 février 2015. Elle acceptait de renoncer à invoquer l'exception de prescription jusqu'au 31 décembre 2018. 83. Le 13 juillet 2017, l'assuré, représenté par son avocat, a requis de la CIEPP l'octroi d'une prestation d'invalidité. 84. Le 4 septembre 2017, la CIEPP a répondu à l'assuré qu'elle refusait de lui allouer des prestations car, d'une part, son affiliation devait être annulée depuis le 1er juillet 2013, d'autre part, son incapacité de travail avait débuté avant l'assujettissement à la CIEPP ; enfin l'assuré avait violé son devoir d'information en cachant l'existence de son invalidité et il avait commis une réticence en répondant de façon erronée au questionnaire du 8 juillet 2012. Tous droits étaient réservés à ce sujet.

A/1520/2018 - 15/39 - 85. Le 11 octobre 2017, la CIEPP a écrit à la K_____, avec copie à l'assuré, indiquant que ce dernier était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité durant la période pour laquelle son assujettissement avait été demandé (1er juillet 2013 – 28 février 2015), de sorte que son assujettissement était annulé avec effet au 1er juillet 2013. Les contributions versées pour le compte du demandeur seraient portées au crédit de la prochaine facture. 86. Par pli du 3 novembre 2017, la K_____ a informé l'OIA-VD que l'assuré avait travaillé à plein temps en qualité de salarié du 1er juillet 2013 au 28 février 2015 et qu'il avait perçu une rémunération de CHF 249'118.- brut, selon les certificats de salaires joints. L'assuré n'avait jamais indiqué être au bénéfice d'une rente d'invalidité. Du 1er juillet 2013 au 14 août 2014, il n'avait pas accusé d'absence pour raison de maladie. Sa première incapacité de travail était survenue du 15 août au 3 septembre 2014. Le 25 septembre 2014, il avait été licencié. C'était seulement le 13 octobre 2017, que la K_____ avait appris, par l'intermédiaire de son institution de prévoyance, que l'assuré était en réalité au bénéfice d'une rente d'invalidité de 70% au moins. 87. Le 4 mai 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a saisi la chambre de céans d'une demande à l'encontre de la CIEPP, de PREVIS et de SWISS LIFE S.A. en concluant, sous suite de frais et dépens, à la condamnation, à titre principal, de la CIEPP à lui verser une rente d'invalidité de 100 % dès le 1er décembre 2014, dont le montant était à préciser en cours d'instance, avec intérêts

à 5 % l'an, à titre subsidiaire, de PREVIS à lui verser une rente d'invalidité de 100 % dès le 1er mai 2013, avec intérêt à 5 % l'an, et à titre plus subsidiaire, de SWISS LIFE S.A. de lui verser une rente d'invalidité de 100 % dès le 1er mai 2013, avec intérêt à 5 % l'an. Au cours de son emploi auprès de la K_____, il n'avait pas connu d'incapacité de travail du 1er juillet 2013 au 14 août 2014 ; il avait ensuite été totalement incapable de travailler du 15 au 26 août 2014, du 29 août au 1er septembre 2014 et du 1er octobre au 30 novembre 2014. Dès le 1er octobre 2014, il avait été totalement incapable de travailler, ce qui avait été attesté par les Drs D_____ et N_____ ; depuis août 2014, les symptômes de stress, d'anxiété, de perte d'énergie, de concentration et insomnies, qui s'étaient progressivement installés depuis sa prise d'emploi, s'étaient intensifiés. La K_____ l'avait alors licencié en raison de nombreux manquements ; depuis octobre 2014, il n'avait jamais recouvré sa capacité de travail et le versement de sa rente d'invalidité avait été repris dès décembre 2014 ; son incapacité de travail était donc survenue alors qu'il était assuré en prévoyance professionnelle auprès de la CIEPP ; l'affection à l'origine de son invalidité était identique à celle ayant causé l'incapacité de travail (symptomatologie dépressive et trouble schizo-affectif) ; le début du droit à la rente d'invalidité LPP coïncidait avec la reprise du versement de la rente d'invalidité de l'AI en décembre 2014. Subsidiairement, le demandeur rappelle avoir été assuré en prévoyance professionnelles auprès de PREVIS du 1er août 2009 au 7 janvier 2010 ; il avait été

A/1520/2018 - 16/39 - en incapacité de travail totale du 30 septembre au 31 décembre 2009 en raison d'une symptomatologie dépressive et trouble schizo-affectif et avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 2009 ; l'engagement de la K_____ en juillet 2013 pourrait être considéré comme une tentative de réinsertion ayant échoué, de sorte que PREVIS serait tenue à prestations dès le 1er mai 2013. Plus subsidiairement, il avait été en incapacité de travail du 13 février 2009 au 15 mai 2009, alors qu'il était affilié auprès de SWISS LIFE S.A., en raison d'une symptomatologie dépressive réactionnelle et d'un trouble schizo-affectif ; il avait bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1er février 2009 au 31 juillet 2009 et du 1er septembre 2009 à juillet 2013 ; son engagement au sein de I_____ et de la K_____ pourrait être considéré comme une tentative de réadaptation ayant échoué, de sorte que SWISS LIFE S.A. serait tenue à prestations dès le 1er mai 2013. Le demandeur a notamment produit des certificats médicaux rédigés en espagnol en date des 8 et 14 février 2018 et a sollicité la production des dossiers des défenderesses. 88. Le 4 mai 2018, SWISS LIFE S.A. a renoncé à se prévaloir, jusqu'au 31 décembre 2019, de l'exception de prescription par rapport à d'éventuelles créances du demandeur au titre de sa police de libre passage. 89. Le 5 juillet 2018, PREVIS a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande déposée à son encontre. Le contrat de travail du demandeur avait été résilié pour le 31 décembre 2009, son incapacité de travail n'avait pas débuté durant sa période d'affiliation auprès de PREVIS, du 1er août au 31 décembre 2009 puisqu'il avait déjà présenté des symptômes psychotique entre décembre 2008 et février 2009 ; au 1er août 2009, le demandeur présentait déjà très probablement une incapacité de travail en raison de ses troubles psychiques, à tout le moins depuis le 13 février 2009 ; il n'avait pas consulté de médecin à sa sortie de la clinique et était dans le déni de ses troubles, de sorte qu'aucun médecin n'avait attesté une capacité de travail recouvrée ; au surplus, le demandeur avait été capable de travailler du 1er juillet 2013 au 30 septembre 2014, de sorte que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité avait débuté alors que le demandeur était assuré auprès de la CIEPP. Enfin, PREVIS n'avait jamais été intégrée à la procédure menée par l'OAI. 90. Le 5 juillet 2018, la CIEPP a conclu

principalement au rejet de la demande déposée à son encontre et, subsidiairement, à ce qu'il soit dit que le début du droit à la rente et son montant doivent être fixés en application des dispositions réglementaires de la CIEPP. Le demandeur ne lui avait pas été affilié car il bénéficiait d'une rente AI entière au jour de son engagement auprès de la K_____. La CIEPP avait dû annuler son assujettissement pour cette raison. Au surplus, il ressortait du dossier du demandeur qu'il n'avait plus été apte à reprendre une activité lucrative sur le long terme en raison de son état de santé psychiatrique après l'été 2001 ; le

