

GE_GERICHTE A/1846/2015 vom 17. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1846_2015

FR: GE_GERICHTE A/1846/2015 du 17 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE A/1846/2015 del 17 luglio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à NYON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE demandeur défendeur reconventionnel contre FONDATION COLLECTIVE LPP DE L'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SUR LA VIE, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN défenderesse demanderesse reconventionnelle EN FAIT 1. Monsieur _____ (ci-après l'assuré ou le demandeur ou le défendeur reconventionnel), né en 1966, est au bénéfice d'un diplôme d'employé de commerce obtenu en 1987 et a été actif auprès de différents employeurs. A compter de 1997, il a travaillé en tant que comptable auprès de B_____ SA (de mai 1997 à novembre 2000) et de C_____ SA (de février 2001 à mars 2003).! [endif]>! [if> 2. Dès le 1^{er} avril 2003, l'assuré a travaillé comme comptable chez D_____ SA.! [endif]>! [if> 3. En 2007, l'assuré a perçu un salaire s'élevant à CHF 95'800.-. ! [endif]>! [if> 4. Le 17 novembre 2007, l'assuré a résilié son contrat de travail avec effet au 31 janvier 2008.! [endif]>! [if> 5. Du 2 au 29 mai 2008, l'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de Prangins. ! [endif]>! [if> 6. Par rapport du 25 juin 2008, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la doctoresse F_____, médecin stagiaire, ont diagnostiqué une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète (F20.04). L'assuré avait été adressé par le médecin de garde en raison d'un délire de persécution paranoïaque. L'assuré avait rapporté un épisode psychotique aigu à l'âge de 20 ans, sans hospitalisation, ni traitement médicamenteux. Il avait été suivi par un psychiatre en ambulatoire de septembre 2000 à juin 2001. L'épisode était extrêmement floride avec d'intenses idées délirantes de persécution, des idées de référence, d'idées mystiques associées à la perception d'hallucinations tactiles, visuelles ainsi qu'une angoisse importante. Il aurait fait plusieurs décompensations dans le passé, sans faire appel à un professionnel. Il avait toujours pu se maintenir et fonctionner en société. Malgré la haute dose de Zyprexa, il persistait une symptomatologie à bas bruits de méfiance, de délire de persécution, d'empoisonnement et de pensées imposées. Le traitement à la sortie était du Zyprexa 25mg/j. et de l'Indéral 10 mg/j.! [endif]>! [if> 7. En août 2008, l'assuré s'est inscrit au chômage avec une pleine aptitude au placement et un délai-cadre a été ouvert du 28 août 2008 au 27 août 2010. ! [endif]>! [if> 8. En septembre 2008, l'assuré a perçu des indemnités de chômage.! [endif]>! [if> 9. En septembre/octobre 2008, l'assuré a travaillé chez G_____ SA.! [endif]>! [if> 10. De novembre à décembre 2008, l'assuré a perçu des indemnités de chômage.! [endif]>! [if> 11. Dès le 15 janvier 2009, l'assuré a travaillé à 80% en tant que comptable à Genève auprès du H_____ ci-après H_____) pour un salaire annuel de CHF 68'900.-. Il était, à ce titre, affilié à la FONDATION COLLECTIVE LPP DE L'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SUR LA VIE (ci-après la Fondation collective ou la défenderesse ou la demanderesse reconventionnelle).

12. Le 26 février 2009, l'assuré a complété une demande d'admission à la Fondation collective. A la question "avez-vous dû interrompre votre travail lors des 3 dernières années pour des raisons de santé durant plus de 2 semaines complètement ou partiellement?", l'assuré a répondu par la négative. En cas de réponse positive, il lui appartenait de remplir un questionnaire médical.

13. La Fondation collective a établi un certificat d'assurance au 1^{er} mai 2009 selon lequel l'assuré avait droit à une rente annuelle d'invalidité en cas de maladie de CHF 15'153.- (part LPP) et de CHF 17'984.- (total), avec un délai d'attente de 24 mois.

14. Du 6 au 24 juillet 2009, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de la Lignière, Unité de psychiatrie, où un trouble psychotique non spécifié et un trouble de l'adaptation de type anxio-dépressif réactionnel à une surcharge professionnelle ont été notamment diagnostiqués. Par rapport du 27 juillet 2009, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que le motif de l'hospitalisation était une aggravation d'une apraxie au travail avec fatigue, anhédonie, aboulie, la présence d'idées noires transitoires, un découragement global et un désintérêt devant tous les domaines d'activités extraprofessionnelles s'accompagnant de la reprise d'un épisode subdélirant mystique transitoire. L'assuré, qui avait été traité ambulatoirement pour une décompensation psychotique à l'âge de 20 ans, était comptable depuis 6 mois dans une entreprise où il avait débuté une activité professionnelle bien investie depuis son hospitalisation d'office en mai 2008. Il décrivait des troubles du sommeil lors de la diminution du traitement médicamenteux, ressentant de grandes angoisses avec des réveils matinaux précoces et devant la crainte d'un désinvestissement social complet, il avait demandé l'hospitalisation. Celle-ci était indiquée également pour éviter des surstimulations, appréhender la réalité des fluctuations de l'humeur chez un patient connu par ailleurs pour une dépendance au cannabis anamnétique stoppée il y avait plusieurs années. Il souhaitait par ailleurs diminuer sa consommation de cigarettes et avoir un temps de réflexion pour une activité professionnelle différente. Le médecin a expliqué qu'en présence d'une inhibition, d'un ralentissement dans l'expression verbale, d'une sensation de fatigue malgré des habilités sociales conservées, de l'absence de troubles du contenu de la pensée, d'un syndrome hallucinatoire ou délirant, la possibilité de contact maintenue dans ses interactions avec les autres patients, le faisaient orienter vers un état séquellaire d'un trouble psychotique survenu à l'âge de 20 ans et en 2008 chez un patient pour qui les critères d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde lors de ce court séjour n'avaient pas permis de trancher. Le diagnostic différentiel entre un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive suite à une surcharge professionnelle subjective, avec l'amorce d'une rechute d'un syndrome psychotique manifesté par un état subdélirant de quelques heures plus ou moins concomitant à la baisse progressive du traitement neuroleptique, voire d'une symptomatologie d'allure dépressive réactionnelle à l'utilisation du neuroleptique, restait encore à faire. C'était la raison pour laquelle le médecin avait proposé de continuer le traitement dans le but d'éviter une décompensation nette de type psychotique. L'incapacité de travail était totale du 6 au 31 juillet 2009.

15. Après son hospitalisation, l'assuré a démissionné et les rapports de travail ont pris fin le 14 août 2009.

16. Selon un certificat de travail du 9 septembre 2009, H_____ a indiqué que le travail de l'assuré consistait à seconder le chef comptable dans les diverses tâches comptables et fiscales de la société, ce qu'il avait accompli de manière consciencieuse et méticuleuse.

17. Dès le 1^{er} octobre 2009, l'assuré a été engagé comme chauffeur à environ 50% pour la Fondation J_____ et était, à ce titre, affilié au Fonds de prévoyance des EMS.

18. Le 8 décembre 2009, l'assuré a

sollicité auprès de la Fondation collective le transfert de sa prévoyance professionnelle en faveur du Fonds de prévoyance des EMS et il a indiqué qu'au moment de sa sortie de service, il jouissait d'une pleine capacité de travail.![endif]>![if> 19. Dès le 4 janvier 2010, l'assuré a été en incapacité de travail totale, et dès le 7 janvier 2010, l'assuré a été hospitalisé durant trois semaines à l'Hôpital psychiatrique de Prangins. ![endif]>![if> 20. Le 8 février 2010, la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant, a indiqué que l'assuré souffrait d'une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète (F20.04). Son incapacité de travail était totale.![endif]>![if> 21. Dès le 10 février 2010, l'assuré a recouvré une capacité de travail de 20% et dès le 15 février 2010 de 50%. ![endif]>![if> 22. Le 12 mars 2010, la Fondation J_____ a mis fin au contrat de travail avec effet au 30 avril 2010. ![endif]>![if> 23. Le 24 mars 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en raison d'une décompensation psychotique de type schizophrénique.![endif]>![if> 24. Par rapport du 1 er avril 2010, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à l'Hôpital psychiatrique de Prangins, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en janvier 2010 en raison d'une rechute de la symptomatologie psychotique dans un contexte de schizophrénie paranoïde identifiée et traitée depuis 2008. Il avait fait une décompensation psychotique liée à une couverture insuffisante de son traitement neuroleptique et à des facteurs de stress environnementaux. Le premier épisode de décompensation psychotique avait eu lieu à l'âge de 20 ans et il y aurait eu une résolution spontanée de la maladie. Une seconde décompensation psychotique floride avait eu lieu en mai 2008 qui avait nécessité les premiers soins intensifs en hôpital. Un signalement à l'OAI était judicieux.![endif]>![if> 25. Par rapport du 14 mai 2010 à l'OAI, la Dresse K_____ a diagnostiqué une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète (F20.04) au moins depuis mai 2008. Elle suivait l'assuré depuis le 4 juin 2008. Il avait fait une première crise à l'âge de 20 ans ne nécessitant pas d'hospitalisation. La première crise grave avait eu lieu en 2008. Celle-ci et celle de 2010 répondaient bien au traitement médicamenteux mais entraînaient un ralentissement cognitif. L'assuré s'était fait licencier pour manque de productivité. Son rendement était réduit en raison de la fatigabilité et d'un trouble de la concentration.![endif]>![if> 26. Le 25 mai 2010, l'OAI a indiqué que l'assuré avait travaillé plusieurs années dans la comptabilité avant de travailler en tant que chauffeur en 2009-2010. Rétroactivement, on pouvait considérer que l'assuré n'était déjà pas bien au moment de changer d'orientation, de sorte qu'il convenait de tenir compte de son activité de comptable pour déterminer son revenu sans invalidité. Selon l'assuré, il avait été diagnostiqué schizophrène à l'âge de 20 ans et il avait pu fonctionner pendant plusieurs années sans problème jusqu'en 2008. Cette année-là, alors qu'il était en année sabbatique (signe précurseur que ça n'allait pas très bien), il avait fait une décompensation et avait passé un mois à l'hôpital. Depuis lors, il avait fait trois séjours à l'hôpital. Il avait pu retrouver un travail dans la comptabilité, mais il n'avait pas pu y rester longtemps en raison de la pression. Il était sous médication et les effets secondaires ne l'avaient pas aidé à garder ce travail. Il avait ensuite travaillé comme chauffeur, mais les conditions stressantes l'avaient fait décompenser. Il ne se sentait pas prêt à travailler à 100%, mais dans un travail à un taux réduit et dans de bonnes conditions, il pensait pouvoir y arriver.![endif]>![if> 27. Par rapport du 29 novembre 2010, le docteur M_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a retenu une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète . Le début de l'incapacité de travail durable était fixé en juillet 2009 et la capacité de travail était de 60% depuis juin 2010 dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient un ralentissement

