

GE_GERICHTE ATAS/854/2020 vom 13. Oktober 2020

GE Cour de justice, 2020-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_854_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/854/2020 du 13 octobre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/854/2020 del 13 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y

A/4052/2017 - 19/43 - compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité repose sur le principe des trois piliers (art. 111 Cst.). Les prestations du premier pilier (assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale et prestations complémentaires) doivent couvrir les besoins vitaux des personnes assurées de manière appropriée (art. 112 al. 2 let. b Cst.), alors que les prestations du deuxième pilier (prévoyance professionnelle) doivent permettre aux personnes assurées de maintenir de manière appropriée leur niveau de vie antérieur (art. 113 al. 2 let. a Cst.; voir également art. 1 al. 1 LPP). Il incombe au troisième pilier (prévoyance individuelle) de compléter les mesures collectives des deux premiers piliers selon les besoins personnels. Les institutions de prévoyance qui participent à l'application du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (art. 48 al. 1 LPP) doivent respecter les exigences minimales fixées aux art. 7 à 47 LPP (art. 6 LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP; Message à l'appui de la LPP, FF 1976 I 127 ch. 313 et 314; ATF 131 II 593 consid. 4.1 et les références).

E. 4

a. Selon l'art. 23 let. a LPP, les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ont droit à des prestations d'invalidité. b. L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 10 al. 1

LPP). L'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP). Le moment de la dissolution des rapports de travail est celui où, juridiquement, les rapports de travail ont pris fin, conformément aux règles des art. 334 ss CO, c'est-à-dire en principe à l'expiration du délai légal ou contractuel de congé. Peu importe la date à laquelle le travailleur, effectivement, a quitté l'entreprise (ATF 121 V 280 consid. 2b et les références de jurisprudence et de doctrine). À teneur de l'art. 335b CO, pendant le temps d'essai, chacune des parties peut résilier le contrat de travail à tout moment moyennant un délai de congé de sept jours ; est considéré comme temps d'essai le premier mois de de travail (al. 1). Des

A/4052/2017 - 20/43 - dispositions différentes peuvent notamment être prévues par accord écrit ; toutefois, le temps d'essai ne peut dépasser trois mois (al. 2). L'art. 336c CO, portant sur le sort d'une résiliation en temps inopportun, notamment pendant une maladie, ne s'applique qu'après le temps d'essai selon le texte clair de la disposition. c. À teneur de l'art. 10 al. 3 LPP, durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente. En l'espèce, selon le contrat de travail du 21 décembre 2015, le temps d'essai est porté à trois mois. Par courrier recommandé du 10 mars 2016, l'employeur a licencié l'assuré avec effet au 20 mars 2016. Quand bien même l'assuré a été en incapacité de travailler pour cause de maladie dès le 11 mars 2016, les rapports de travail ont pris fin le 20 mars 2016. Cela étant, conformément à l'art. 10 al. 2 let. b LPP, la couverture d'assurance avec la défenderesse a, quant à elle, cessé le 20 avril 2016.

E. 5

Ceci étant précisé, il y a désormais lieu de déterminer la date à laquelle est survenue l'incapacité de travail du demandeur et si la connexité matérielle et temporelle est donnée.

a. 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).

Ce n'est pas l'apparition de troubles comme telle qui constitue l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP mais bien la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance due à l'affection invalidante (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 2/02 du 27 mai 2002 consid. 3b), VSI 1998 p. 126 consid. 3c). b. Par incapacité de travail, il faut entendre la perte ou la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activités habituelles (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références).