A/1520/2018 - 17/39 - demandeur n'était pas capable d'assumer, en particulier, une activité qui impliquait des responsabilités ; les tentatives de réinsertion s'étaient toutes soldées par un licenciement dans le cadre du trouble psychique ; le poste de responsable du bureau administratif à la K_____ était incompatible avec son état de santé ; des difficultés avaient débuté rapidement sur le lieu de travail, soit dès février 2014, avec une dégradation de la situation ayant abouti au licenciement le 25 septembre 2014, en raison d'une mauvaise exécution du travail. Ce scénario avait déjà été décrit par les Drs D_____ et G_____. Suite à la résiliation du contrat, l'OAI avait confirmé le maintien de la rente d'invalidité, versée sans discontinuité depuis le 1er septembre 2009 ; la période d'emploi auprès de la K_____ n'était donc qu'une tentative de reprise ; le demandeur avait admis l'existence d'une invalidité totale depuis septembre 2009 dès lors qu'il n'avait pas contesté la décision de l'OAI de maintenir sa rente. Par ailleurs, l'affection du demandeur à l'origine de l'invalidité était la même depuis l'ouverture du droit à la rente le 1er août 2005 et le lien de causalité temporelle avec le droit à la rente ouvert le 1er septembre 2009 n'avait jamais été interrompu ; en juillet 2013, le demandeur était donc déjà invalide et l'activité débutée auprès de la K_____ n'était pas adaptée ; depuis 2003, le demandeur n'avait pas été capable de reprendre une activité durable et l'activité exercée pour le compte de la K_____, de surcroît une activité à responsabilités, était incompatible avec son état de santé. L'activité auprès de K_____ ne pouvait ainsi être qualifiée tout au plus que de simple tentative de reprise, sans qu'il y ait de rupture du lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail débutée en septembre 2009. Par ailleurs, le demandeur avait répondu de manière inexacte au questionnaire médical reçu le 10 juillet 2013. Ce n'était que le 13 juillet 2017 que la CIEPP avait appris l'existence d'une invalidité entière. Le demandeur était au bénéfice d'une rente d'invalidité entière durant toute la période, de sorte qu'il ne disposait pas d'une capacité de travail entière pour l'exercice de l'activité pour laquelle il avait été engagé. Si, par pure hypothèse, un assujettissement devait être effectué auprès de la CIEPP, le demandeur ne pourrait bénéficier que des prestations obligatoires. La défenderesse principale a produit notamment son Règlement de prévoyance en vigueur dès le 1er janvier 2012. 91. Le 16 août 2018, la Fondation collective Swiss Life a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande déposée à son encontre. Préalablement, elle a fait remarquer que SWISS LIFE S.A., sa société gérante, indiquée par le demandeur sur la demande en tant que troisième défenderesse, n'avait pas la qualité pour défendre ; cela étant, pour des motifs tenant à l'économie de la procédure, la Fondation collective Swiss Life acceptait la demande et requérait la rectification de la partie défenderesse n°3 dans ce sens. Le demandeur avait commis une réticence en remplissant le formulaire de demande d'admission. La Fondation collective Swiss Life n'avait jamais reçu de notification des organes de l'AI. Il ressortait du dossier que les différentes périodes

A/1520/2018 - 18/39 - d'incapacité de travail, voire d'invalidité entre août 2005 et juillet 2009 ainsi qu'à partir de septembre 2009 étaient dues à la même affection psychique ;

l'engagement du demandeur auprès de F_____ S.A. n'était pas de nature à interrompre le lien de causalité temporaire entre l'invalidité reconnue en août 2005 et la rechute de février 2009. Au surplus, d'éventuels arriérés de prestations seraient prescrits antérieurement à mai 2013. 92. Le 14 novembre 2018, le demandeur a répliqué. Principalement, il a relevé que durant huit mois, soit de juillet 2013 à février 2014, aucun dysfonctionnement n'avait été relevé par la K_____, de sorte qu'il convenait d'admettre qu'il avait été à même d'exercer son poste à satisfaction ; de juillet 2013 à août 2014, il n'avait connu aucune période d'incapacité de travail. Il contestait avoir bénéficié d'une rente d'invalidité de juillet 2013 à novembre 2014 et il a précisé qu'il n'était pas en situation d'invalidité en juillet 2013. Il n'avait pas présenté d'incapacité de travail, ni de gain durant plus d'une année depuis lors. Le Dr G_____ avait d'ailleurs admis qu'il disposait d'une pleine capacité de travail durant ses périodes d'emploi, sa capacité de travail étant fluctuante. Le Dr J_____ avait aussi évoqué la possibilité de retrouver une capacité de travail entière en 2010. Son engagement à la K_____ n'était pas motivé par des considérations d'ordre social et il avait reçu un salaire mensuel brut de CHF 10'000.-. Certains dysfonctionnements du bureau de contrôle administratif avaient par ailleurs joué un rôle dans la réactivation de ses troubles. Ce n'était qu'à la mi-septembre 2014 que la K_____ avait constaté certains manquements, auparavant aucune remarque ne lui avait été adressée. L'incapacité de travail invalidante était survenue en août 2014. De juillet 2013 à février 2014, soit durant huit mois, aucun dysfonctionnement n'avait été relevé de part et d'autre. Durant son engagement au sein de la K_____ et jusqu'en décembre 2014, il n'avait pas bénéficié d'une rente d'invalidité ; il était donc obligatoirement assuré auprès de la CIEPP dès le 1er juillet 2013, ce d'autant que l'affection dont il souffrait ne permettait pas de prétendre que l'amélioration de sa capacité de gain n'était que passagère. La reprise de sa rente d'invalidité n'avait été admise que pour l'avenir. La CIEPP avait eu connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral le 14 juillet 2017 au plus tard, de sorte que le délai de quatre semaines pour invoquer une réticence était échu le 4 septembre 2017. Par ailleurs, l'invocation de la réticence était tardive, imprécise et donc dénuée d'effet. Le règlement de prévoyance ne prévoyait aucun régime particulier applicable à la réticence de l'assuré. Subsidiairement, le demandeur a fait valoir notamment que I_____ n'avait formulé aucun reproche à son encontre et que c'était lui-même qui avait mis un terme au contrat. Il était à nouveau capable de travailler au moment de son engagement.

