

GE_GERICHTE A/250/2017 vom 10. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_250_2017

FR: GE_GERICHTE A/250/2017 du 10 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/250/2017 del 10 aprile 2019

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à BRETONNIERES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Rachid HUSSEIN demandeur contre CIEPP - CAISSE INTER-ENTREPRISES DE PREVOYANCE PROFESSIONNELLE, sise rue de Saint-Jean 67, GENEVE FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP, sise boulevard de Grancy 39, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG défenderesse principale défenderesse subsidiaire EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1956, ressortissant britannique, est arrivé en Suisse en 1999. Au bénéfice d'un diplôme dans le domaine de l'agriculture et d'un master en business administration (MBA), il a occupé plusieurs postes à responsabilités en tant que manager et directeur à Londres et à Genève.![endif]>![if> 2. Dès le 1 er décembre 2003, il a travaillé auprès de la fondation B_____ (ci-après B_____ ou l'employeur) à Genève, en tant que secrétaire général à plein temps. ![endif]>![if> 3. A ce titre, l'assuré était affilié auprès de la Caisse Inter-Entreprise de Prévoyance professionnelle (ci-après CIEPP ou la caisse de prévoyance) au plan Media.![endif]>![if> 4. Dès le 26 janvier 2010, l'assuré a été en incapacité de travail à 50% et dès le 19 février 2010 à 100%.![endif]>![if> 5. À la demande de Swica Assurance-maladie SA, assureur perte de gain maladie de l'employeur, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, par rapport du 23 juillet 2010, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (burn-out) évoluant vers un trouble de l'anxiété généralisée avec hypochondrie, une personnalité obsessionnelle à traits évitants décompensée, et une surcharge professionnelle. L'assuré devait être en mesure de réaliser une activité médico-théorique à 50% dès le 21 juin 2010.![endif]>![if> 6. Le 26 juillet 2010, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 janvier 2011.![endif]>![if> 7. Le 2 septembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) en raison d'un burn-out.![endif]>![if> 8. Le 17 septembre 2010, l'employeur a indiqué notamment que le salaire annuel de l'assuré était de CHF 170'000.- depuis 2009. Il a transmis une description de la fonction et des responsabilités de l'assuré. Ce dernier avait présenté un stress psychologique possible lié à l'exercice de sa fonction. ![endif]>![if> 9. Le 28 septembre 2010, l'OAI a réceptionné un rapport établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un épisode dépressif sévère (F32.2) existant depuis janvier 2009. Il suivait l'assuré depuis juin 2010. Un traitement médicamenteux et une thérapie cognitive comportementale étaient prodigués. Le pronostic était favorable pour la fin de l'année 2010, avec une reprise à 50% dès octobre 2010, puis 100% dès novembre 2010, sans baisse de rendement selon toutes probabilités. ![endif]>![if> 10. Par rapport du 5 octobre 2010, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne, et médecin traitant, a diagnostiqué un état anxio-dépressif (avec