A/4052/2017 - 21/43 - Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 75/01 du 6 février 2003 consid. 2.2). Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance, dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail (BRÜHWILER, Kommentar zum Einzelarbeitsvertrag, 2ème éd., 1996, n. 9 ad art. 324a CO ; FAVRE / MUNOZ / TOBLER, Le contrat de travail, 2001, n. 1.13 ad art. 324a CO ; REHBINDER, Schweizerisches Arbeitsrecht, 14ème éd., 1999, n. 81), dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références). c. Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle lorsque l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit à l'époque à l'incapacité de travail. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre la pathologie entraînant l'incapacité de travail et les troubles qui ont pour conséquence une invalidité n'est en revanche pas déterminante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 42/02 du 11 février 2003, consid. 2.2). La connexité temporelle implique, quant à elle, qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité adaptée pendant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4 p. 62) et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 p. 27; arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2). Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. II

A/4052/2017 - 22/43 - convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 93/02 du 3 mai 2004, consid. 2.1 ; ATF 138 V 409 consid. 6.3 et l'arrêt cité). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale doit dès lors être comparée au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 48/05 du 25 avril 2006, consid. 4). d. S'agissant plus particulièrement d'une atteinte psychique « réactionnelle », le

Tribunal fédéral des assurances a considéré, à plusieurs reprises que même s'il était établi que les problèmes physiques avaient participé à la genèse d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie, cela ne modifiait en rien le fait que ladite atteinte psychique (secondaire) n'était pas identique aux affections physiques qui avaient entraîné l'incapacité de travail ayant mené à la perte d'emploi et à la sortie du cercle des assurés de l'institution de prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 68/06 du 31 août 2007 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/06 du 22 novembre 2006 consid. 4 et les références citées). Dans un arrêt du 26 mars 2013, le Tribunal fédéral a en revanche considéré qu'il convenait d'admettre que même si à l'époque de l'affiliation à l'institution de prévoyance, une personne présentait une incapacité de travail de 30 % due avant tout à une fibromyalgie, le fait que des symptômes dépressifs concomitants aient évolué, après la fin des rapports de prévoyance, en un épisode dépressif moyen (F32.1) à l'origine d'une incapacité de travail de 60 % pour raisons psychiques – et d'un trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité – n'empêchait pas d'admettre une connexité matérielle sur le plan psychique ; il n'était pas décisif, à cet égard, que les symptômes dépressifs n'aient atteint le degré d'un épisode dépressif moyen qu'après la fin de la couverture d'assurance dès lors qu'ils étaient constitutifs d'une atteinte psychique, ayant valeur de maladie, qui s'était déjà manifestée pendant les rapports de prévoyance et avait eu une influence reconnaissable sur le cours de la maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2012 du 26 mars 2013 consid. 4.2 à 4.4 ; Marc HÜRZELER, in SCHNEIDER, GEISER, GÄCHTER [éd.], *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, BVG und FZG*, 2ème éd. 2019, n. 28 ad art. 23 LPP).

E. 6

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

A/4052/2017 - 23/43 - (ATF 138 V 409 consid. 3.1, ATF 126 V 308 consid. 1 in fine ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 45/03 du 13 juillet 2004, consid. 2). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance- invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (voir notamment ATF 138 V 409 consid. 3.1, ATF 118 V 35 consid. 2b/aa, 115 V 208 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral B 140/06 du 27 mars 2007 consid. 2). Toutefois, même dans leur sphère de compétences propres, les institutions de prévoyance ne jouissent pas d'un pouvoir discrétionnaire. Si elles définissent, dans leurs statuts ou leurs règlements, l'événement assuré ou l'invalidité de manière autonome, elles doivent, dans l'interprétation de ces notions, prendre en compte le sens retenu dans les autres branches du droit des assurances sociales ou selon les principes

généraux du droit. Les institutions de prévoyance sont ainsi libres dans le choix de la notion de l'invalidité et de l'événement assuré, mais elles doivent les appliquer de manière uniforme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié B 57/02 du 19 août 2003, consid. 3.3). b. L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (RS 831.20 – LAI), n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; ATF 129 V 73).