psychomoteur, des troubles de la concentration et de la fatigabilité. L'assuré avait présenté une première décompensation psychotique à l'école de recrue, qui se serait résolue spontanément. En mai 2008, il avait fait une rechute délirante floride qui avait nécessité une première hospitalisation et l'introduction d'un traitement neuroleptique. La symptomatologie délirante allait s'estomper. Il reprendra initialement son activité de comptable, puis trouvera un poste de chauffeur de minibus dans un EMS, dont il sera licencié en avril 2010 à la suite d'une nouvelle décompensation psychotique avec hospitalisation en janvier 2010. En mai 2010, sous traitement, la situation était stabilisée, avec toutefois des symptômes négatifs résiduels, sous forme de ralentissement, fatigabilité et troubles de la concentration. La capacité de travail était de 60% dans toute activité.

28. Par décision du 18 juillet 2011, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2010. Il présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis juillet 2009, date à partir de laquelle le début du délai d'attente d'une année était fixé. A l'échéance de ce délai, l'incapacité de travail était de 40% dans l'activité habituelle, entraînant un degré d'invalidité de 53%. Le droit à la demi-rente était né le 1^{er} octobre 2010, soit six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Cette décision n'a pas été adressée à la Fondation collective.

29. L'OAI a mis en place des mesures d'aide au placement qui n'ont pas abouti.

30. Par rapport du 10 mai 2012, la Dresse K_____ a indiqué que l'assuré n'était plus capable de travailler.

31. Le 11 juin 2012, l'assuré a sollicité une révision de sa rente.

32. Par rapport du 14 septembre 2012, la Dresse K_____ a relevé qu'en raison de la schizophrénie paranoïde, l'assuré présentait un trouble de l'attention, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité et une procrastination. Aucune activité ne pouvait être exigée.

33. Le 29 janvier 2013, le SMR a retenu une incapacité de travail totale dès le 10 mai 2012 en raison d'un ralentissement psychomoteur, une apragmatie, des troubles de l'attention et de la concentration dus à la schizophrénie paranoïde.

34. Dès le 1^{er} août 2012, le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu (décision de l'OAI du 22 avril 2013). Cette décision n'a pas été adressée à la Fondation collective.

35. Le 8 mai 2014, l'assuré a sollicité du Fonds de prévoyance des EMS le versement des prestations d'invalidité.

36. Le 19 mai 2014, l'assuré a informé la Fondation collective qu'il était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité (par décision du 18 juillet 2011) et d'une rente entière depuis le 1^{er} août 2012 et que l'institution de prévoyance de son dernier employeur refusait d'entrer en matière. Il se voyait dès lors contraint de mettre en œuvre la responsabilité de la Fondation collective, étant précisé que la caisse de pension de D_____ SA pouvait être responsable vu qu'il avait quitté cette société pour prendre une année sabbatique, dite décision étant possiblement déjà due à des problèmes de santé.

37. Le 1^{er} septembre 2014, l'OAI a transmis le dossier de l'assuré à la Fondation collective.

38. Par pli du 19 février 2015, Allianz Suisse Société d'assurances sur la Vie (ci-après Allianz Suisse), au nom de la Fondation collective, a refusé de verser les prestations d'invalidité. Selon elle, l'incapacité de travail déterminante à l'origine de l'invalidité était survenue en 2008. L'activité commencée le 15 janvier 2009 devait être considérée comme une mesure de réadaptation professionnelle qui avait échoué en raison de son état de santé antérieur. Par ailleurs, l'assuré aurait dû annoncer son hospitalisation du 2 au 29 mai 2008 en remplissant le formulaire d'admission. Or, il avait répondu négativement à la question posée. L'Allianz Suisse se voyait donc contrainte, au nom de la Fondation collective, de faire valoir, dans les délais, la violation par l'assuré de son obligation de renseigner lors de son entrée auprès de

CHI. 39. Le 2 mars 2015, l'assuré a contesté cette position. 40. Par acte du 29 mai 2015, l'assuré, représenté par son conseil, a déposé une demande de paiement à l'encontre d'Allianz Suisse, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit constaté qu'il a droit, dès le 1^{er} octobre 2010, aux prestations d'invalidité légales et réglementaires, à la condamnation de la défenderesse au paiement de CHF 67'877.- avec intérêts à 5% l'an à compter du jour du dépôt de la demande et au paiement, dès le 1^{er} juillet 2015, d'une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'498.70, sous réserve d'indexation, payable d'avance et trimestriellement. Le demandeur a fait valoir que l'OAI avait retenu le mois de juillet 2009 comme début de l'incapacité de travail de longue durée dont la cause était à l'origine de l'invalidité, période pendant laquelle il était assuré auprès de la défenderesse. Avant le mois de juillet 2009, il n'avait jamais été entravé dans sa capacité de travail en raison de sa pathologie. L'incapacité de travail déterminante ne remontait pas à mai 2008 puisqu'il avait eu ensuite une pleine capacité de travail durant quasiment une année. Il avait été jugé pleinement apte au placement et avait perçu des indemnités de chômage d'août 2008 à janvier 2009, sous réserve du mois d'octobre 2008 durant lequel il avait travaillé. Puis, il avait travaillé de mi-janvier 2009 au 6 juillet 2009 à 80% pour H_____ en qualité de comptable, soit quasiment pendant 6 mois. Son hospitalisation le 6 juillet 2009 marquait le début de l'incapacité de travail de longue durée dont la cause était à l'origine de l'invalidité. Son emploi en tant que chauffeur à 50% se situait nettement en deçà de ses compétences tant sous l'angle de la fonction que du taux d'activité. Par ailleurs, le demandeur contestait avoir commis une réticence puisque lors de son hospitalisation en mai 2008, il n'avait pas dû interrompre un quelconque travail. Il avait donc droit aux prestations réglementaires. Sur la base du certificat d'assurance au 1^{er} mai 2009, il avait droit à une demi-rente LPP du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2011 (CHF 5'682.40), à une demi-rente réglementaire du 1^{er} juillet 2011 au 31 juillet 2012 (CHF 9'741.30) et à une rente entière réglementaire du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2015 (CHF 52'453.30), soit un total d'arriérés de rentes de CHF 67'877.- au moins, majoré d'un intérêt de 5% dès le dépôt de la demande. Enfin, dès le 1^{er} juillet 2015, il avait droit à une rente mensuelle de CHF 1'498.70 au minimum, payable trimestriellement et par avance, sous réserve d'indexation. 41. Le 4 juin 2015, le demandeur a indiqué que la demande était dirigée contre la Fondation collective. 42. Par réponse du 30 juillet 2015, la défenderesse a conclu au déboutement du demandeur, sous suite de frais de la procédure. Il était clair que l'incapacité de travail était survenue en mai 2008 et que l'activité exercée depuis janvier 2009 devait être qualifiée de tentative de réinsertion. La défenderesse n'était pas liée par les constatations de l'OAI s'agissant du début de l'incapacité de travail durable, qui étaient manifestement erronées. Par ailleurs, la réticence était fondée et le montant des prestations était contesté, étant précisé qu'un délai de 24 mois devait être pris en considération. 43. Par réplique du 24 août 2015, le demandeur a fait valoir qu'il n'était pas établi que la crise de schizophrénie survenue en mai 2008 ait été à l'origine d'une perte durable de la capacité de rendement dans son domaine d'activité. Il avait perçu des indemnités de chômage dès septembre 2008 et non dès novembre 2009. Le fait que son emploi chez H_____ ait été moins bien rémunéré que le précédent n'était pas déterminant et il avait été pleinement apte à travailler jusqu'au mois de juillet 2009. La période de chômage de six mois et cette période de travail avaient indubitablement interrompu le lien de connexité temporelle avec l'hypothétique période d'incapacité de travail de mai 2008. 44. Par duplique du 2 octobre 2015, la défenderesse a fait valoir que si le demandeur avait été employé en mai 2008, il aurait eu un certificat d'incapacité de travail.