A/1520/2018 - 19/39 - Plus subsidiairement, il avait été capable de travailler efficacement pour F_____ S.A. durant douze mois. La Fondation collective Swiss Life avait eu connaissance des motifs d'une éventuelle réticence mi-mai 2018 au plus tard, soit au moment de la notification de la demande, de sorte que l'invocation d'une réticence le 17 août 2018 (mémoire réponse) était tardive et dénuée d'effet. 93. Le 11 décembre 2018, la Fondation collective Swiss Life a dupliqué en soulignant que le demandeur avait été licencié par F_____ S.A. en raison de conflits en rapport direct avec les troubles psychiques de celui-ci, que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité était survenue en novembre 2002, qu'il n'avait jamais recouvré une capacité de travail durable, que si la causalité temporelle était interrompue par son activité auprès de F_____ S.A., elle le serait aussi pour son activité subséquente auprès de la K_____ et qu'il ne pouvait nier avoir commis une réticence, même si elle n'avait pas fait usage de son droit à cet égard. 94. Le 20 décembre 2018, la CIEPP a dupliqué, en soulignant que la capacité de travail du demandeur durant son engagement n'était pas entière et était incompatible avec l'activité, même s'il pouvait, pendant une période limitée, ne pas laisser apparaître son incapacité de travail

durable ; que les difficultés invoquées par le demandeur dans le cadre de son emploi à la K_____ relevaient de sa pathologie psychiatrique, que les manquements constatés avaient un lien sur la durée, mettant en évidence l'incapacité du demandeur à exercer cette activité professionnelle, qu'il n'existait pas de décision de suppression de la rente d'invalidité du demandeur versée de façon continue depuis septembre 2009 et cela malgré le courrier du demandeur requérant une suspension de sa rente, que même si le versement de la rente AI avait été suspendu durant cette période, il n'en demeurerait pas moins que le taux d'invalidité reconnu était demeuré à 100% durant toute la période puisqu'il n'existait pas de décision AI de suppression du droit ; que la CIEPP disposait d'un délai de six mois et non pas de quatre semaines pour faire suite à une réticence dans le cadre de la prévoyance plus étendue, de sorte qu'elle était en droit de limiter ses prestations au minimum légal, qu'en toute hypothèse, le demandeur ne pouvait pas être assujéti à la CIEPP en raison de son invalidité (au-delà de 70 %), qu'une éventuelle réinsertion du demandeur aurait dû être suivie médicalement, ce qui n'avait pas été le cas, qu'il n'y avait pas eu d'interruption du lien de connexité temporelle entre l'invalidité de septembre 2009, que s'agissant de son emploi à la K_____, des dysfonctionnements avaient eu lieu durant toute la période de travail, laissant présager dès le début une rupture du contrat de travail par la K_____, que, si un assujettissement était confirmé, seules des prestations du minimum légal pouvaient être délivrées, le demandeur ayant violé son devoir d'information. 95. Le 4 janvier 2019, PREVIS a dupliqué en relevant que le demandeur était déjà en incapacité de travail totale au moment de sa prise d'emploi chez I_____, qu'à sa sortie de la Clinique de la Lignière, il était dans le déni de sa maladie, que le Dr D_____ avait attesté une incapacité de travail totale depuis le 13 février 2009, qu'il avait ensuite, du 1er juillet 2013 au 30 septembre 2014, travaillé à 100 % et

A/1520/2018 - 20/39 - que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité avait débuté le 1er octobre 2014, alors que le demandeur était assuré auprès de la CIEPP. 96. Le 21 janvier 2019, le demandeur a déposé des déterminations spontanées. Il avait recouvré dès le 1er juillet 2013 une capacité de travail complète et durable et avait déclaré renoncer à sa rente AI dès cette date, ce qui était déterminant ; par ailleurs les décisions de l'OAI-VD des 5 janvier 2012 et 18 décembre 2014 n'avaient pas été notifiées à la CIEPP, de sorte qu'elles n'avaient, pour celle-ci, pas de force contraignante ; la continuation du versement de la rente AI, de juillet 2013 à novembre 2014, si elle était avérée, serait contraire à sa volonté de renoncer à cette prestation, et manifestement erronée. 97. Les 7 et 28 mars 2019, la chambre de céans a ordonné la production du dossier du demandeur par l'OAI-GE, par l'OAI-JURA et par l'OAI-VD. 98. Le 29 avril 2019, l'OAI-JURA a indiqué avoir transmis son dossier à l'OAI-GE le 9 juin 2015. 99. Le 7 mai 2019, la Fondation collective Swiss Life a indiqué que le dossier AI du demandeur confirmait le caractère des troubles psychiques évoluant par poussées. L'engagement du demandeur auprès de F_____ S.A. entre décembre 2007 et juillet 2009 ne pouvait interrompre la connexité matérielle avec l'incapacité de travail, voire l'invalidité du demandeur existant depuis 2002. 100. Le 28 mai 2019, la CIEPP a renoncé à formuler des observations particulières. 101. Le 31 mai 2019, PREVIS a indiqué n'avoir aucune observation à faire valoir. 102. Le 19 juin 2019, le demandeur a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires. 103. À la demande de la chambre de céans, la CIEPP a produit, en date du 30 août 2019, les règlements de prévoyance en vigueur dès le 1er janvier 2017 et dès le 1er janvier 2019. 104. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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) 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]).

A/1520/2018 - 21/39 - 2. En matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). Un cumul d'actions selon l'art. 7 aLFors (art. 15 du Code de procédure civile suisse, en vigueur depuis le 1er janvier 2011 [CPC – RS 272]) doit être admis dans le cadre de la réglementation du for de l'art. 73 al. 3 LPP. Grâce à celui-ci, le tribunal compétent pour une partie défenderesse est compétent pour toutes les parties défenderesses. Ceci vaut également si le droit litigieux relève du droit public (ATF 133 V 488 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2012 du 12 mars 2012 consid. 3.4 et les références citées ; MEYER/UTTINGER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 99 ad art. 73 LPP). En l'occurrence, le siège de la défenderesse principale se trouve à Genève, de sorte que la compétence de la chambre de céans à l'égard de celle-ci est donnée. Il s'ensuit que le for situé dans ce canton doit être également admis à l'égard des défenderesses subsidiaires, ce que ces dernières ne contestent pas. La compétence de la chambre de céans est ainsi établie. 3. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984). 4. La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10). Partant, elle est recevable. 5. 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). S'agissant du droit applicable *ratione temporis*, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Étant donné que les faits déterminants se sont réalisés après l'entrée en vigueur de la nouvelle, le nouveau droit est applicable (ATF 126 V 136 consid. 4b et les références).

A/1520/2018 - 22/39 - 6. Le litige porte sur la question de savoir si la CIEPP, subsidiairement PREVIS ou la Fondation collective Swiss Life, est tenue de verser une rente d'invalidité au demandeur. 7. a. 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. 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. L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur en changeant en même temps d'institution de prévoyance et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 120 V 112 consid. 2c). Cependant, pour que l'ancienne 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; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). c. Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c; ATF 120 V 112 consid. 2c). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.48/05 du 25 avril 2006 consid. 4).

A/1520/2018 - 23/39 - d. La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 138 V 409 consid. 6.2). L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Une brève période 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 (ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa). L'existence d'un lien de connexité temporelle doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels que la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative, ainsi que les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré reçoit pendant une longue période des indemnités journalières de l'assurance-chômage en tant que personne à la recherche d'un emploi qui dispose d'une aptitude entière au placement. On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_714/2017 du 6 septembre 2018 consid. 6.1 et les références citées). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure - en tant que condition du droit aux prestations - se définit d'après l'incapacité de travail, respectivement

la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Pour interrompre la connexité temporelle, une telle activité doit permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 2.2, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 2 et les références citées). La réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente ne suffit pas à interrompre la connexité temporelle. Pour admettre une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative. Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % au moins durant plus de trois mois et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 144 V 58 consid. 4.4 et 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_7/2017 du 4 avril 2017 consid. 4.1 et les références citées). Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie

A/1520/2018 - 24/39 - de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références; ATF 123 V 262 consid. 1c; arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.3). S'agissant de la question de savoir si, malgré la perception d'un salaire, la personne assurée présentait une incapacité de travail notable, singulièrement si elle était encore capable de fournir les prestations requises, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans un autre domaine d'activité pouvant être raisonnablement exigé de sa part, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 45/03 consid. 2.2, in SVR 2005 BVG n° 5 p. 15). Une altération des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse marquée de rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. La fixation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique, sans que celle-ci ne soit corrélée par des observations similaires rapportées par l'employeur de l'époque, ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme correspondant à la réalité, l'engagement à fournir la prestation de travail conformément aux conditions définies contractuellement et le montant du salaire versé en contrepartie ainsi que la teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être envisagée l'éventualité que la situation contractuelle déroge à la réalité. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, sinon quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.4 et les références citées). e. Les maladies évoluant par poussées telles que la sclérose en plaques ou la schizophrénie occupent une place particulière lorsqu'il s'agit d'apprécier la connexité temporelle. Les tableaux cliniques

de ces maladies sont caractérisés par des symptômes évoluant par vagues, avec des périodes alternantes d'exacerbation et de rémission. La jurisprudence essaie de tenir compte de ce fait en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce (Marc HÜRZELER, in LPP et LFLP, 2010, n. 29 ad art. 23 LPP). Des critères trop sévères dans l'appréciation de la connexité temporelle dans les cas de maladies évoluant par poussées conduiraient à ce que l'institution de prévoyance tenue à prestations lorsque la maladie s'est déclarée serait régulièrement appelée à verser les rentes lors

A/1520/2018 - 25/39 - de poussées ultérieures invalidantes, quand bien même l'assuré aurait connu depuis d'assez longues périodes durant lesquelles sa capacité de travail se serait rétablie et aurait été mise en valeur dans le cadre de plusieurs contrats de travail, même brefs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.12/03 du 12 novembre 2003 consid. 3.2.1). En matière de maladies évoluant par poussées, il est toutefois central que la question de l'existence d'une connexité temporelle se pose seulement si la survenance d'une incapacité de travail invalidante pendant la durée de rapport de travail et du rapport de prévoyance pertinent, est suffisamment prouvée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 30 ad art. 23 LPP). Le Tribunal fédéral des assurances avait considéré l'activité lucrative de sept mois d'un assuré souffrant de schizophrénie paranoïde, comme simple tentative de travail, qui ne rompait pas la connexité temporelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.22/99 du 6 août 2001), alors que la rupture du lien avait été admise après une capacité de travail d'une année et demi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.94/00 du 4 mai 2001). Le Tribunal fédéral a également considéré qu'une réinsertion professionnelle durable apparaissait peu probable chez une assurée qui souffrait de troubles schizo-affectifs et chez laquelle était apparue pour la première fois à fin 2004 une limitation persistante et importante de la capacité de travail, étant donné que chaque sollicitation professionnelle entraînait, après un certain temps, à nouveau des symptômes de la maladie sévères avec une importante restriction de la capacité de travail, et ce en dépit d'épisodes où l'assurée présentait une capacité de travail sur une certaine durée. Dans ces conditions, la connexité temporelle (avec l'embauche par l'employeur en 2004) devait être admise, même en présence d'une activité qui avait duré plus de trois mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2013 du 18 février 2014, publié in RSAS 4/14 p. 369). Le Tribunal fédéral a estimé, dans le cas d'un assuré souffrant de schizophrénie paranoïde hallucinatoire chronique, qu'une pleine capacité de travail d'une durée de cinq mois et demi après la survenance d'une première période d'incapacité de travail suffisait à interrompre la connexité temporelle entre cette première incapacité de travail et une deuxième, invalidante, qui était survenue ultérieurement, à plus forte raison que la première période d'incapacité de travail n'avait duré que onze jours et qu'à cette occasion, la schizophrénie avait pour la première fois obligé l'assuré à interrompre son travail alors que le rapport de travail durait depuis plus de cinq ans et demi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_944/2012 du 10 juillet 2013 consid. 2.2). En se référant à cet arrêt, le Tribunal fédéral a récemment considéré, s'agissant d'un assuré souffrant de schizophrénie paranoïde et ayant été hospitalisé du 17 janvier au 29 avril 2007, que le lien de connexité temporelle avait ensuite été interrompu car il avait recouvré une capacité de travail entière durant une période suffisamment longue, soit six mois jusqu'à son hospitalisation le 6 novembre 2007, période pendant laquelle il n'existait pas d'indice d'une incapacité de travail, ni d'un

A/1520/2018 - 26/39 - engagement professionnel qui aurait été lié à des considérations sociales de l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_426/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4.3). 8. a. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). La perte de la capacité de travail doit être d'une certaine importance, ce qui signifie qu'elle doit atteindre 20% au moins (ATF 144 V 58 consid. 4.4.). En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pour le rattachement selon l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 7 ad art. 23 LPP). b. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. Étant donné que le versement d'une rente d'invalidité dépend de la survenance de l'incapacité de travail, la fixation la plus exacte et fiable possible du moment de cette survenance est, au vu de sa portée économique, extrêmement importante. La jurisprudence exige pour cette raison que le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle soit prouvé « en temps réel », c'est-à-dire que la preuve ne peut pas être remplacée par des suppositions et des réflexions commerciales ou médicales spéculatives ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.51/04 du 2 décembre 2004 consid. 5.3), mais doit au contraire résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.62/01 du 24 juin 2002 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.35/00 du 22 février 2002 consid. 1b; Marc HÜRZELER, op. cit. n. 9 ad art. 23 LPP). Une appréciation subséquente et médico- théorique (abstraite) de la capacité de travail ne suffit pas pour fixer la survenance de l'incapacité de travail pertinente selon le droit de la prévoyance professionnelle. Est, en revanche, prépondérant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée durablement, tant du point de vue du droit du travail que de par sa nature (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.61/06 du 23 octobre 2006 consid. 2.2.; RSAS 2007 p. 481). Peu importe le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.90/02 du 23 mai 2003; RSAS 2004 p. 443). En règle générale, il faut que l'employeur ait remarqué une diminution de la capacité de rendement. Exceptionnellement, en fonction du type de trouble et de ses

A/1520/2018 - 27/39 - effets tangibles, une diminution de rendement que l'employeur n'a pas remarquée et qui n'a donc pas été documentée « en temps réel » peut aussi être déterminante, notamment en cas de schizophrénie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_679/2013 du 16 avril 2014 ; publié in RSAS 4/14 p. 372). 9. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308 consid. 1 in fine). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF

129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4), indépendamment même du point de savoir si son règlement reprend la notion d'invalidité de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_738/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1). 10. 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).va 11. a. En l'occurrence, le demandeur a été reconnu invalide à 100% par l'OAI-VD en raison d'une schizophrénie paranoïde (F20.0), de sorte qu'il a été mis au bénéfice d'une rente entière du 1er août 2005 au 28 février 2008, du 1er février au 31 juillet 2009 et à compter du 1er septembre 2009 (décision du 5 janvier 2012). Suite à la procédure de révision d'office du droit à la rente ouverte en novembre 2013, l'OAI-VD a retenu que le droit du demandeur à une rente entière d'invalidité était maintenu (communication du 18 décembre 2014).