E. 7

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en A/4052/2017 - 24/43 - vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 7 al. 2 LPGA inclut ainsi le principe d'exigibilité dans la notion d'invalidité. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. Si la médecine actuelle repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie (qui ne considère pas cette dernière comme un phénomène exclusivement biologique ou physique mais comme le résultat de l'interaction entre des symptômes somatiques et psychiques ainsi que l'environnement social du patient), le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'entend à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore nullement l'importance récente de ce modèle bio-psycho-social dans l'approche thérapeutique de la maladie. Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a néanmoins lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait une telle exigibilité lorsque celle-ci se fonde avant tout sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Concrètement, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à

la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

A/4052/2017 - 25/43 - l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Ce n'est que si des facteurs psychosociaux et socioculturels causent une atteinte à la santé, que ce soit en contribuant au maintien de cette dernière ou en aggravant les conséquences – indépendamment des facteurs étrangers à l'invalidité – qu'ils peuvent indirectement fonder l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2007 du 13 février 2008 consid. 2.2 in fine et les arrêts cités). En ce sens, les interactions entre les troubles physiques et psychiques et l'environnement social sont prises en compte, quoique dans une moindre mesure que selon le modèle des maladies bio-psycho-sociales (SVR 2008 IV n° 6 p. 15 consid. 5.4). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, moyennant, au besoin, un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

E. 8

a. Dans sa jurisprudence antérieure au 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse – rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement – qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPG (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid.

4.2). Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur

A/4052/2017 - 26/43 - l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2). b. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoforme douloureux à tous les troubles psychiques. (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

E. 9

S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé »

A/4052/2017 - 27/43 - 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie

et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé le plus tôt possible sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

A/4052/2017 - 28/43 - facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la

personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

A/4052/2017 - 29/43 - niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 10

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/4052/2017 - 30/43 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

A/4052/2017 - 31/43 - f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler

qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 11

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

E. 12

a. En l'espèce, le demandeur réclame une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse en se fondant sur la décision de l'OAI du 16 mai 2017. Pour sa part, la défenderesse refuse de prester, faute de connexité matérielle et temporelle. b. Il n'est pas contesté que les rapports de travail du demandeur auprès de C_____ ont commencé le 1er février 2016 et ont pris fin le 20 mars 2016. Le demandeur n'ayant pas été engagé par un nouvel employeur à l'expiration du

A/4052/2017 - 32/43 - délai d'un mois à compter du 21 mars 2016, il est resté assuré auprès de la défenderesse jusqu'au 20 avril 2016 inclus, pour les risques de décès et d'invalidité (art. 10 al. 3 LPP). c. Selon l'art. 18.2 du règlement de prévoyance, un degré d'invalidité défini par l'AI pour le champ d'activité est repris obligatoirement pour la détermination du degré d'invalidité. Si l'AI ne fixe pas de degré d'invalidité, on se basera sur les critères en vigueur selon la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) (art. 16 LPG). Un changement du degré d'invalidité entraîne un changement des prestations à la date d'effet fixée par l'AI. La chambre de céans constate ainsi que la notion d'invalidité adoptée par la défenderesse principale correspond à celle de la LAI, ce que les parties ne contestent du reste pas. Par conséquent, compte tenu du fait que la décision de l'OAI a été notifiée à la

défenderesse principale en tant qu'institution de prévoyance concernée et qu'elle est entrée en force sans avoir été attaquée, ni par le demandeur ni par la défenderesse, la décision de l'assurance-invalidité lie cette dernière, en déployant ses effets contraignants aussi en matière de prévoyance professionnelle obligatoire, ceci sous réserve d'une inexactitude manifeste (ci-dessus : consid. 6a). d. Par décision du 16 mai 2017, l'OAI a reconnu le demandeur invalide à 100 % et l'a mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1er mars 2017. La décision ne précise toutefois pas quelles atteintes il a prises en considération. Il ressort des pièces produites que ce sont une insuffisance rénale dialysée sur polykystose rénale et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission partielle qui ont motivé le dépôt de la demande de prestations du 31 août 2016 et il peut être supposé que ce sont ces mêmes atteintes qui ont motivé l'octroi d'une rente entière (rapport du Dr E_____ du mois de septembre 2016 et avis cellule de tri, signé par la Dresse K_____, du 30 septembre 2016). La couverture d'assurance ayant cessé le 20 avril 2016, seule une incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif et/ou d'une insuffisance rénale, ayant débuté avant cette date, peut imposer à la défenderesse le paiement d'une rente d'invalidité. En d'autres termes, pour que la défenderesse soit tenue de prêter, l'une et/ou l'autre de ces deux atteintes doivent avoir entraîné une incapacité de travail née avant la fin de la couverture d'assurance le 20 avril 2016 (ci-dessus : consid. 5c).