Son travail chez G_____ SA n'avait été qu'une tentative de travail et les indemnités de chômage perçues pendant deux mois n'y changeaient rien. Contrairement à ce qu'avancait le demandeur, le fait que sa rémunération dès janvier 2009 ait été plus basse était décisif car cela démontrait que son état de santé avait déjà une influence sur sa capacité de travail. Il n'était ainsi pas pleinement apte à travailler au moment de commencer son emploi auprès de H_____ et il n'avait pas reçu des indemnités de chômage pendant 6 mois. Par ailleurs, dans la lettre du 19 mai 2014, le conseil du demandeur avait expliqué que la décision de quitter D_____ SA pour prendre une année sabbatique était possiblement déjà due à des problèmes de santé. Il était clair que l'invalidité était survenue en mai 2008 au plus tard, voire pendant l'année sabbatique.![endif]>![if> 45. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a transmis le dossier de l'assuré.![endif]>![if> 46. Les parties ont indiqué ne pas avoir de remarques particulières à faire sur le dossier OAI. ![endif]>![if> 47. Lors de la comparution personnelle des parties le 29 août 2016, le demandeur a notamment expliqué que la décision de partir de chez D_____ SA avait été prise environ six mois après le décès de son père. Il avait pour projet un voyage à pied et l'écriture d'un livre. Lorsqu'il avait fini d'écrire le livre, début mai 2008, il avait subi une décompensation psychotique. L'emploi chez D_____ SA lui plaisait beaucoup, il devait à terme remplacer le directeur financier. Le demandeur a indiqué qu'il avait fait sa première crise de décompensation à l'âge de 20 ans. Toutefois, de 20 à 42 ans, il avait vécu tout à fait normalement. Il avait cependant eu à subir de nouvelles crises pendant cette période, mais il n'était pas suivi médicalement et il gérait sa problématique tout seul. Personne de son entourage, privé ou professionnel n'avait jamais rien remarqué à ce sujet. A son souvenir, au moment où il avait pris sa décision de quitter D_____ SA, il était dans une période où il se sentait irritable, mais personne de son entourage, professionnel en particulier, ne lui avait jamais fait la moindre remarque à ce sujet. Pour lui, ce départ était définitif. Il a précisé que déjà au mois de juin 2008, il avait été séduit par une annonce de l'entreprise H_____, avec laquelle il avait eu des contacts en vue d'une embauche. C'était d'ailleurs ce contact qui lui avait donné l'envie de retravailler. Comme les choses n'avançaient pas rapidement, il s'était inscrit au chômage dès le mois d'août 2008, et avait trouvé rapidement un job auprès de G_____ SA. On ne lui avait jamais reproché le moindre comportement inadéquat chez cette entreprise. Les informations concernant les perspectives d'avenir de la société ne lui plaisaient pas beaucoup et avaient motivé son départ. A la question de savoir pour quelles raisons il avait accepté de réduire son salaire qui était de l'ordre de CHF 100'000.- chez D_____ SA, à un salaire de l'ordre de CHF 70'000.- chez H_____, le demandeur a expliqué que l'annonce de cette société l'avait séduit, y compris dans l'idée de pouvoir disposer d'un jour par semaine de congé. Sur le plan privé, il était seul et c'était aussi un poste où il était amené à faire de la comptabilité. C'est pour toutes ces raisons qu'il avait accepté cet emploi, d'autant plus qu'il se trouvait à l'époque dans un certain confort financier après avoir réalisé une vente immobilière. Il a rajouté que malgré les crises dont il avait parlé précédemment, entre 20 et 42 ans, il n'avait jamais été empêché de travailler, ni n'avait subi le moindre arrêt de travail en lien avec les faits remontant à l'âge de 20 ans. L'arrêt de travail de trois semaines chez H_____ en 2009 était son premier arrêt de travail depuis son entrée dans la vie active.![endif]>![if> 48. Le 31 août 2016, le demandeur a produit le rapport établi le 25 juin 2008 par le Dr E_____ et la Dresse F_____ suite à son hospitalisation du 2 au 29 mai 2008.![endif]>![if> 49. Par écriture du 30 septembre 2016, la défenderesse a conclu, préalablement, à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise, principalement, au déboutement du demandeur, sous suite de frais et dépens, et subsidiairement, dans

l'hypothèse où elle serait condamnée à verser une rente d'invalidité, à ce qu'il soit ordonné au demandeur de lui transférer toute prestation de sortie ou de libre passage dont il est bénéficiaire auprès de toute institution de prévoyance. Elle a fait valoir qu'elle n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité retenue par l'assurance-invalidité, s'agissant notamment du principe, du taux et du début du droit. L'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité était survenue bien avant le début de l'engagement du demandeur par H_____. Il ne faisait pas de doute que l'affection psychiatrique à l'origine de l'invalidité alors que le demandeur était affilié à la défenderesse, soit une schizophrénie paranoïde, était la même que celle qui s'était manifestée antérieurement tant durant son activité chez D_____ SA que chez G_____ SA et que durant sa période sabbatique. L'hospitalisation avait à l'évidence entraîné une incapacité de travail d'au minimum un mois, même si le demandeur n'avait pas d'emploi à ce moment-là. Le critère de la connexité matérielle était par conséquent rempli. Le fait que le demandeur ait été en mesure de débiter un nouveau travail le 15 janvier 2009 et d'exercer une activité durant moins de six mois n'était pas déterminant. Ce nouvel engagement devait être considéré comme une tentative de reprise d'une activité lucrative qui s'était rapidement soldée par un échec. En réalité, le demandeur n'était pas apte, au vu de son trouble psychique, à exercer l'activité pour laquelle il avait été engagé. Preuve en était que le diagnostic de schizophrénie paranoïde en rémission incomplète avait été posé en mai 2008 et que la notion de rémission incomplète avait été confirmée lors de l'hospitalisation en juillet 2009. Une amélioration durable n'était donc pas envisageable. Cela était confirmé par les déclarations du demandeur puisqu'il avait décrit à l'OAI que la période depuis 2008 était difficile, avec trop de pression. Il était sous médication et les effets secondaires, soit le ralentissement et la somnolence, ne l'avaient pas aidé à garder son emploi. Ces limitations fonctionnelles avaient d'ailleurs été confirmées par la Dresse K_____. Vu la nature de l'affection psychique et l'anamnèse, un recouvrement durable de la capacité de gain dès le 15 janvier 2009 n'était jamais apparu comme étant objectivement vraisemblable. D'ailleurs, la capacité de travail était passée de 100% à 80% chez H_____, puis à 50% à la Fondation J_____. Il ne s'était donc pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail, avec pour conséquence que le critère de la connexité temporelle était réalisé. L'incapacité de travail déterminante était donc bien survenue avant le début de l'engagement du demandeur par H_____. C'était donc à bon droit que la défenderesse avait refusé de prester. Par ailleurs, lors de sa demande d'admission à la prévoyance professionnelle, le demandeur avait totalement tu le fait qu'il souffrait de décompensation psychotique depuis l'âge de 20 ans, qu'il avait été hospitalisé du 2 au 29 mai 2008, le genre de diagnostic posé et le traitement mis en place. Le demandeur avait répondu négativement à la question de savoir s'il avait dû interrompre son travail lors des trois dernières années pour des raisons de santé durant plus de deux semaines complètement ou partiellement. Or, le fait qu'au moment de son hospitalisation en 2008 il n'exerçait pas d'activité professionnelle n'était pas relevant. Quelle que soit l'activité qu'il exerçait alors, il avait dû, incontestablement, du fait de son hospitalisation durant un mois, interrompre son "travail". Vu les dispositions du règlement de prévoyance, 2^{ème} partie, dispositions générales du règlement (DGR), édition 01.2009 (ci-après le règlement), il ne pouvait taire son hospitalisation, d'autant plus au regard du diagnostic de schizophrénie paranoïde posé pour la première fois alors qu'il avait 20 ans et dont on sait qu'il s'agit d'une maladie qui évolue par poussées. Il avait incontestablement omis de déclarer des faits déterminants pour l'appréciation du risque qu'il connaissait ou devait connaître. La défenderesse avait donc fait valoir, dans les délais, la violation de l'obligation de renseigner. Elle était ainsi fondée à

refuser toute prestation dans le domaine de la prévoyance étendue. Le demandeur pouvait au maximum bénéficier d'une rente annuelle d'invalidité de CHF 15'153.-. S'agissant du début du droit aux prestations, la naissance du droit à la rente en matière de prévoyance professionnelle obligatoire avait débuté le 1^{er} octobre 2010 et celle du droit à la rente dans la prévoyance professionnelle surobligatoire, le 1^{er} juillet 2011. Le total des prestations arriérées au 30 juin 2015 était de CHF 67'877.-. Des intérêts moratoires n'étaient dus qu'à compter du 29 mai 2015 (date du dépôt de la demande en paiement) et selon le taux d'intérêt minimal LPP, soit notamment 1,75% en 2015 et 1,25% en 2016. Enfin, dans l'hypothèse où la défenderesse devrait être condamnée à verser une rente d'invalidité, elle concluait à ce qu'il soit ordonné au demandeur de transférer la prestation de sortie, respectivement la prestation de libre passage dont il est bénéficiaire auprès de toute institution de prévoyance.

50. Le 19 octobre 2016, le demandeur a fait valoir notamment que l'incapacité de travail durable avait déjà fait l'objet d'une procédure complète dans le cadre du dossier de l'OAI.

51. Le 7 février 2017, la chambre de céans a entendu la Dresse K_____, laquelle a notamment confirmé suivre le demandeur en ambulatoire depuis juin 2008. Lorsqu'elle avait rencontré le demandeur pour la première fois le 4 juin 2008, il n'était manifestement pas capable de travailler. Elle ne savait pas si cela était dû au fait qu'il était en rémission incomplète à ce moment-là, mais en tout état, cela était dû au fait qu'il était à l'époque sous traitement de Zyprexa 25 mg. A cette dose-là, le sujet ne peut pas travailler. Il s'agissait d'une première crise, qui était survenue tardivement et de façon brutale, laquelle présentait un bien meilleur pronostic qu'une crise arrivant progressivement. Dans le cas d'espèce, tout était réuni pour pouvoir formuler un excellent pronostic. Ainsi, d'accord avec son patient, elle avait donc pu réduire assez rapidement le médicament, car en effet le but du demandeur était de pouvoir reprendre une activité professionnelle le plus vite possible.