A/1520/2018 - 28/39 - Le demandeur est d'avis que la CIEPP est responsable du versement des prestations pour l'invalidité subséquente à son engagement auprès de la K_____, constatée le 18 décembre 2014 par l'OAI-VD au terme de la procédure de révision. Dans la mesure où le demandeur requiert de la part de la CIEPP le versement de prestations d'invalidité seulement à compter du 1er décembre 2014, il ne prétend pas - à juste titre - que cette institution serait tenue au paiement de prestations pour les périodes d'invalidité survenues antérieurement à son engagement auprès de la K_____ (du 1er août 2005 au 28 février 2008, du 1er février au 31 juillet 2009 et du 1er septembre 2009 au 30 juin 2013). Aucune des défenderesses n'ayant reçu les décisions et communications de l'OAI, il y a donc lieu de déterminer la survenance de l'incapacité de travail qui a constitué la cause de l'invalidité constatée le 18 décembre 2014 par l'OAI-VD au terme de la procédure de révision, en procédant à une appréciation du cas au regard des rapports versés au dossier. b. Il résulte des pièces versées à la procédure que le demandeur a, pendant son engagement auprès de F_____ S.A. (du 1er décembre 2007 au 31 juillet 2009) et alors qu'il était affilié auprès de la Fondation collective Swiss Life, été en incapacité de travail totale attestée du 13 février au 15 mai 2009, avec une hospitalisation à la Clinique de la Lignière du 30 mars au 29 avril 2009. La Fondation collective Swiss Life ne conteste pas que l'incapacité de travail, survenue pendant que le demandeur était affilié auprès d'elle, était en lien de connexité matérielle avec l'invalidité reconnue par l'OAI-VD. Elle fait toutefois valoir que l'incapacité de travail déterminante serait survenue antérieurement à l'engagement du demandeur le 1er décembre 2007, et que l'emploi auprès de F_____ S.A. n'a pas interrompu la connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure. Contrairement aux

arguments avancés par la Fondation collective Swiss Life, on rappellera que le Tribunal fédéral a confirmé que le début de l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité n'avait pas eu lieu pendant que le demandeur était assuré en prévoyance professionnelle auprès de la CIA, soit du 1er juillet 2001 au 1er décembre 2002. Le Tribunal fédéral a relevé en outre que le demandeur avait bénéficié d'indemnités de chômage durant deux ans à la suite de son licenciement (jusqu'en novembre 2004), puis qu'il avait occupé un emploi jusqu'en mars 2005, et avait aussi travaillé en tant que salarié pendant quatorze mois (du 1er décembre 2007 au 11 février 2009), périodes pendant lesquelles le Dr G_____ avait admis l'existence d'une capacité de travail. Compte tenu des durées en cause, la connexité temporelle avait été interrompue. Par conséquent, on ne saurait retenir que l'emploi effectué par le demandeur auprès de F_____ S.A. n'a pas interrompu la connexité temporelle entre une éventuelle incapacité de travail qui serait survenue avant son engagement auprès de F_____ S.A. le 1er décembre 2007 et l'invalidité ultérieure.

A/1520/2018 - 29/39 - Il convient dès lors d'examiner si l'incapacité de travail totale survenue pendant l'engagement du demandeur auprès de F_____ S.A. est en lien de connexité temporelle avec l'invalidité entière reconnue par l'OAI-VD à l'issue de la procédure de révision du droit du demandeur à la rente. En d'autres termes, il s'agit d'examiner si l'activité effectuée par le demandeur auprès de I_____ ou auprès de la K_____ a rompu la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue du 13 février au 15 mai 2009 et l'invalidité constatée par l'OAI-VD en décembre 2014. Le demandeur a été engagé en qualité de responsable des ressources humaines auprès de I_____, du 1er août au 31 décembre 2009. Alors affilié auprès de PREVIS, il a présenté une incapacité de travail totale du 27 septembre au 30 novembre 2009. Dès lors que l'amélioration de la capacité de gain du demandeur a duré moins de deux mois, force est de constater qu'elle ne remplit pas les critères permettant de retenir une interruption du rapport de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue lorsque le demandeur était salarié de F_____ S.A. et l'invalidité constatée par l'OAI-VD en décembre 2014. Dès le 1er juillet 2013, le demandeur a repris une activité lucrative pour le compte de la K_____, en qualité de responsable du bureau de contrôle administratif jusqu'au 30 novembre 2014. Dans le cadre de cet emploi, le demandeur a été en incapacité de travail totale du 15 au 29 août 2014, puis à compter du 1er octobre 2014 pour une durée indéterminée. La CIEPP expose que l'activité du demandeur auprès de la K_____, débutée le 1er juillet 2013, n'a pas rompu le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail débutée antérieurement à son engagement, ce que contestent le demandeur et les défenderesses subsidiaires. La chambre de céans relèvera que l'exercice ininterrompu par le demandeur d'une activité lucrative à plein temps en tant que responsable du bureau de contrôle administratif durant une période de plus de treize mois - soit du 1er juillet 2013 au 14 août 2014 - constitue un indice important en faveur de l'interruption du lien de connexité temporelle, que seuls des éléments objectifs pertinents peuvent remettre en cause. En l'espèce, contrairement à ce qu'avance la CIEPP, on ne saurait retenir que cette reprise d'activité relevait d'une tentative de réinsertion. En effet, il ne ressort pas des pièces versées au dossier que le demandeur ait travaillé avec un rendement abaissé, ni que son engagement professionnel aurait été lié à des considérations sociales de la part de l'employeur. Par ailleurs, si le Dr N_____ a certes indiqué le 6 juillet 2015 que le demandeur avait commencé à rencontrer des problèmes professionnels en février 2014, rien ne permet de déduire de cet avis rétrospectif que lesdits problèmes ont entraîné des difficultés de rendement. Au contraire, le courrier de la K_____ du 16 octobre 2014 permet de retenir

que pendant plus d'une année, cet employeur a été satisfait du travail fourni par le