E. 13

août 2016 du Dr E_____ et des rapports des 12 avril 2016 et 16 juin 2016 du Dr G_____ – ces deux derniers rapports mentionnant respectivement une « amélioration clinique de [l']état dépressif n'impliquant pas une amélioration de [la] capacité de travail pour l'instant » et, à deux mois et quatre jours d'intervalle, un « état clinique [...] qui s'est considérablement aggravé [...] parallèlement à la péjoration de [l']état somatique » – qu'on est, à partir du 30 mai 2016, « face à une nouvelle affection assortie de ses conséquences », l'expert J_____ considère au contraire que la décompensation liée à l'affection rénale ne constitue pas une maladie distincte d'un point de vue psychiatrique mais « une aggravation d'une maladie psychique préexistante (à diagnostiquer comme un trouble de l'adaptation), avec une chronicisation des symptômes anxio-dépressifs qui, au-delà de six mois, ont été à redéfinir comme un épisode dépressif » (cf. rapport d'expertise du Dr J_____ du 20 novembre 2017, p. 17). Dans son ordonnance ATAS/1165/2019 du 17 décembre 2019, la chambre de céans a toutefois considéré qu'elle ne pouvait pas se fonder sur les conclusions du Dr J_____, notamment parce que cet expert n'était pas à même d'expliquer si les hospitalisations du demandeur à la Clinique de Montana en avril-mai 2018 puis à nouveau en février-mars 2019 modifiaient ses conclusions, s'agissant du recouvrement d'une capacité de travail entière du demandeur dès le 1er avril 2018. Même si les conclusions de cet expert revenaient à admettre une connexité matérielle et temporelle entre l'affection psychique incapacitante apparue le 10 mars 2016 et l'invalidité survenue le 1er mars 2017, la chambre de céans n'en a pas moins estimé que le rapport d'expertise du 20 novembre 2017 du Dr J_____ ne permettait notamment pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur la durée du droit à la rente. En effet, l'augmentation progressive de la capacité de travail attestée par cet expert – 50 % dès la réalisation de l'examen (13 novembre A/4052/2017 - 34/43 - 2017) et ce jusqu'au 28 février 2018, 80 % du 1er au 31 mars 2018 et 100 % dès le 1er avril 2018 – résultait d'une appréciation qu'il avait faite avant deux admissions du demandeur à la Clinique de Montana (en avril-mai 2018 et février-mars 2019), sans que le Dr J_____ ne soit en mesure d'indiquer, dans son complément

d'expertise du 14 juin 2019, si ces séjours hospitaliers de l'intéressé, qu'il n'avait plus revu ni réexaminé après le 13 novembre 2017, lui permettaient de réévaluer son pronostic quant à une reprise totale du travail dès « fin février 2018 » (recte : dès le 1er avril 2018).

S'agissant des autres rapports versés au dossier, le rapport d'expertise du 14 avril 2016 du Dr H_____ ne permettait pas, dans la mesure où il portait une appréciation sur l'état de santé du demandeur au mois d'avril 2016, soit avant l'aggravation de l'état somatique, et non pas au 1er mars 2017 (date de la survenance de l'invalidité retenue par l'OAI), de se prononcer sur l'existence d'une connexité tant matérielle que temporelle. Pour toutes ces raisons, la chambre de céans a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Prof. L_____.