S'agissant de l'engagement du demandeur à 80 % dès le mois de janvier 2009, elle ne se souvenait plus si c'était un taux que l'employeur lui aurait proposé ou si c'était un choix délibéré de sa part. Toujours est-il que d'un côté, le médecin s'était dit que c'était bon signe, par rapport à son état, qu'il commence à travailler à ce taux-là, mais personnellement, elle aurait plutôt proposé un début progressif, d'abord à 50 %. Au départ, ce qui n'avait rien d'étonnant pour quelqu'un qui avait arrêté de travailler pendant un moment, le demandeur disait qu'il pensait « ne pas y arriver ». Elle lui avait alors prescrit un petit tranquillisant léger (Xanax). Dans les premiers contacts, en février, il lui disait qu'il pensait qu'il lui faudrait de trois à six mois pour se sentir vraiment à l'aise dans son travail, tout en lui précisant que dans l'ambiance de l'entreprise, il se sentait bien. Elle avait noté à mi-février qu'il se sentait très apprécié au travail, et le 24 février, qu'il était bien à l'aise dans cette activité, aussi bien que dans l'entreprise. De temps en temps, il lui disait être content de son travail, et à d'autres moments, il était un peu plus critique. Elle pensait que le demandeur devait avoir le sentiment de ne pas avoir le même rendement qu'avant son hospitalisation de 2008, mais d'un autre côté, sachant qu'il était apprécié dans son entreprise, elle partait de l'idée qu'il devait tout de même fournir un bon travail. Ce sentiment qu'il devait avoir devait être lié au fait que son traitement de Zyprexa était toujours en cours, de sorte qu'il devait le fatiguer un peu, voire le limiter un peu. Ceci dit, et s'agissant du Xanax, elle avait pu le supprimer assez rapidement. Pour le témoin, les choses s'étaient poursuivies normalement dans le cadre de cet emploi, sans problème particulier sur le plan de son état de santé. En fait, les choses s'étaient terminées car il avait donné son congé. S'agissant du séjour du demandeur à la Clinique de la Lignière, le témoin a précisé qu'il ne s'était rien passé de particulier à ce moment-là qui ait nécessité une hospitalisation

pour des motifs psychiatriques, mais elle avait noté dans son dossier que le demandeur souhaitait arrêter de fumer et qu'il lui avait dès lors fait part de son souhait d'être hospitalisé à la Lignière pour mieux y parvenir. Cet aspect avait été spontanément mis en avant par lui, mais elle concevait, par rapport à d'autres notes qu'elle avait prises, qu'il y avait chez lui à ce moment-là une volonté de se mettre temporairement à l'abri, pour réfléchir notamment à son futur, dans un contexte protégé et encadré. Certes, sous motifs d'hospitalisation, on retrouvait cette sorte de lassitude momentanée qu'il avait par rapport à son travail, de sorte que l'on se trouvait plus dans le cadre d'une période avec état dépressif d'intensité modérée. Mais cela ne l'empêchait pas de travailler ; peut-être y avait-il quelques idées délirantes, mais totalement compatibles avec son travail, où encore une fois il se sentait relativement bien. A ce stade, et en relisant la description qui est faite du patient dans le rapport de sortie de la Clinique de la Lignière, le témoin n'avait pas du tout la même impression que celle qui était décrite, d'être en présence de quelqu'un qui est décrit comme schizophrène paranoïde. Elle pensait que le demandeur avait eu l'intelligence, assez rapidement, de bien se connaître et de savoir identifier l'approche de crises et la manière de les résoudre, en se mettant à l'écart pour ensuite revenir normalement au travail. Elle avait elle-même pu observer qu'il avait en effet tendance à se mettre à l'écart ou de côté, lorsqu'il percevait ce genre de baisse de régime. Selon le témoin, l'hospitalisation de 2010 n'avait rien à voir avec celle de 2009. En revanche, on devait la mettre en relation avec celle de 2008, car la symptomatologie était identique. C'était la seule fois, ce mois de janvier 2010, qu'elle l'avait véritablement vu dans un état compatible avec les diagnostics qu'elle avait pu lire dans les rapports d'hospitalisation. Elle n'aurait en effet jamais pu suspecter des symptômes pouvant la conduire à un tel diagnostic. Lorsque le demandeur était sorti de l'hôpital en 2008, il était cassé par les médicaments, avec un regard hagard. Il n'y avait donc aucun trouble visible et donc aucun diagnostic à poser dans ces conditions. Malgré la baisse des médicaments, elle n'avait jamais, avant janvier 2010, remarqué le moindre comportement ou signes inconscients qui pouvaient indiquer un possible diagnostic dans ce contexte-là. Si elle ne l'avait pas vu dans l'état où il s'est trouvé en janvier 2010, elle n'aurait jamais pu se ranger à un tel diagnostic. Lorsqu'elle évoquait dans ses rapports une diminution de rendement due aux médicaments, elle évoquait un certain ralentissement, une diminution de productivité, parfois même des troubles de la concentration, critères qui pouvaient avoir des conséquences par rapport à certains métiers, comme contrôleur aérien ou grutier, pour prendre ces exemples, mais qui étaient parfaitement compatibles avec une activité quasi normale dans d'autres professions. Par rapport à la démission du demandeur en 2009, il lui avait parlé de cette idée avant son hospitalisation à la Lignière, mais il ressortait des notes du témoin que son travail avait repris assez rapidement après sa sortie, de sorte que la question avait manifestement dû se poser après son hospitalisation à la Lignière. En reprenant ses notes et le rapport médical de la Lignière, elle constatait que pendant cette hospitalisation, les médecins de la clinique n'avaient pas augmenté le Zyprexa, qui était resté à la dose prescrite avant cette hospitalisation. Ils l'avaient même diminué à la sortie, ce qui pour le témoin montrait bien que l'on pouvait mener une vie normale, même avec parfois des idées bizarres. A la sortie de la Lignière, et après avoir repris le travail, le patient était dans un bon état d'esprit par rapport à son travail, sinon qu'elle avait noté, en août, qu'il était toujours aussi peu satisfait de son travail, et avait noté « démission ? ». Après son départ de H_____ et après qu'il ait repris un travail dans l'EMS, le patient se trouvait bien au départ, il était très content, jusqu'à un événement le 26 janvier 2010, qui concernait la nécessité d'embarquer des résidents dans un véhicule qui n'était pas adapté, selon lui, et qui

présentait des risques pour les passagers. Cet incident avait précipité le malaise qui avait conduit à sa nouvelle hospitalisation. 52. Le 7 février 2017, la chambre de céans a également entendu la Dresse F_____ qui a confirmé être l'auteur du rapport du 25 juin 2008, qui avait été relu, corrigé et validé par le chef de clinique mentionné. Elle a expliqué notamment que le diagnostic posé était un diagnostic à la sortie d'hospitalisation. Par rémission incomplète, on devait comprendre qu'il semblait persister, au moment du retour à domicile, des symptômes à bas bruit, surtout du type méfiance, idées de persécution, d'empoisonnement et de pensées imposées. Lorsque dans l'anamnèse, elle évoquait un épisode psychotique aigu lors du service militaire, elle faisait en cela référence aux propos que le demandeur avait tenus par rapport à son passé, et en fonction des symptômes qu'il décrivait, ils avaient traduit ceux-ci comme un probable épisode psychotique aigu à l'époque. Pour poser le diagnostic retenu à la sortie, soit celui de schizophrénie paranoïde, un certain nombre de symptômes devaient être observés : des symptômes de psychose, soit de délires, d'hallucinations, qui devaient être présents pendant au moins un mois, mais également d'autres symptômes associés, soit retrait social, diminution de sa capacité à travailler et à fonctionner socialement, irritabilité, dont le détail est décrit dans la classification CIM 10 notamment. S'agissant de l'anamnèse, le témoin a indiqué qu'une grande partie de ce qui figurait au rapport résultait des notes au dossier, relevées par le médecin de garde à l'entrée. Elle avait elle-même complété ce chapitre, par la suite. S'agissant de la source des informations anamnestiques, très probablement que la mère du patient avait été contactée par le médecin de garde, et elle avait, pour sa part, également contacté notamment le médecin traitant de l'époque du patient, mais elle avait également recueilli les propos du patient lui-même. 53. Par pli du 13 février 2017, la Dresse K_____ a transmis une copie du traitement médicamenteux prescrit, lequel n'avait pas été modifié pendant l'hospitalisation du demandeur en juillet 2009. A sa sortie, le demandeur avait bénéficié d'un arrêt de travail d'une semaine et il avait repris son activité professionnelle dès le 1^{er} août 2009. 54. Le 21 février 2017, la chambre de céans a entendu le Dr I_____, lequel a confirmé que les diagnostics figurant en tête de son rapport du 27 juillet 2009 concernant l'hospitalisation de M. A_____ du 6 au 24 juillet 2009 étaient ceux qui avaient été posés à sa sortie. Les indications qu'il avait consignées sous « motifs d'hospitalisation » provenaient d'une part du psychiatre traitant qui avait adressé le patient, mais également de l'Hôpital de Prangins où il avait été préalablement hospitalisé (2008), et aussi des informations que le demandeur avait lui-même données. Il était vrai qu'à la sortie, le traitement médicamenteux était bien celui mentionné, soit le traitement que le psychiatre traitant avait prodigué jusqu'à l'entrée en hospitalisation. Au moment de l'hospitalisation du demandeur, le témoin avait noté qu'il n'avait pas de troubles psychotiques. En revanche, il lui avait fait part d'angoisses, d'insomnies, et notamment de sa peur de faire une décompensation psychotique. Pour le témoin, c'était cela qui était le motif de l'hospitalisation, et non pas la question de l'arrêt du tabagisme, qui ne justifiait en aucun cas une hospitalisation. Il a ajouté qu'il y avait eu dans les jours précédents, d'après les déclarations du demandeur, un état subdélirant mystique, évoqué dans le rapport sous « discussion et évolution », mais aussi sous « motifs d'hospitalisation ». Il a précisé qu'en cours de séjour, il n'avait rien constaté de tel, comme cela ressortait du status psychiatrique qui était resté stable pendant tout le séjour. Il a encore précisé, par rapport au status psychiatrique, qu'il s'était aperçu d'une faute de rédaction : il avait omis d'écrire "pas" d'imprégnation de toxique. Toujours sous « discussion et évolution », le médecin parlait bien non seulement de l'absence de trouble du contenu de la pensée, mais également de

l'absence d'un syndrome hallucinatoire ou délirant. Il était exact, et il le confirmait, qu'il n'avait pas pu confirmer le diagnostic de schizophrénie paranoïde, compte tenu de la brièveté de ce séjour, étant précisé qu'il était évidemment fait référence aux antécédents du patient et notamment des diagnostics posés par les collègues de Prangins en 2008. Le tableau clinique présenté par le patient pendant l'hospitalisation de 2009 était un tableau différent. Le témoin a confirmé que le demandeur avait bien été adressé à la demande de son psychiatre traitant. Il a expliqué notamment que par rapport au traitement médicamenteux prescrit, il s'agissait d'un dosage modéré. La schizophrénie était une maladie chronique, où les rechutes étaient malheureusement fréquentes, et ceci quel que soit le dosage du Zyprexa, et même en l'absence de traitement avec ce produit. En relation avec la chronicité de la maladie et des rechutes possibles, le médecin a précisé que si les effets du traitement médicamenteux étaient adéquats, le patient pouvait tout à fait vivre normalement en société et avoir un comportement sans particularités. S'agissant de la question de savoir si le patient supportait bien le Zyprexa, il pouvait l'affirmer, quand bien même il avait mentionné un effet secondaire (baisse de la libido). Il a précisé également que sur un si bref séjour, compte tenu des renseignements médicaux à disposition, il n'était pas possible d'envisager de supprimer ce traitement, car les risques de décompensation auraient été élevés, vu ce qui était décrit dans le dossier. L'épisode délirant mystique entraînait tout à fait dans la lignée des troubles psychotiques dont il parlait, référence étant faite à l'événement de 2008 (hospitalisation à Prangins). Lorsqu'il parlait d'activité professionnelle bien investie dans son rapport, il voulait dire que le demandeur était motivé, qu'il ne faisait pas preuve d'absentéisme et qu'il était performant. Il a précisé encore qu'il était important de rectifier dans le status psychiatrique l'absence d'imprégnation de toxiques, car en effet la prise de cannabis pouvait entraîner à elle seule une décompensation psychotique, qui aurait pu expliquer l'épisode de délire mystique dans les jours ou semaines ayant précédé l'hospitalisation, mais il ne s'agissait ici que d'une pure hypothèse puisque, précisément, il n'y avait pas d'imprégnation de toxiques. Cela signifiait qu'il n'avait pas constaté chez le patient les symptômes habituels rencontrés chez des personnes consommant du cannabis .