A/1520/2018 - 30/39 - demandeur et que c'est seulement à compter de la mi-septembre 2014, soit plus de quatorze mois après le début de son engagement, qu'il a constaté que les résultats fournis par le demandeur ne répondaient pas à ses attentes. En outre, on relèvera qu'aucun médecin ayant examiné le demandeur avant son engagement auprès de la CSPO n'a retenu que son atteinte psychiatrique excluait toute reprise durable de l'exercice d'une activité lucrative. Au demeurant, le Dr G_____ avait constaté que malgré son atteinte psychique, le demandeur avait présenté des périodes de capacité de travail entière (rapport du 19 juillet 2010). Le fait que cet expert ait estimé qu'en procédant par paliers et progressivement, le demandeur pourrait, au moins partiellement, réintégrer le monde du travail ordinaire, ne suffit pas à retenir que son emploi auprès de la CSPO dès le 1er juillet 2013 devrait être considéré comme une tentative de réinsertion, dès lors que l'avis de ce médecin remonte au mois de juillet 2010, soit trois ans avant l'engagement du demandeur. Par ailleurs, si le Dr D_____ a certes indiqué, le 17 février 2014, que le demandeur présentait une dépression sévère, que son incapacité de travail depuis l'octroi de la rente ne s'était pas modifiée, qu'il n'exerçait pas d'activité lucrative, que le trouble schizo-affectif rendait toute réadaptation difficile et qu'une réadaptation ne serait probablement possible que dans un milieu protégé, la chambre de céans est d'avis que la valeur probante de ces considérations doit être fortement relativisée dans la mesure où ce médecin n'est pas spécialisé en psychiatrie et que contrairement à ce qu'il a indiqué, le demandeur exerçait, à la date de son rapport, une activité lucrative à plein temps depuis plus de sept mois, sans qu'aucun certificat d'incapacité de travail n'ait été établi. Ainsi, contrairement à ce qu'allègue la CIEPP, aucun élément au dossier ne permet de retenir que l'état de santé du demandeur était incompatible avec le poste de responsable du bureau de contrôle administratif auprès de la K_____, puisqu'il a été en mesure de remplir ses obligations professionnelles du 1er juillet 2013 au 14 août 2014, date à partir de laquelle le demandeur a présenté sa première incapacité de travail. Par ailleurs, le fait que dans le cadre de son emploi auprès de la K_____, le stress ait réactivé les troubles de l'humeur du demandeur et entraîné son licenciement, ne saurait être pertinent, contrairement à ce qu'avance la CIEPP lorsqu'elle fait valoir que ce scénario avait déjà été décrit par les Drs D_____ et G_____. En effet, si la nature de l'atteinte psychiatrique dont souffrait le demandeur pouvait certes laisser craindre une éventuelle décompensation, le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'un pronostic défavorable quant à l'évolution de la maladie ne saurait servir de critère pour examiner la question du rapport de connexité temporelle, sauf à poser la présomption qu'une interruption du rapport de connexité temporelle est exclue en présence de certaines maladies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 4.2). La chambre de céans constate ainsi qu'il s'est écoulé une période de plus de treize mois (du 1er juillet 2013 au 14 août 2014) pendant lesquels le demandeur a travaillé

A/1520/2018 - 31/39 - à plein temps, sans qu'une incapacité de travail ne fût constatée en temps réel. Or, une telle période excède la durée déterminante au terme de laquelle on peut généralement admettre une amélioration notable de la capacité de travail, de sorte qu'il y a lieu de retenir que la capacité de gain du demandeur - qui a obtenu un salaire mensuel aussi élevé que ceux réalisés précédemment - a alors été rétablie de manière durable. Cette période de travail à plein temps auprès de la K_____ est ainsi suffisante pour interrompre le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue pendant que le demandeur était affilié auprès de la Fondation collective Swiss Life et celle courant dès le

15 août 2014 (et l'invalidité subséquente). Au demeurant, on rappellera que le Tribunal fédéral a estimé, dans le cas du demandeur, qu'une période de travail pendant quatorze mois auprès de F_____ S.A. était propre à interrompre la connexité temporelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_691/2016 du 7 mars 2017 consid. 4.2) Par conséquent, la Fondation collective Swiss Life ne saurait être tenue pour responsable du versement des prestations pour l'invalidité survenue après que le demandeur ait recouvré une capacité de travail entière du 1er juillet 2013 au 14 août 2014. A fortiori, PREVIS ne peut pas non plus être tenue pour responsable du versement des prestations pour l'invalidité précitée. Il n'est par ailleurs pas contesté par la CIEPP, ni contestable au vu des rapports versés au dossier (rapports du Dr N_____ des 15 décembre 2014 et 6 juillet 2015) que l'incapacité de travail totale présentée par le demandeur du 15 au 29 août 2014 et à compter du 1er octobre 2014 de manière ininterrompue (soit lorsqu'il était salarié auprès de la K_____), était due au trouble schizo-affectif, à savoir la cause de l'invalidité reconnue par l'OAI. Partant, la condition de la connexité matérielle est remplie. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'une incapacité de travail déterminante au sens de l'art. 23 al. 1 LPP est survenue alors que le demandeur était engagé auprès de la K_____, soit du 1er juillet 2013 au 30 novembre 2014. Cela étant, pour déterminer si le demandeur a droit à des prestations d'invalidité en raison de cette incapacité de travail, il convient encore d'examiner s'il avait la qualité d'assuré de la CIEPP pendant cette période, ce que cette dernière conteste. 12. a. Selon l'art. 2 al. 1 LPP, sont soumis à l'assurance obligatoire les salariés qui ont plus de 17 ans et reçoivent d'un même employeur un salaire annuel supérieur à 21'060 francs (état au 1er janvier 2013). L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 10 al. 1 LPP). Le Conseil fédéral définit les catégories de salariés qui, pour des motifs particuliers, ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire (art. 2 al. 4 LPP). L'art. 1j al. 1 let. d (anciennement art. 1 al. 1 let. d) de l'Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP 2 - RS 831.441.1) prévoit que les personnes invalides au sens de l'AI à raison

A/1520/2018 - 32/39 - de 70% au moins, ainsi que les personnes qui restent assurées à titre provisoire au sens de l'art. 26a LPP, ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire. Certaines personnes invalides à raison des deux tiers au moins ont encore la possibilité, par la mise en valeur de leur capacité résiduelle de gain, de réaliser un salaire supérieur à la limite de coordination. De telles personnes, déjà au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité, pourraient ainsi prétendre une rente entière de l'institution de prévoyance. Il s'est donc agi d'éviter qu'une institution de prévoyance ne doive fournir des prestations pour un cas d'assurance survenu antérieurement à l'affiliation. Il eût été contraire, en effet, à un principe fondamental en matière d'assurances de couvrir un risque déjà réalisé (ATF 123 V 262 consid. 2b). En pratique, l'art. 1j al. 1 let. d OPP2 est surtout applicable aux personnes invalides qui tentent de reprendre une activité professionnelle et qui continuent à bénéficier d'une rente (entière) de l'assurance-invalidité, soit parce que l'employeur verse un salaire social - qui ne fait pas partie du revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité - soit parce que l'amélioration ne se maintient pas durant une assez longue période (ATF 118 V 158 consid. 4d). A cet égard, l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a une force contraignante pour les institutions de prévoyance, sauf lorsque cette évaluation est d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308). Il serait contraire au principe d'assurance d'admettre la soumission obligatoire à la LPP de personnes bénéficiant d'une rente d'invalidité entière ; cela aurait également pour conséquence non souhaitable d'élargir le champ d'application matériel de l'assurance

obligatoire. En effet, le versement d'une rente entière d'invalidité se base sur le salaire assuré complet, indépendant du taux de l'invalidité dès une incapacité de gain de 70% (Jacques- André SCHNEIDER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 53 ad art. 2 et les références citées). À l'inverse, l'art. 1j al. 1 let. d OPP 2 ne permet pas d'exclure de l'assurance obligatoire des personnes qui ont été frappées d'une invalidité des deux tiers au moins et qui, ultérieurement, ont recouvré - et mis à profit - leur capacité de gain (cf. art. 14 al. 4 OPP 2). Il en est de même des invalides de naissance ou précoces qui parviennent, par suite de disparition ou de diminution de l'invalidité, à s'insérer dans la vie professionnelle. On rappellera à cet égard que, dans l'assurance obligatoire des salariés en vertu de la LPP, les institutions de prévoyance n'ont pas le droit d'instaurer des réserves qui seraient justifiées par un état de santé déficient de leurs assurés, de telles réserves étant en revanche admissibles dans le domaine de la prévoyance plus étendue, ainsi qu'en matière de prévoyance facultative. Pour que l'on puisse considérer que la capacité de gain d'une personne jusqu'alors invalide s'est améliorée dans une mesure permettant un assujettissement à l'assurance obligatoire, il est nécessaire que cette amélioration ait été d'une certaine durée et qu'aucune aggravation prochaine ne soit à craindre. Sinon, même dans le cas d'atteintes à la santé irréversibles, un engagement temporaire ou une simple