E. 14

juin 2019, la teneur des rapports d'hospitalisation de la Clinique de Montana (avril/mai 2018 et février/mars 2019), contrairement à l'expert judiciaire, qui relève leur caractère « suffisamment explicite pour signaler la gravité de l'état clinique sur un plan psychiatrique » (rapport d'expertise du 10 avril 2020, p. 29, dernier §). b/bb. Dans un second moyen, la défenderesse soutient en substance que les clarifications apportées par le Prof. L_____ dans son complément d'expertise du 2 août 2020 révéleraient une contradiction, en ce sens que l'expert ne saurait conclure à l'existence d'un rapport de connexité matérielle et temporelle tout en admettant « qu'en l'absence de la péjoration thymique de juin 2016 qui correspond à l'installation d'un épisode dépressif moyen en lien avec l'aggravation de son état néphrologique, [le demandeur] aurait dû retrouver sa capacité de travail [...] dès le 01.01.17 » (complément d'expertise du 2 août 2020, p. 2). La chambre de céans est d'avis qu'une telle affirmation procède d'une lecture biaisée des explications complémentaires données par l'expert. Ce dernier réaffirme en effet que le trouble de l'adaptation a muté « vers un épisode moyen en juin 2016 » et que les symptômes du trouble de l'adaptation, qui n'avaient pas connu de période de récupération ad integrum, ne permettaient pas de différencier, sur un plan qualitatif, un trouble de l'adaptation d'une dépression moyenne, soulignant ainsi la continuité des symptômes jusqu'à la survenance de l'invalidité – et même au moins jusqu'au jour de l'expertise. Sur ce point décisif, la situation ne diffère donc guère de celle examinée dans l'arrêt 9C_484/2012 précité puisqu'il importe peu, selon le Tribunal fédéral, que des symptômes dépressifs n'aient atteint le degré d'un épisode dépressif moyen qu'après la fin de la couverture d'assurance dès lors qu'ils étaient constitutifs d'une atteinte psychique, ayant valeur de maladie, qui s'était déjà manifestée pendant les rapports de prévoyance et avait eu une influence reconnaissable sur le cours de la maladie (cf. ci-dessus : consid. 5d). On ajoutera encore que l'aggravation des traits de la personnalité narcissique du demandeur, (devenus trouble de la personnalité en 2018) qui, selon les constatations de l'expert L_____, contribue à fixer au long cours les symptômes dépressifs (ci-dessus :

A/4052/2017 - 37/43 - consid. 14a) ne fait pas non plus obstacle à l'affirmation selon laquelle l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit, à l'époque des rapports de prévoyance, à l'incapacité de travail (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 3/03 du 31 décembre 2003 consid. 2.2 pour un cas et une appréciation similaire). Au vu de ces éléments, la défenderesse ne saurait être suivie en tant qu'elle soutient que l'épisode dépressif moyen, apparu en juin 2016, et induit par l'aggravation néphrologique survenue à la fin mai 2016, constituerait une affection distincte du trouble de l'adaptation initial et qu'il y aurait donc lieu d'examiner uniquement le cours

que le trouble de l'adaptation aurait suivi indépendamment de la survenance de l'aggravation néphrologique. On ajoutera à cet égard que le raisonnement tenu par la défenderesse équivaudrait à séparer entièrement le trouble psychique du trouble somatique et donc à faire abstraction de l'évolution réelle du premier des deux (cf. Marc HÜRZELER, in op. cit., pp. 361- 362, n. 28-29 ad art. 23 LPP), ce qui ne saurait être fait dès lors qu'il ressort clairement de l'expertise du Prof. L_____ – non remise en cause sur ce point par la défenderesse dans ses observations du 28 août 2020 – que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité s'est déclarée pour des raisons psychiques à l'époque des rapports de prévoyance. En outre, l'expert illustre à quel point ce ne sont pas seulement les troubles néphrologiques et les troubles psychiques qui sont intriqués mais aussi les seconds entre eux. En effet, il indique, en lien avec l'aggravation néphrologique et les dialyses qui s'en sont suivies, que « l'atteinte à l'intégrité corporelle, le sentiment d'impasse face à une maladie qui le rend dépendant d'une machine ont amené une généralisation du vécu dépressif qui ne se fixe plus uniquement sur le licenciement abusif à ses yeux, mais touche l'intégrité du Moi et sa présence dans le monde comme dans un épisode dépressif classique » (cf. rapport d'expertise du 10 avril 2020, p. 32). Dans ces circonstances, et puisque les parties ne requièrent pas d'autres mesures d'instruction de nature médicale et qu'elles se sont prononcées l'une et l'autre sur le complément d'expertise du 2 août 2020, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves (ci- dessus : consid. 11b), de remettre la cause à plaider ou d'impartir un délai en vue du dépôt d'écritures finales des parties.