55. A l'issue de l'audience, le demandeur a sollicité l'audition de Madame N____, et la défenderesse a rappelé qu'elle avait requis la mise en œuvre d'une expertise, laquelle était nécessaire vu les contradictions entre les différents médecins.

56. Le 22 février 2017, le Dr O____ a transmis un rapport corrigé concernant le dosage du médicament prescrit au demandeur et l'absence d'imprégnation toxique.

57. Le 7 mars 2017, la chambre de céans a entendu Mme N____, cheffe du demandeur auprès de H____. Elle connaissait le demandeur dès lors qu'il avait travaillé dans l'entreprise où elle était elle-même employée, ceci depuis le 15 janvier 2009, et jusqu'à mi-août 2009. Elle avait participé au processus d'embauche du demandeur. Pour le poste pour lequel il avait été engagé, ils étaient d'abord passés par une fiduciaire, laquelle avait présélectionné un certain nombre de dossiers. C'est dans ce contexte qu'elle avait, dans un premier temps, eu l'occasion d'interviewer un certain nombre des candidats retenus par la fiduciaire, parmi lesquels le demandeur. Elle avait, par la suite, à nouveau participé à un entretien d'embauche le concernant, en présence de sa patronne, parmi d'autres candidats, et finalement c'était le demandeur qui les intéressait le plus. Il n'avait jamais été question pendant ces discussions de son état de santé. Rien ne leur laissait supposer qu'il y avait un problème à ce niveau, et de son côté, il n'avait rien évoqué dans ce contexte. Pendant la période de janvier à fin juin 2009, le témoin n'avait pas constaté d'absentéisme de la part de son collaborateur ; elle se souvenait que sauf erreur en mars 2009, il avait été absent deux

jours, sauf erreur pour une question de refroidissement. Jusqu'au mois de juin 2009, rien dans son comportement au travail ne lui avait laissé penser qu'il serait atteint dans sa santé au point que sa capacité à accomplir correctement son travail et même son rendement en fussent affectés. Jusqu'à son hospitalisation, elle n'avait rien remarqué de suspect dans son travail. Quant aux circonstances qui avaient amené à son hospitalisation, elle avait retrouvé dans les notes de son dossier, qu'au mois de juillet 2009, il avait travaillé une demi-journée, au terme de laquelle il avait annoncé qu'il ne se sentait pas bien et qu'il allait prendre quelques jours (la fin de la semaine) pour se reposer. C'est ensuite qu'ils avaient appris qu'il devait être hospitalisé, au départ pendant deux semaines, prolongées jusqu'à trois semaines. Le demandeur voulait revenir travailler le 27 juillet, mais comme elle était en vacances, il avait pris une semaine de vacances de son côté. Elle n'avait pas noté la date précise à laquelle il avait recommencé à travailler, mais simplement qu'en août 2009 il avait travaillé quatre jours. Elle ne pouvait pas être certaine que lors de l'engagement d'un collaborateur, en matière de LPP, un questionnaire médical devait être rempli par l'intéressé, mais en tout cas il n'était pas soumis à un examen médical. Elle n'avait personnellement jamais eu connaissance de ce qu'une personne qu'elle avait été engagée ait été soumise à un examen médical. Le demandeur et elle partageaient le même bureau. Elle pouvait confirmer que le travail qui était demandé au demandeur était complexe et exigeant. Elle confirmait que c'était le demandeur qui avait donné son congé, par courrier du 12 août 2009. Au vu des circonstances, ils avaient accepté qu'il quitte l'entreprise sans préavis. Quant aux circonstances dans lesquelles le demandeur avait donné son congé, ils avaient eu une réunion à laquelle participait, outre le demandeur et le témoin, sa patronne. Le demandeur avait indiqué qu'il ne se sentait plus capable d'accomplir le travail qu'elles attendaient de lui. Elle a précisé dans ce contexte qu'ils étaient trois personnes au service de comptabilité, le demandeur, le témoin et une autre collègue chargée de faire tout ce qui était des écritures courantes et des paiements. Le demandeur avait proposé de se charger des tâches de cette collègue et qu'à l'inverse celle-ci s'occupe de ses travaux, ce que le témoin n'avait pas accepté car l'autre collègue n'avait pas les qualifications du demandeur pour accomplir ce qu'elles attendaient de lui. A l'issue de l'audience, la défenderesse a sollicité la mise en œuvre d'une expertise, ce que le demandeur a contesté.

58. A la demande de la chambre de céans, Mme N_____ a expliqué, par pli du 13 mars 2017, avoir eu un premier entretien d'embauche avec le demandeur le 10 novembre 2008, puis un second le 9 décembre 2008.

59. Par écriture du 10 avril 2017, le demandeur a fait valoir que les enquêtes avaient permis de confirmer qu'il existait une relation d'étroite connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail survenue en juillet 2009 et l'invalidité subséquente. Il était établi que l'affection à l'origine de l'invalidité, à savoir des troubles psychotiques dans un contexte de schizophrénie paranoïde, s'était manifestée durant le rapport de prévoyance avec la défenderesse, soit au mois de juillet 2009 et avait entraîné une incapacité de travail concomitante à l'hospitalisation. Ce point ne semblait d'ailleurs pas contesté par la défenderesse. Le Dr I_____ avait expliqué que le motif de l'hospitalisation n'était pas l'arrêt du tabagisme, mais les angoisses, les insomnies et la peur de faire une décompensation psychotique. Il avait ajouté que le demandeur avait eu un état subdélirant mystique dans les jours précédents l'hospitalisation, lequel entrait dans la lignée des troubles psychotiques. L'incapacité de travail ayant débuté le 6 juillet 2009, en même temps que l'hospitalisation, était liée à la même affection que celle qui a donné droit à une rente d'invalidité, soit des troubles psychotiques dans un contexte de schizophrénie paranoïde. Par ailleurs, entre l'hospitalisation de mai 2008 et de juillet 2009, le demandeur

avait été pleinement capable de travailler durant quasiment une année. Après une période de chômage de près de cinq mois avec une pleine aptitude au placement, il avait exercé une activité lucrative durant six mois, soit le double de la durée minimale exigée par la jurisprudence, ce qui avait eu pour effet d'interrompre le lien de connexité temporelle entre l'épisode de mai 2008 et l'invalidité subséquente. Le fait qu'il ait exercé l'activité à 80% ne pouvait en aucun cas être assimilé à une capacité de travail de 80%. Il avait démontré une pleine aptitude au travail, alors que le travail était complexe et exigeant, comme l'avait exposé Mme N_____. Elle avait confirmé que c'était le demandeur qui avait donné sa démission, ce qui attestait du fait que l'employeur était satisfait de ses prestations. Par ailleurs, le demandeur a contesté avoir commis une réticence en remplissant le formulaire d'admission. Il n'y était faite aucune mention du règlement de prévoyance, de sorte qu'il était permis de douter qu'il ait pu en prendre connaissance. [endif]> [if> Les arriérés de rente au 30 juin 2015 étaient de CHF 67'877.-, ce que la défenderesse avait admis. Du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2017, les arriérés de rente s'élevaient à CHF 35'968.-. S'agissant du taux des intérêts moratoires, le demandeur se ralliait aux explications fournies par la défenderesse, soit le taux d'intérêt minimal LPP. Le demandeur amplifiait donc ses prétentions à hauteur de CHF 103'845.- avec intérêts au taux minimal LPP à compter du 29 mai 2015. Pour le surplus, il persistait intégralement dans ses conclusions. 60. Par écriture du 10 avril 2017, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Selon elle, l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité était survenue bien avant l'affiliation du demandeur à la défenderesse. Il ne faisait pas de doute que l'affection psychiatrique à l'origine de l'invalidité alors que le demandeur était affilié à la défenderesse, à savoir une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète, était la même que celle qui s'était déjà manifestée antérieurement tant durant son activité auprès de D_____ SA, que de la société G_____ SA, que durant sa période sabbatique au vu notamment de l'hospitalisation du 2 au 29 mai 2008. Le critère de connexité matérielle était donc rempli dès lors que l'affection à l'origine de l'invalidité était la même que celle qui s'était déjà manifestée antérieurement et qui avait entraîné une incapacité de travail. Si la chambre de céans devait douter du lien de connexité matérielle, il convenait de mettre en œuvre une expertise médicale. [endif]> [if> Le fait que le demandeur ait été en mesure de débiter un nouveau travail le 15 janvier 2009 et d'exercer une activité professionnelle durant moins de six mois n'était pas déterminant. Cet engagement devait être considéré comme une tentative de reprise d'une activité lucrative qui s'était rapidement soldée par un échec. En réalité, le demandeur n'était pas apte, au vu de son trouble psychique et du traitement médicamenteux, à exercer l'activité pour laquelle il avait été engagé et le rétablissement de la capacité de travail dès le 15 janvier 2009 avait été de brève durée. Le demandeur n'était pas guéri à la sortie de l'hôpital en 2008 et il n'était manifestement pas capable de travailler. La Dresse K_____ avait expliqué qu'elle aurait proposé une reprise à 50% et elle avait expliqué que le traitement devait fatiguer le demandeur, voire le limiter un peu. D'ailleurs, celui-ci avait donné sa démission car il ne se sentait plus capable d'accomplir le travail que l'on attendait de lui. Il ne s'était donc pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail, de sorte que le critère de la connexité temporelle était réalisé. L'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité était donc survenue bien avant l'affiliation du demandeur à la défenderesse. Par ailleurs, la défenderesse a repris ses arguments concernant la réticence. Elle a admis que le montant total des arriérés de rentes au 30 juin 2015 était de CHF 67'877.-. Elle a rappelé le taux d'intérêt minimal LPP applicable à compter du 29 mai 2015 et que le demandeur devait lui transférer la prestation de sortie, respectivement de libre passage. 61. Sur ce, la cause a