A/1520/2018 - 33/39 - tentative de réadaptation, durant une courte période de rémission de la maladie, suffirait à entraîner une affiliation à l'assurance et, partant, le droit à des prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance. Cette conséquence contredirait à l'évidence le but recherché par l'art. 1j al. 1 let. d OPP 2. On ne saurait au surplus admettre que l'amélioration est réputée durable dès qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, comme le prévoit l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) encore que cette disposition réserve expressément l'hypothèse où une complication prochaine est à craindre. Ce délai de trois mois au-delà duquel la rente de l'assurance- invalidité doit, en principe, être réduite ou supprimée ne peut être appliqué schématiquement quand il s'agit de décider de l'assujettissement d'une personne à la LPP. Pour trancher cette question, on tiendra compte, bien plutôt, des circonstances du cas particulier, notamment de la nature de l'affection, du pronostic du médecin et des motifs qui ont conduit à l'engagement de l'intéressé. Aussi ne saurait-on conclure au rétablissement de la capacité de gain d'une personne invalide lorsqu'une tentative de réinsertion professionnelle, d'une durée même supérieure à trois mois, est essentiellement motivée par des considérations d'ordre social et qu'il apparaît improbable qu'elle aboutisse à une véritable réadaptation (ATF 123 V 262 consid. 2c ; ATF 118 V 166 consid. 4e et les références). b. En l'occurrence, la CIEPP fait valoir que dans la mesure où le demandeur était au bénéfice d'une rente entière AI pendant la durée de son engagement auprès de la K_____, soit du 1er juillet 2013 au 30 novembre 2014, il ne pouvait être assuré à la prévoyance professionnelle obligatoire. Au vu des pièces versées au dossier (cf. courrier de l'OAI-VD du 25 novembre 2013 et décision de l'OAI-VD du 12 septembre 2014) il apparaît que contrairement à ce qu'avance le demandeur, le versement de sa rente d'invalidité n'a effectivement pas été suspendu entre le 1er juillet 2013 et le 30 novembre 2014, malgré sa demande du 15 novembre 2013. Cela étant, force est de constater qu'à compter du 1er juillet 2013, le demandeur, qui exerçait une activité lucrative à plein temps pour un salaire mensuel de CHF 10'000.-, auquel s'ajoutait un 13ème salaire, n'a plus subi de perte de gain de 70% au moins au sens de l'AI, étant rappelé que ses précédents salaires mensuels s'élevaient à CHF 13'387.- (en 2002), à CHF 9'850.83 avec un 13ème salaire (en 2005) et à CHF 11'400.- (en 2009). De surcroît, comme cela a déjà été examiné,

l'amélioration de sa capacité de travail a été durable et son engagement n'a pas été motivé par des considérations d'ordre social. En outre, au moment de son engagement, aucun rapport au dossier ne faisait état d'une aggravation prochaine de son état de santé. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la capacité de gain du demandeur s'est améliorée dans une mesure permettant son assujettissement à la prévoyance professionnelle obligatoire, et ce quand bien même l'OAI a maintenu le droit du demandeur à une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2013 et

A/1520/2018 - 34/39 - pendant la durée de son engagement auprès de la K_____. Par conséquent, le demandeur était affilié auprès de la CIEPP lors de la survenue, le 15 août 2014, de l'incapacité de travail durable déterminante en raison du trouble schizo-affectif, et dont il n'est pas contesté qu'il est la cause de l'invalidité reconnue subséquemment par l'OAI-VD le 18 décembre 2014. Dans ces circonstances, il convient d'admettre que la condition d'assurance posée par l'art. 23 al. 1 LPP est réalisée et que la CIEPP doit verser une rente d'invalidité au demandeur. c. S'agissant de la naissance du droit à la rente d'invalidité obligatoire, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) sont applicables par analogie (art. 26 al. 1 LPP). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail [art. 6 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1)] d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi [art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)]. En l'occurrence, la rente n'a pas été supprimée par l'OAI. Le demandeur ayant à nouveau sollicité de l'OAI-VD le versement de prestations par courrier du 29 septembre 2014, c'est par conséquent à compter du 1er août 2015, soit à l'échéance d'une période d'une année, qu'il a droit à, au moins, une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire (art. 24 al. 1 let. b LPP). 13. a. Il convient encore d'examiner si le demandeur a droit à des prestations de la prévoyance surobligatoire. Le demandeur conclut au versement d'une rente d'invalidité surobligatoire, alors que la défenderesse principale est d'avis que le demandeur n'a droit qu'à la rente d'invalidité minimale obligatoire. Elle fait valoir à cet égard que le demandeur a violé son devoir d'information en omettant de l'informer de son invalidité et qu'il a commis une réticence en répondant de manière incorrecte au questionnaire médical. b. Selon la jurisprudence, dans le domaine de la prévoyance plus étendue, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires; en l'absence de telles dispositions, les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance, par application analogique des art. 4 ss de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908

A/1520/2018 - 35/39 - (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1 ; ATF 130 V 9 consid. 2.1; ATF 116 V 218 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_308/2016 du 17 août 2016 consid. 3.2.2). Les dispositions statutaires et réglementaires déterminantes sont celles

qui étaient en vigueur lors de la conclusion du contrat de prévoyance (arrêt 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1 et les arrêts cités). Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Le proposant est donc tenu de déclarer à l'assureur tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque ; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; ATF 134 III 511 consid.3.3.4). Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3). c. Le règlement de la CIEPP (valable à compter du 1er janvier 2012) prévoit que si l'assuré a omis de répondre ou a répondu inexactly aux questions posées, respectivement s'il est établi que le questionnaire médical et/ou le certificat médical remis à la Caisse est inexact ou incomplet, la Caisse peut se départir du contrat de prévoyance et refuser définitivement de payer la part des prestations d'invalidité et de décès relevant de la prévoyance professionnelle plus étendue. La Caisse informera l'assuré de sa décision dans un délai de 6 mois à partir du moment où elle a eu connaissance avec certitude de la réticence (art. 14 al. 7). Tout fait ayant une incidence sur la couverture d'assurance doit être immédiatement porté à la connaissance de la Caisse par l'assuré ou le pensionné et ses ayants droit, notamment le cas d'invalidité et les modifications du degré d'invalidité (art. 26 al. 1 du règlement). La Caisse peut refuser de verser des prestations si l'assuré, le pensionné ou l'ayant droit n'ont pas respecté leurs devoirs d'information et de transfert de la prestation de sortie à l'entrée de la Caisse. Les prestations légales demeurent réservées (art. 26 al. 2 du règlement).