E. 15

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe une connexité matérielle entre l'atteinte à la santé psychique, ayant valeur de maladie, qui a conduit, le 10 mars 2016, à une incapacité de travail, et l'atteinte à la santé psychique qui fonde à elle seule l'invalidité totale (cf. ci-dessus : consid. 13a et 14a). Cette connexité est également temporelle dès lors qu'une première manifestation d'un trouble de l'adaptation entre 2011 et 2012 s'est conclue par un « retour à la normale », sanctionné par une capacité de travail entière dès le 1er janvier 2013 (cf. le certificat du Dr D_____ du 28 janvier 2013 ; pièce 74 demandeur). On ajoutera qu'en s'inscrivant au chômage le 28 janvier 2014, peu avant la fin des rapports de travail avec B_____ (31 janvier 2014), le demandeur a manifesté qu'il disposait d'une capacité de travail entière (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_714/2017 du 6

A/4052/2017 - 38/43 - septembre 2018, consid. 6.2.1), circonstance confirmée notamment par les formations qu'il a suivies en qualité de chômeur (cf. pièces 76 à 78 demandeur). En d'autres termes, s'il ne ressort pas des pièces versées au dossier, en particulier des constatations de l'expert judiciaire que le demandeur n'aurait pas retrouvé, entre le 1er janvier 2013 et le 9 mars 2016, une capacité de travail d'au moins 80 % durant plus de trois mois (ci-dessus : consid. 5c), il en va différemment de l'incapacité de travail survenue le 10 mars 2016, celle-ci s'étant maintenue sans discontinuer jusqu'à la survenance de l'invalidité le 1er mars 2017 et même au moins jusqu'au 11 mars 2020, date du dernier entretien du demandeur avec le Prof. L_____. Il s'ensuit que la compétence de la défenderesse ne prête pas à discussion.

E. 16

a. Au vu des considérants qui précèdent, il convient de constater que la condition d'assurance posée par l'art. 23 LPP est réalisée. Selon l'art. 24 al. 1 LPP, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI (let. a), à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins (let. b), à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins (let. c), à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (let. d). En matière de prévoyance plus étendue, l'art. 20.2.1 du règlement de prévoyance de la défenderesse reprend l'échelonnement des rentes d'invalidité tel qu'il est prévu à l'art. 24 al. 1 LPP. En ce qui concerne le début et la fin du droit aux prestations, l'art. 26 al. 1 LPP prévoit que les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Aux termes 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 LPGA) 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. En matière de prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance sont libres de fixer le début du droit aux prestations d'invalidité en dérogation à l'art. 26 al. 1 LPP. À cet égard, il est admissible – et fréquent en pratique – de prévoir, par voie réglementaire, un délai d'attente de trois ou vingt-quatre mois (Marc HÜRZELER, in op. cit., p. 411, n. 4-5 ad art. 26 LPP). Selon l'art. 20.5 du règlement de prévoyance de la défenderesse, le droit à la rente d'invalidité naît au plus tard à l'un des moments suivants : (i) au début du droit à la rente selon l'AI, (ii) à la fin de l'obligation faite à l'employeur de maintenir le paiement du salaire ou du droit à l'indemnité journalière en cas de maladie d'au moins 80 % du salaire en cas d'incapacité totale de travail, financée par moitié au