été gardée à juger par la chambre de céans.![endif]>![if> EN DROIT 1. a. Selon l'art. 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP - RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. La voie à suivre est celle de l'action (ATF 115 V 224 consid. 2), étant précisé que le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).![endif]>![if> A Genève, 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 depuis 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 LPP; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]). b. La compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie. Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (cf. Ulrich MEYER-BLASER, Die Rechtsprechung vom Eidgenössischen Versicherungsgericht und von Bundesgericht zum BVG, 2000-2004, in RSAS 49/2005, p. 258 ss). Cette compétence est également limitée par le fait que la loi désigne de manière non équivoque les parties pouvant être liées à une contestation, à savoir les institutions de prévoyance, les employeurs et les ayants droit (ATF 127 V 29 consid. 3b et les références ; voir aussi Ulrich MEYER-BLASER, Die Rechtswege nach dem BVG, RDS 1987 I p. 610 et Hans Rudolf SCHWARZENBACH-HANHART, Die Rechtspflege nach dem BVG, RSAS 1983 p. 174).

c. En l'espèce, le demandeur est un ayant droit au sens de l'art. 73 al. 1 LPP et l'objet du litige relève manifestement du droit de la prévoyance professionnelle, puisqu'il porte sur le droit à une rente d'invalidité. Etant donné que le lieu de l'exploitation où le demandeur était engagé se trouve à Genève, la chambre de céans est donc compétente pour connaître du litige, tant *ratione materiae* que *ratione loci*. 2. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (ATAS/390/2016).![endif]>![if> 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.

3. Quant à la demande reconventionnelle, elle respecte également les conditions de forme prescrites par la LPA.![endif]>![if> 4. La nouvelle modifiant la LPP (première révision) du 3 octobre 2003, sous réserve de certaines dispositions, est entrée en vigueur le 1er janvier 2005, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle. ![endif]>![if> Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 445 consid. 1). 5. Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité, singulièrement, 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. ![endif]>![if> 6. a. Selon l'art. 23 let. a LPP, dans sa teneur en

force depuis le 1^{er} janvier 2005, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI. 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). La connexité matérielle doit être niée lorsque l'octroi d'une rente d'invalidité résulte uniquement de problèmes psychiques et que même une interprétation très large des rapports médicaux et des expertises ne permet pas de retenir des indices en faveur de l'existence de tels troubles et - élément déterminant en matière de prévoyance professionnelle - d'une incapacité de travail qui en aurait résulté pendant les rapports d'assurance. Cela vaut quand bien même les problèmes somatiques à la base de l'incapacité de travail avaient déjà à l'époque une influence sur l'état psychique de la personne assurée et sur sa situation psychosociale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.9/06 du 21 novembre 2006 consid. 4.1 et 4.2). 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'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). La relation de connexité temporelle doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 5.4; ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références; ATF 123 V 262 consid. 1c; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117; arrêt du Tribunal fédéral 9C_768/2008 du 15 mai 2009 consid. 3). 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 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 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 B.94/00 du 4 mai 2001). Plus récemment, 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 11 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 5 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 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 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).

7. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3). 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). 8. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi (comme en l'espèce, cf. art. 2.6 du règlement de prévoyance de la défenderesse) - 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).

Par ailleurs, lorsque l'annonce pour obtenir des prestations de l'assurance-invalidité a été faite tardivement, il n'y a aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà de la période précédant le dépôt de la demande. Ainsi, pour ce qui est de la période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont a priori aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1 et les références; Hans-Ulrich STAUFFER, *Berufliche Vorsorge*, 2ème éd. 2012, p. 316 n. 874). 9. Enfin, 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 va 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).

10. a. En l'espèce, l'atteinte à la santé dont résulte l'invalidité du demandeur, selon la décision de demi-rente de l'OAI du 18 février 2011 et la décision de rente entière de l'OAI du 22 avril 2013, consiste dans le diagnostic de schizophrénie paranoïde en rémission incomplète. Le demandeur fait valoir que l'incapacité de travail en lien avec cette atteinte est survenue en juillet 2009, soit au moment où il était affilié auprès de la défenderesse. On relèvera que la défenderesse n'est pas liée par le début de l'incapacité de travail durable (juillet 2009) fixée par l'OAI, lequel ne lui a pas notifié ses décisions. De surcroît, au vu du caractère tardif de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, le SMR n'a pas procédé à des investigations approfondies pour déterminer la date du début du délai de carence. Aussi, la chambre de céans ne peut-elle se contenter de retenir sans autre examen le début de l'incapacité de travail déterminante fixée par l'OAI. Il y a donc lieu de déterminer si l'incapacité de travail qui a constitué la cause de l'invalidité (art. 23 let. a LPP) est survenue pendant que le demandeur était affilié à la défenderesse, en procédant à une appréciation du cas au regard des rapports versés au dossier et de l'instruction menée par la chambre de céans. Il n'est pas contestable, ni

contesté que le demandeur, qui a travaillé pour H_____ du 15 janvier au 14 août 2009, a été en incapacité de travail totale du 6 au 31 juillet 2009 et hospitalisé du 6 au 24 juillet 2009. Il convient dès lors de déterminer si cette incapacité de travail était en lien de connexité matérielle avec la schizophrénie paranoïde. Selon les premières explications données par la psychiatre traitant par-devant la chambre de céans, le demandeur n'avait rencontré, au cours de son emploi pour H_____, aucun problème sur le plan de son état de santé et rien ne s'était passé de particulier justifiant une hospitalisation pour des motifs psychiatriques. Selon elle, le but de l'hospitalisation du demandeur à la clinique de la Lignière du 6 au 24 juillet 2009 était de pouvoir arrêter de fumer. Elle n'avait pas remarqué, avant 2010, de signes de schizophrénie paranoïde. Selon le rapport établi par le Dr I_____ le 27 juillet 2009, un trouble psychotique non spécifié et un trouble de l'adaptation de type anxio-dépressif réactionnel à une surcharge professionnelle avaient été diagnostiqués lors de l'hospitalisation du demandeur du 6 au 24 juillet 2009. Les motifs de l'hospitalisation étaient une aggravation d'une apraxie au travail avec fatigue, anhédonie, aboulie, la présence d'idées noires transitoires, un découragement global et un désintérêt devant tous les domaines d'activités extraprofessionnelles s'accompagnant de la reprise d'un épisode subdélirant mystique transitoire. Le patient décrivait des troubles du sommeil lors de la diminution du traitement médicamenteux, ressentant de grandes angoisses avec des réveils matinaux précoces et devant la crainte d'un désinvestissement social complet, il avait demandé son hospitalisation. Celle-ci était indiquée également pour éviter des surstimulations et appréhender la réalité des fluctuations de l'humeur. Il souhaitait par ailleurs diminuer sa consommation de cigarettes et avoir un temps de réflexion pour une activité professionnelle différente. Selon le médecin, les symptômes présentés par le demandeur l'orientaient vers un état séquellaire d'un trouble psychotique survenu à 20 ans et en 2008 chez un patient pour qui les critères d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde lors de ce court séjour n'avaient pas permis de trancher. Il avait proposé de continuer le traitement neuroleptique dans le but d'éviter une décompensation nette de type psychotique. A la lecture de ce rapport, la psychiatre traitant a expliqué par-devant la chambre de céans, que selon ses notes, le demandeur avait effectivement émis la volonté de se mettre temporairement à l'abri dans un contexte protégé et encadré. Elle pensait que le demandeur avait eu l'intelligence de bien se connaître et de savoir identifier l'approche des crises et la manière de les résoudre, en se mettant à l'écart pour ensuite revenir normalement au travail. Entendu par la chambre de céans, le Dr I_____ a confirmé que le demandeur n'avait pas eu de troubles psychotiques et que lui-même n'avait pas pu confirmer le diagnostic de schizophrénie paranoïde, compte tenu de la brièveté du séjour. Selon lui, le tableau clinique présenté par le patient pendant l'hospitalisation de 2009 était différent de celui de l'hospitalisation de 2008. En revanche, le demandeur s'était plaint d'angoisses, d'insomnies et de sa peur de faire une décompensation psychotique. Pour le médecin, c'était cela qui était le motif de l'hospitalisation et non pas la question de l'arrêt du tabagisme, qui ne justifiait en aucun cas une hospitalisation. Il a ajouté que le demandeur, dans les jours précédents son hospitalisation, avait eu un état subdélirant mystique, lequel entrait dans la lignée des troubles psychotiques, et qui n'était pas dû à la prise de cannabis. Ainsi, au vu des pièces et des déclarations faites par ces deux psychiatres, il apparaît que si le diagnostic de schizophrénie paranoïde n'a certes pas pu être confirmé en raison de la brièveté de l'hospitalisation en juillet 2009 et si le demandeur n'a certes pas fait de décompensation psychotique au cours de celle-ci, alors qu'il en a fait en 2008 et en 2010, force est toutefois d'admettre qu'au vu des explications claires fournies par le Dr I_____, l'hospitalisation du