A/1520/2018 - 36/39 - d. La CIEPP fait valoir que le demandeur a répondu de manière inexacte au questionnaire médical qu'elle a reçu en juillet 2013, étant donné qu'il avait répondu non à la question de savoir s'il avait déjà souffert de troubles dans son état de santé ou s'il avait été en incapacité de travail pour une durée de plus de quatre semaines consécutives pendant les cinq dernières années. Le demandeur, qui admet que la CIEPP n'a eu connaissance des motifs conduisant à invoquer une prétendue réticence que le 14 juillet 2017, fait valoir que l'invocation de celle-ci est tardive, imprécise et donc dénuée d'effet. En l'occurrence, il n'est pas contestable que le demandeur n'a pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation. Par courrier du 4 septembre 2017, la CIEPP a procédé à l'annulation, avec effet rétroactif, de l'assujettissement du demandeur pour la période du 1er juillet 2013 au 28 février 2015, au motif qu'il était invalide à raison de 70% au moins au

sens de l'AI. Elle a par ailleurs relevé la violation par le demandeur de son devoir d'information en cachant l'existence de son invalidité. Il avait en outre commis une réticence en ne répondant pas de manière correcte au questionnaire médical. Tous droits étaient réservés à ce sujet. Force est de constater que la défenderesse principale n'a pas annoncé au demandeur qu'elle se départissait du contrat de prévoyance en raison de la réticence qu'il avait commise. Cela étant, dans la mesure où la CIEPP a procédé, le 4 septembre 2017, à l'annulation de l'affiliation du demandeur, on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir résilié le contrat de prévoyance, puisque celui-ci était, de son point de vue, désormais inexistant. La CIEPP ayant relevé la réticence commise par le demandeur, et réservé tous droits à ce sujet, force est d'admettre qu'elle aurait inmanquablement fait valoir la résiliation du contrat dans son courrier du 4 septembre 2017 – soit dans le délai de six mois prévu par son règlement - si elle n'avait pas annulé rétroactivement l'assujettissement du demandeur. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le demandeur n'a pas droit à des prestations d'invalidité surobligatoires. 14. a. Le demandeur conclut à ce que la CIEPP soit condamnée à lui verser « le montant correspondant aux prestations dues, à préciser en cours d'instance ». b. L'art. 73 al. 1 LPP ne permet pas au juge de la prévoyance professionnelle de renvoyer la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision à l'institution de prévoyance, une telle mesure étant exclue dans une procédure caractérisée précisément par l'absence de décision (ATF 129 V 450 consid. 4.2). Compte tenu de la maxime de disposition, il est laissé à l'appréciation du demandeur de définir l'objet du litige qu'il entend soumettre au tribunal compétent en matière de prévoyance professionnelle. Lorsque, comme c'est généralement le cas, la demande en justice se limite à faire valoir un droit à des prestations

A/1520/2018 - 37/39 - obligatoires et/ou surobligatoires quant à leur principe, le tribunal n'a pas la possibilité d'étendre le litige aux points qui n'en font pas partie, à savoir la quantification des prestations en CHF des prétentions qu'il a admises le cas échéant. Selon l'art. 73 al. 2 LPP, il doit établir les faits d'office seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la demanderesse. La maxime inquisitoire ne saurait servir à étendre le litige à des points qui ne font pas l'objet de la demande. En revanche, lorsque les prestations déduites en justice sont chiffrées, le tribunal compétent *ratione materiae* doit se prononcer sur le début et le montant des prestations qu'il admet puisque ces éléments font alors partie du litige (ATF 129 V 450 consid. 3.2 et 3.3). Lorsque le tribunal cantonal saisi a rendu une décision sur la prétention litigieuse réclamée uniquement quant à son principe et qu'il ne s'agit plus que de calculer les prestations dues, on ne voit pas pourquoi – indépendamment du fait que la quantification des prestations ne fait pas partie de l'objet de la contestation – le tribunal saisi devrait procéder à des calculs dont il n'a pas été question au départ. Il appartient plutôt à l'institution de prévoyance – qui, contrairement au juge, dispose de tous les moyens nécessaires y compris informatiques – de déterminer le montant des prestations dues en fonction de l'issue de la procédure judiciaire. Une telle façon de procéder est conforme aux principes de simplicité et de célérité de la procédure prévus à l'art. 73 al. 2 LPP. Il convient également de prendre en compte le fait que les institutions de prévoyance sont chargées de l'exécution de tâches de droit public et qu'elles sont placées sous la surveillance de l'État. Il leur incombe par ailleurs d'appliquer la maxime inquisitoire et de s'en tenir au respect des droits fondamentaux garantis par la Constitution (ATF 129 V 450 consid. 3.4). Dans le cas concret, le demandeur n'a pris de conclusions chiffrées contre la défenderesse principale dans aucune de ses écritures, de sorte que la chambre de céans n'a pas à quantifier le montant des prestations dues par la CIEPP. 15. a. Le demandeur conclut à

l'octroi, par la défenderesse principale, d'intérêts moratoires à 5% l'an dès le 1er juillet 2016 (p. 8 de sa demande). b. En matière d'intérêts moratoires en prévoyance professionnelle, en l'absence d'une disposition réglementaire particulière s'appliquant à l'institution de prévoyance concernée, il convient d'appliquer les art. 102 et suivants du CO (arrêt du Tribunal fédéral 9C_222/2014 du 6 mai 2014 consid. 2), et l'institution de prévoyance est tenue de verser un intérêt moratoire à partir du jour de la poursuite ou du dépôt de la demande en justice sur le montant dû (ATF 137 V 373 consid. 6.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_731/2016 du 14 juillet 2017 consid. 6). À défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% conformément à l'art. 104 al. 1 CO. c. En l'occurrence, la défenderesse principale est tenue de verser au demandeur un intérêt moratoire à partir du 8 mai 2018, date à laquelle la chambre de céans a été saisie, sur les rentes échues à cette date et dès la date de leur exigibilité pour les

A/1520/2018 - 38/39 - rentes échues postérieurement à la demande en justice, le taux de l'intérêt étant fixé à 5 % en l'absence de disposition réglementaire sur ce point (cf. règlements de la CIEPP en vigueur dès le 1er janvier 2017 et dès le 1er janvier 2019). 16. Compte tenu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse principale et rejetée pour le surplus ; le demandeur ayant droit, de la défenderesse principale, à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire dès le 1er août 2015, majorée d'un intérêt moratoire de 5 % dès le 8 mai 2018. 17. Contrairement aux autres branches des assurances sociales, la législation en matière de prévoyance professionnelle ne contient aucune disposition relative à la fixation des dépens pour la procédure devant le tribunal cantonal désigné pour connaître des litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 73 al. 2 LPP). Il appartient par conséquent au droit cantonal de procédure de déterminer si et à quelles conditions il existe un droit à une indemnité de dépens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_590/2009 du 26 mars 2010, consid. 3.1). Selon l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative (LPA ; RSG E 5 10), une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause, étant précisé que le terme recourant vise l'assuré, soit également le demandeur (arrêt du Tribunal fédéral 4A_382/2008 du 12 novembre 2008). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA – E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.-. Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/565/2018 du 21 juin 2018). En l'espèce, au vu du nombre d'échanges d'écritures et de leur pertinence, il se justifie d'allouer une indemnité de CHF 5'000.- au demandeur à titre de dépens, à charge de la défenderesse principale. 18. Les défenderesses subsidiaires concluent à l'octroi de dépens. Or, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociales fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4a). Ces conditions ne sont pas réalisées en l'espèce, de sorte que les défenderesses subsidiaires ne peuvent se voir allouer une telle indemnité. 19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA). * * * * *

A/1520/2018 - 39/39 - 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.