A/4052/2017 - 39/43 - moins par l'employeur, (iii) à l'échéance du délai d'attente fixé dans le règlement de la caisse. Selon l'art. 7.4.2 du règlement de la caisse de prévoyance de C_____, le délai d'attente précédant le droit aux rentes d'invalidité s'élève à vingt-quatre mois, conformément à l'art. 20.5 du règlement de prévoyance. En ce qui concerne la date du paiement, l'art. 24.1 du règlement de prévoyance de la défenderesse dispose que les rentes sont payées mensuellement d'avance. Si le début du droit à la rente ne coïncide pas avec le 1er jour du mois, il sera payé une rente au prorata. b. En l'espèce, l'OAI a retenu que le demandeur présentait une incapacité de travail depuis le mois de mars 2016, début du délai d'attente d'un an, et a octroyé une rente entière d'invalidité et une rente pour enfant dès le 1er mars 2017. Il convient cependant de tenir compte de la naissance, le 30 décembre 2018, du deuxième enfant du demandeur, événement donnant droit à une seconde rente pour enfant le premier jour du mois de la naissance de celui-ci (cf. Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], n. 16 ad art. 35 LAI). Par conséquent, le demandeur doit être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité correspondant au minimum LPP à compter du 1er mars 2017, puis d'une rente d'invalidité de la prévoyance étendue à l'échéance du délai d'attente de vingt-quatre mois, soit dès le 1er mars 2018. Selon le certificat de prévoyance du demandeur au 1er février 2016, la rente d'invalidité selon la LPP s'élève à CHF 16'062.- par an, soit CHF 1'338.50 par mois et la rente réglementaire à CHF 29'963.- par an, soit CHF 2'496.90 par mois. À cela s'ajoute, à partir du 1er mars 2017, la première rente d'enfant d'invalide à hauteur de CHF 3'212.- par an, soit CHF 267.65 par mois pour le minimum LPP, montant porté à CHF 3'596.- par an, soit CHF 299.65 par mois, dès le 1er mars 2018, pour la rente réglementaire. Étant donné

que le délai d'attente de vingt-quatre mois précédant le versement de la rente réglementaire était déjà échu au moment de la naissance du deuxième enfant, ce dernier ouvre directement le droit à une rente d'enfant d'invalidité de CHF 3'596.- par an, soit CHF 299.65 par mois dès le 1er décembre 2018. En ce qui concerne les intérêts, l'art. 7.6 du règlement de prévoyance de la défenderesse dispose que le retard pour les prestations en rente est régi par l'art. 105 CO. Le taux d'intérêt correspond au taux d'intérêt minimal LPP. L'art. 105 al. 1 CO prévoit que le débiteur en demeure pour le paiement d'intérêts, d'arrérages ou d'une somme dont il a fait donation, ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice.

A/4052/2017 - 40/43 - En l'espèce, aucune poursuite n'a été initiée à l'encontre de la défenderesse. La demande en justice ayant été déposée le 5 octobre 2017, des intérêts moratoires ne peuvent pas être octroyés avant cette date, ni dépasser 1 %, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral pour la période à partir du 1er janvier 2017 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. j de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [OPP 2] du 18 avril 1984 – RS 831.441.1). Il s'ensuit que des intérêts ne sont dus qu'au plus tôt dès le 5 octobre 2017. À la lumière des conclusions amplifiées du demandeur du 27 mai 2020, le montant des prestations qui lui sont dues se présente ainsi comme suit : Période demandeur enfant 1 enfant 2 arriérés 03/2017 à 10/2017 8 x CHF 1'338.50, soit CHF 10'708.- 8 x CHF 267.65, soit CHF 2'141.20 -.- CHF 12'849.20 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 5 octobre 2017 11/2017 à 05/2020 4 x CHF 1'338.50 (de 11/2017 à 02/2018), soit CHF 5'354.- 4 x CHF 267.50 (de 11/2017 à 02/2018), soit CHF 1'070.-

--

CHF 87'324.55 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 15 février 2019 (terme moyen)
27 x CHF 2'496.90 (de 03/2018 à 05/2020), soit CHF 67'416.30 27 x CHF 299.65 (de 03/2018 à 05/2020), soit CHF 8'090.55

E. 18

Le demandeur, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la chambre de céans fixera en l'espèce à CHF 4'500.- (art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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.