demandeur en juillet 2009 et l'incapacité de travail en découlant ont résulté d'un état séquellaire du trouble psychotique survenu en 2008, soit la schizophrénie paranoïde en rémission incomplète. Le fait que ce médecin n'ait pas arrêté le traitement - dans le but d'éviter une décompensation nette de type psychotique - et qu'il ait prolongé l'incapacité de travail après la sortie de l'hôpital corroborent par ailleurs le fait que l'hospitalisation ne se justifiait pas par la volonté du demandeur d'arrêter de fumer. Il s'ensuit qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail totale survenue du 6 au 31 juillet 2009 était en lien de connexité matérielle avec l'invalidité reconnue dès juillet 2010 par l'OAI. Au demeurant, la défenderesse ne le conteste pas, puisqu'elle expose que le demandeur a été hospitalisé à la Clinique de la Lignière en raison d'un état séquellaire d'un trouble psychotique survenu en 2008 (écriture du 30 septembre 2016, p. 29) ou d'un trouble psychotique (écriture du 30 avril 2017, p. 33) et qu'il ne fait pas de doute que l'affection psychiatrique à l'origine de l'invalidité alors que le demandeur était affilié à la défenderesse, soit une schizophrénie paranoïde, était la même que celle qui s'était manifestée antérieurement (écriture du 30 septembre p. 26 et écriture du 10 avril 2017, p. 34). Par ailleurs, il n'y a pas eu, postérieurement à l'incapacité de travail du demandeur du 6 au 31 juillet 2009, de période pendant laquelle le demandeur aurait disposé d'une capacité de travail justifiant l'interruption du lien de connexité temporelle avec l'invalidité reconnue dès juillet 2010, puisque les rapports de travail du demandeur auprès de H_____ ont pris fin le 14 août 2009, qu'à compter du 1^{er} octobre 2009, le demandeur a été engagé à 50% en tant que chauffeur, soit dans un poste de niveau bien inférieur à celui correspondant à ses qualifications de comptable, et que le 7 janvier 2010, il a été à nouveau hospitalisé pour une décompensation psychotique. Le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue en juillet 2009 et l'invalidité est par conséquent également rempli. Il convient encore d'examiner si, comme le fait valoir la défenderesse, le demandeur présentait une incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de son invalidité, avant le début de son affiliation auprès de la défenderesse, soit avant le 15 janvier 2009. Il est établi que le demandeur a été hospitalisé en mai 2008 en raison d'une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète (rapport du 25 juin 2008 du Dr E_____ et de la Dresse F_____), soit le même diagnostic pour lequel le demandeur a été reconnu invalide dès juillet 2010 par l'OAI. Par ailleurs, il résulte des pièces versées au dossier et de l'instruction menée dans le cadre de la présente procédure que suite à cette hospitalisation, le demandeur a été pris en charge par la Dresse K_____, laquelle a expliqué par-devant la chambre de céans que lorsqu'elle l'avait rencontré le 4 juin 2008, il n'était manifestement pas capable de travailler en raison du traitement médicamenteux prescrit. La psychiatre traitant a indiqué qu'au vu de l'apparition en mai 2008 de la crise brutale, par opposition à une crise à bas bruit, et au vu de l'attention qu'elle portait pour limiter au maximum la dose et la durée du médicament prescrit, tout était réuni pour pouvoir formuler un excellent pronostic car le but du demandeur était de pouvoir reprendre une activité professionnelle le plus vite possible. Il résulte d'ailleurs des pièces au dossier que le demandeur s'est inscrit au chômage à compter du mois d'août 2008 avec une pleine aptitude au travail, qu'il a travaillé en tant que comptable pour G_____ SA en septembre-octobre 2008, puis qu'il a perçu des indemnités de chômage avant de travailler à nouveau en tant que comptable du 15 janvier au 5 juillet 2009 pour H_____ à 80%. La défenderesse fait valoir que l'engagement du demandeur par H_____ doit être considéré comme une tentative de reprise d'une activité lucrative qui s'est rapidement soldée par un échec. Selon la défenderesse, le demandeur n'était pas apte, au vu de son trouble psychique et du traitement médicamenteux, à exercer l'activité pour laquelle

il avait été engagé et le rétablissement de la capacité de travail dès le 15 janvier 2009 avait été de brève durée. Le demandeur a certes exercé son activité de comptable auprès de H_____ à 80%. A cet égard, la psychiatre traitant a expliqué par-devant la chambre de céans qu'elle ne savait pas si ce taux avait été proposé par l'employeur ou si c'était un choix délibéré de la part du demandeur. Il résulte ainsi des déclarations fournies par la Dresse K_____ que le demandeur ne présentait pas une incapacité de travail de 20% au moment de commencer son emploi auprès de H_____. Si la psychiatre traitant a certes expliqué qu'elle aurait proposé un début progressif à 50%, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a toutefois pas jugé nécessaire que le demandeur exerce l'activité de comptable à ce taux. Par ailleurs, l'audition de Mme N_____, cheffe du demandeur chez H_____, a permis d'établir que jusqu'à son hospitalisation le 6 juillet 2009, ce dernier a accompli correctement son travail, sans aucune baisse de rendement, alors que son travail était complexe et exigeant. La chambre de céans est d'avis que le fait que le demandeur ait obtenu un poste à 80%, avec pour corollaire un salaire plus bas que celui obtenu précédemment, ne fait pas de ce nouvel emploi une simple tentative de réadaptation professionnelle qui aurait été motivée par des considérations d'ordre social. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le lien de connexité temporelle a été interrompu entre l'hospitalisation de mai 2008 et l'hospitalisation survenue en juillet 2009, étant donné que le demandeur a présenté une capacité de travail durant une période suffisamment longue entre août 2008 et le 5 juillet 2009, période pendant laquelle il n'existe pas d'indice d'une incapacité de travail, ni d'un engagement professionnel qui aurait été lié à des considérations sociales de l'employeur. Par conséquent, il y a lieu de conclure que l'incapacité de travail déterminante en lien de connexité matérielle et temporelle avec l'invalidité est survenue à compter du 6 juillet 2009, alors que le demandeur était affilié à la défenderesse. Celle-ci est donc tenue de verser les prestations d'invalidité en faveur du demandeur. 11. a. Le demandeur conclut au versement d'une rente d'invalidité réglementaire, alors que la défenderesse est d'avis que le demandeur n'a droit qu'à la rente d'invalidité minimale obligatoire. La défenderesse fait valoir que le demandeur a commis une réticence en omettant de l'informer, en remplissant le formulaire d'admission, du fait qu'il souffrait de décompensation psychotique depuis l'âge de 20 ans, de son hospitalisation survenue en mai 2008, du diagnostic de schizophrénie paranoïde constaté à la sortie de cette hospitalisation et du traitement médicamenteux mis en place.!

b. Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance sont fondées, en l'absence de disposition statutaire ou réglementaire idoines, à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence de l'assuré, par application analogique des art. 4 ss de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229; ATF 130 V 9). 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). Il peut en particulier s'agir de faits

propres à aggraver le risque assuré ; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (ATF 122 III 458 consid. 3b/aa). 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 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3). 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). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). 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 ; 134 III 511 consid. 3.3.3). Il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées (ATF 118 II 333 consid. 2b ; 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités). Le proposant est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliqués, le sens qu'on leur prête en général dans les milieux où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attache à ces termes (ATF 116 II 338 consid. 1c). Selon l'art. 3.3 al. 2 du règlement, la personne assurée est tenue de répondre de façon complète et conforme à la vérité aux questions contenues dans le formulaire d'admission. Lorsque la personne assurée donne une réponse fautive aux questions ou omet de déclarer des faits déterminants pour l'appréciation du risque ou des circonstances suspectes qu'elle connaissait ou devait connaître, la fondation peut, dans les six mois à compter de leur découverte, résilier tout ou partie du contrat de prévoyance surobligatoire et refuser totalement ou partiellement toute prestation et prétention à l'exonération de cotisations dues en vertu de celui-ci ou, juste pour ce cas énoncé de la violation de l'obligation de déclarer refuser totalement ou partiellement toute prestation en vertu du contrat de prévoyance surobligatoire, et ce, que les faits ou les circonstances non déclarés aient ou non un rapport avec la survenance du risque assuré. c. En l'occurrence, la défenderesse reproche au demandeur d'avoir répondu négativement à la question figurant dans le formulaire d'admission, formulée comme suit: "avez-vous dû interrompre votre travail lors des 3 dernières années pour des raisons de santé durant plus de 2 semaines complètement ou partiellement?" La chambre de céans constate qu'aucune pièce versée au dossier ne permet de retenir que durant son emploi auprès de D_____ SA (du 1^{er} avril 2003 au 31 janvier 2008) ou durant son emploi auprès de G_____ SA (en septembre/octobre 2008), le demandeur aurait subi une incapacité de travail. Le demandeur a certes été hospitalisé du 2

au 29 mai 2008 en raison d'une schizophrénie paranoïde. On ne saurait toutefois considérer que son état de santé a interrompu l'exercice d'une activité lucrative puisque le demandeur se trouvait alors en congé sabbatique. La défenderesse fait valoir que l'absence d'activité professionnelle n'est pas déterminante, car quoi qu'il en soit, en raison de son hospitalisation le demandeur a dû interrompre l'activité qu'il exerçait alors, et ce quelle qu'elle soit. La chambre de céans est d'avis que la question posée - qui figure dans un formulaire d'admission à la prévoyance professionnelle et qui concerne une éventuelle interruption de travail - ne peut être comprise par un assuré qu'en tant qu'elle concerne exclusivement l'interruption de son activité lucrative, et non l'interruption de ses activités de loisirs. On ne saurait donc reprocher au demandeur d'avoir répondu négativement à la question posée par la défenderesse. Si celle-ci entendait être renseignée sur l'existence d'atteintes à la santé physique ou psychique ou sur les éventuels traitements médicamenteux suivis par le demandeur, la défenderesse aurait dû poser des questions portant sur ces points clairement circonscrits. C'est par conséquent à tort que la défenderesse invoque une réticence et le demandeur a droit à une rente d'invalidité réglementaire.

12. a. Le demandeur fait valoir qu'il a droit au paiement de CHF 67'877.- correspondant aux rentes arriérées du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2015. Ce montant a été admis par la défenderesse (écriture du 30 septembre 2016, p. 38 et écriture du 10 avril 2017, p. 48). Le demandeur a amplifié ses conclusions et requis le paiement de CHF 35'968.- supplémentaires correspondant aux rentes arriérées du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2017.

b. 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), et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c). Le règlement de la défenderesse contient une réglementation identique s'agissant de la prévoyance plus étendue (art. 4.3.1 al. 3 et 4). 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 (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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. En matière de prévoyance plus étendue, le droit à la rente prend naissance à l'expiration du délai d'attente stipulé dans les dispositions respectives basées sur le plan de prévoyance convenu [...]. Si la rente de l'AI prend naissance avant que ne se soit écoulé le délai d'attente réglementaire et qu'il ne subsiste plus aucun droit au paiement du salaire, ni aux indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, la fondation accorde une rente dans les cas décrits au chiffre 4.3.1, lettres a) à c), seulement selon l'étendue et dans le cadre des dispositions de la LPP, jusqu'à l'expiration du délai d'attente convenu. Ensuite, ce sont les prestations conformes aux dispositions respectives basées sur le plan de prévoyance convenu qui sont servies (art. 4.3.4. al. 1 et 2 du règlement).

c. En l'occurrence, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2010 et une rente entière dès le 1^{er} août 2012. Il a fixé le début du délai d'attente d'une année au mois de juillet 2009. La défenderesse ne conteste pas les degrés d'invalidité auxquels l'OAI a abouti, soit 53% dès juillet 2010 et 100% dès août 2012. La naissance du droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire a ainsi débuté le 1^{er} octobre 2010 et celle de la rente de la prévoyance professionnelle surobligatoire le 1^{er}

juillet 2011. Selon le certificat d'assurance au 1^{er} mai 2009, la rente annuelle d'invalidité s'élève à CHF 15'153.- pour la part LPP et à CHF 17'984.- incluant la part surobligatoire, après un délai d'attente de 24 mois. Il s'ensuit que: - du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2011 (9 mois), le demandeur a droit à une demi-rente LPP, soit CHF 5'682.40 (15'153.- / 2 / 12 x 9); - du 1^{er} juillet 2011 au 31 juillet 2012 (13 mois), le demandeur a droit à une demi-rente réglementaire, soit CHF 9'741.30 (17'984.- / 2 / 12 x 13); - du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2017 (59 mois), le demandeur a droit à une rente entière réglementaire, soit CHF 88'421.30 (17'984.- / 12 x 59). Par conséquent, le demandeur a droit à un arriéré de rentes de CHF 103'845.- (5'682.40 + 9'741.30 + 88'421.30) du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2017. A compter du 1^{er} juillet 2017, il a droit à une rente mensuelle d'invalidité de CHF 1'498.66 (17'984.- / 12), sous réserve d'indexation.

13. a. Le demandeur conclut au versement, à compter du 29 mai 2015, d'un intérêt moratoire sur les rentes arriérées. En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans d'autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131). Les employés assurés étant liés à l'institution de prévoyance par un contrat innommé, il est également admis que ce contrat est soumis à la partie générale du code des obligations (ATF 112 II 241 ; ATF 101 Ib 231 consid. 3c), en particulier aux art. 102 ss CO; ATF 115 V 27 consid. 8c). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 98 II 23 consid. 7). À défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO; ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131 consid. 4d).

b. En l'occurrence, le règlement de la défenderesse, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, prévoit que si la défenderesse accuse du retard dans le versement des prestations, l'intérêt moratoire correspond au taux d'intérêt minimal LPP, au maximum 5%, pour autant qu'aucune convention spéciale ne soit applicable ou que le présent règlement de prévoyance ne contienne aucune autre réglementation. Selon la défenderesse, en l'absence de convention spéciale ou d'autre réglementation, le taux d'intérêt minimal LPP doit s'appliquer, ce que le demandeur admet (écriture du 7 avril 2017, p. 8). Aux termes de l'art. 15 al. 2 LPP et 12 de l'Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 (OPP 2 - RS 831.441.1), le taux d'intérêt minimal était de 1,75% en 2015, de 1,25% en 2016 et de 1% en 2017. Les parties admettent qu'en l'absence d'interpellation de la part du demandeur, les intérêts moratoires courent dès le 29 mai 2015, jour du dépôt de la demande en paiement. Or, la chambre de céans relèvera que cet acte a été adressé à la défenderesse par pli recommandé le 2 juin 2015 à la défenderesse, qui l'a réceptionné le 4 juin 2015. Les intérêts moratoires ne peuvent donc courir qu'à compter du 5 juin 2015 et non dès le 29 mai 2015. Le montant de CHF 103'845.- sera donc majoré d'un intérêt moratoire de 1,75% du 5 juin au 31 décembre 2015, de 1,25% du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016 et de 1% dès le 1^{er} janvier 2017.

14. a. Enfin, la demanderesse reconventionnelle conclut subsidiairement à ce qu'il soit ordonné au défendeur reconventionnel de lui transférer le montant de la prestation de sortie/prestation de libre

passage dont il est bénéficiaire auprès de toute institution de prévoyance.![endif]>![if> Selon l'art. 3 al. 2 de la loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 17 décembre 1993 (loi sur le libre passage, LFLP - RS 831.42), si l'ancienne institution de prévoyance a l'obligation de verser des prestations pour survivants et des prestations d'invalidité après qu'elle a transféré la prestation de sortie à la nouvelle institution de prévoyance, cette dernière prestation doit lui être restituée dans la mesure où la restitution est nécessaire pour accorder le paiement de prestations d'invalidité ou pour survivants. Selon l'art. 3 al. 3 LFLP, les prestations pour survivants ou les prestations d'invalidité de l'ancienne institution de prévoyance peuvent être réduites pour autant qu'il n'y ait pas de restitution. Selon l'art. 4.4.3 al. 2 du règlement, si la fondation doit verser des prestations pour survivants ou des prestations d'invalidité après avoir viré la prestation de sortie, celle-ci doit lui être restituée dans la mesure où elle est nécessaire au versement des prestations pour survivants ou des prestations d'invalidité; il est possible de réduire ces prestations de prévoyance aussi longtemps qu'un tel remboursement n'a pas lieu. Le but de la restitution est de mettre l'ancienne institution de prévoyance dans la même situation, d'un point de vue de technique d'assurance, que le requière l'exécution de l'obligation de prester, soit la situation qui a existé au moment de la sortie de l'assuré, si l'obligation de prester était connue à cette époque. En effet, l'ancienne institution de prévoyance doit obtenir le capital nécessaire pour couvrir les prestations dues (ATF 141 V 197 consid. 5.3). L'ancienne institution de prévoyance ne peut cependant pas forcer la restitution. Elle a uniquement la possibilité de réduire ses prestations en cas de non-restitution (ATF 141 V 195 ; ATAS/930/2015 ; ATAS/755/2016). En l'occurrence, il n'est pas contesté que la demanderesse reconventionnelle a transféré la prestation de sortie du défendeur reconventionnel en faveur du Fonds de prévoyance des EMS et que cette prestation ne lui a pas été restituée. Cela étant, dans la mesure où la demanderesse reconventionnelle conclut à ce qu'il soit ordonné au défendeur reconventionnel de lui transférer toute prestation de sortie, respectivement toute prestation de libre passage dont il est bénéficiaire auprès de toute institution de prévoyance, il convient de constater qu'en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, une telle restitution ne peut être exigée, la seule sanction étant la réduction des prestations. Partant, la demande reconventionnelle doit être rejetée. Cela étant, il conviendra de préciser que les prestations d'invalidité sont dues par la défenderesse, sous réserve de leur éventuelle réduction en cas de non-restitution de la prestation de sortie. 15. Compte tenu de ce qui précède, la demande en paiement est partiellement admise. ![endif]>![if> 16. Il sera dit que le demandeur était assuré auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de son invalidité. La défenderesse sera condamnée à verser au demandeur le montant de CHF 103'845.-, sous réserve de sa réduction éventuelle en cas de non-restitution de la prestation de sortie, majoré d'un intérêt moratoire de 1,75% du 5 juin au 31 décembre 2015, de 1,25% du 1 er janvier au 31 décembre 2016 et de 1% dès le 1 er janvier 2017. La défenderesse sera également condamnée à verser au demandeur, dès le 1 er juillet 2017, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'498,66, sous réserve d'indexation et sous réserve de sa réduction éventuelle en cas de non-restitution de la prestation de sortie.![endif]>![if> 17. Le demandeur obtenant partiellement gain de cause, il a droit à des dépens.![endif]>![if> 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 (cf. 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 LPA, une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause. Saisi d'un litige concernant le domaine de la prévoyance professionnelle, dans lequel les procédures sont introduites par la voie non du recours mais de l'action de droit administratif, le demandeur a droit à des dépens, et ce malgré le terme de « recourant » (ATF 126 V 143 ; ATF 108 V 111). Obtenant partiellement gain de cause, le demandeur a droit à une indemnité de procédure, qui sera arrêtée à CHF 6'500.- au vu de la complexité de l'affaire, du nombre d'écritures et d'audiences, et mise à la charge de la défenderesse (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 18. La défenderesse conclut à l'octroi de dépens. [endif]>[if> Les caisses de pension n'ont en principe pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4a), sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré. Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef. 19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP).[endif]>[if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande en paiement recevable.[endif]>[if> 2. Déclare la demande reconventionnelle recevable.[endif]>[if> Au fond : 3. Admet partiellement la demande en paiement.[endif]>[if> 4. Dit que le demandeur était assuré auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de son invalidité.[endif]>[if> 5. Condamne la défenderesse à verser au demandeur le montant de CHF 103'845.-, sous réserve de sa réduction éventuelle en cas de non-restitution de la prestation de sortie, majoré d'un intérêt moratoire de 1,75% du 5 juin au 31 décembre 2015, de 1,25% du 1 er janvier au 31 décembre 2016 et de 1% dès le 1 er janvier 2017.[endif]>[if> 6. Condamne la défenderesse à verser au demandeur, dès le 1 er juillet 2017, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'498,66, sous réserve d'indexation et sous réserve de sa réduction éventuelle en cas de non-restitution de la prestation de sortie.[endif]>[if> 7. Rejette la demande reconventionnelle.[endif]>[if> 8. Condamne la défenderesse à verser au défendeur le montant de CHF 6'500.- à titre de dépens.[endif]>[if> 9. Dit que la procédure est gratuite.[endif]>[if> 10. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.[endif]>[if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le