burn-out) depuis décembre 2009. L'assuré présentait d'autres diagnostics somatiques sans effets sur sa capacité de travail.![endif]>![if> Depuis décembre 2009, l'assuré présentait une aggravation d'une asthénie avec faiblesse, épuisement, vertiges, troubles du sommeil, anxiété et thymie dépressive. L'évolution avait été plutôt favorable, mais son état psychique s'était à nouveau péjoré suite à son licenciement. Il avait présenté une incapacité de travail à 50% du 26 janvier au 18 février 2010, à 100% du 19 février au 20 juin 2010 et à 50% dès le 21 juin 2010. 11. Selon un rapport d'évaluation du 19 octobre 2010 établi par l'OAI, l'assuré a indiqué qu'en accord avec son psychiatre, il devait éviter un poste aussi stressant que celui qu'il occupait chez son ancien employeur. ![endif]>![if> 12. Par rapport du 30 novembre 2010, le Dr D_____ a rappelé que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 26 janvier 2010 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Il présentait encore une humeur légèrement déprimée, une perte d'énergie vitale avec fatigue, une réduction des capacités adaptatives et d'interaction sociale. Toutes ces limitations étaient légères à modérées, et étaient très largement en cours d'amélioration. L'incapacité de travail actuelle était de 50%, avec une reprise à 100% prévue pour janvier 2011. L'activité habituelle restait exigible à la reprise. Mais il serait plus adapté que l'assuré choisisse à l'avenir un poste avec moins de responsabilités et donc moins de stress. ![endif]>![if> 13. Selon une note d'entretien de l'OAI du 7 décembre 2010, l'assuré avait commencé à rechercher un emploi, mais il lui était difficile de postuler en affirmant sa volonté de baisser son niveau de responsabilités. ![endif]>![if> 14. Du 23 décembre 2010 au 30 avril 2011, l'assuré a bénéficié d'un coaching professionnel pris en charge par l'OAI.![endif]>![if> 15. Dès le 10 janvier 2011, l'assuré a été à nouveau en incapacité de travail totale.![endif]>![if> 16. Du 22 février au 1^{er} avril 2011, l'assuré a été hospitalisé à la clinique de La Lignière en raison d'une aggravation de son état psychique. Le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué notamment un épisode dépressif moyen à sévère sans syndrome psychotique, réactionnel à un burn-out professionnel et à un licenciement, des traits de personnalité non spécifiés, une thyroïde auto-immune en 2006 et une gastrite atrophique avec maladie de Biermer (rapport du 5 avril 2011). ![endif]>![if> 17. Par rapport du 15 mars 2011, le Dr D_____ a indiqué que l'évolution était négative avec une rechute dépressive et une hospitalisation. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. Le médecin ne savait pas si une reprise de travail allait être possible. ![endif]>![if> 18. Le 5 avril 2011, la Dresse E_____ a indiqué que le motif d'incapacité de travail était avant tout d'ordre psychiatrique. ![endif]>![if> 19. Dès le 1^{er} juin 2011, l'assuré a recouvré une capacité de travail à 50% attestée par le Dr D_____.![endif]>![if> 20. Dans le courant du mois de juin 2011, l'assuré a déménagé dans le canton de Vaud.![endif]>![if> 21. Le 21 juin 2011, l'assuré s'est inscrit auprès de l'office régional de placement d'Yverdon-les-Bains en tant que demandeur d'emploi à plein temps et il a perçu des prestations de chômage. À ce titre, il a versé des cotisations auprès de la fondation institution supplétive de prévoyance (ci-après l'institution supplétive).![endif]>![if> 22. Selon une note de travail de l'OAI du 28 juin 2011, Monsieur G_____, coach, a indiqué qu'il convenait que l'assuré évite les postes avec des impératifs de productivité trop élevés, des postes de direction, ainsi que des postes « tournés vers l'extérieur » à savoir la vente ou la recherche de fonds. Le coaching a été prolongé jusqu'au 29 août 2011.![endif]>![if> 23. Selon une note téléphonique du 18 juillet 2011, le Dr D_____ a signalé que l'assuré allait probablement être apte au travail à 100% en septembre 2011.![endif]>![if> 24. Dès le 1^{er} août 2011, l'assuré a recouvré une capacité de travail entière attestée par le Dr D_____.![endif]>![if> 25. Par rapport du 12

septembre 2011, le Dr D_____ a informé l'OAI que le traitement était terminé. L'assuré pouvait être actuellement considéré comme guéri de son trouble dépressif. Néanmoins, la situation restait fragile, car il n'avait toujours pas retrouvé d'emploi principalement en raison de son âge, avec de ce fait un risque de rechute.!

26. Selon une note téléphonique de l'OAI du 19 septembre 2011, la Dresse E_____ a expliqué que l'assuré présentait une hernie discale, qui n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail.

27. Par rapport du 10 octobre 2011, le service médical régional AI (ci-après le SMR) a retenu que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère. Le début de l'incapacité de travail durable était le 26 janvier 2010 et sa capacité de travail était totale dès le 13 septembre 2011. L'état de santé psychique de l'assuré avait beaucoup varié, pour s'améliorer notablement depuis le mois de septembre 2011 ; le Dr D_____ attestait une capacité de travail totale dès le 13 septembre 2011, sans limitation fonctionnelle. La problématique de la hernie discale n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Il n'y avait pas non plus de limitation fonctionnelle.

L'évolution de l'incapacité de travail avait été : 100% du 26 janvier au 20 juin 2010, 50% du 21 juin au 31 juillet 2010, 100% du 1^{er} août 2010 au 31 mai 2011, 50% du 1^{er} juin au 12 septembre 2011 et 0% dès le 1^{er} juillet (sic) 2011.

28. Le 14 décembre 2011, l'assuré a informé l'OAI que sur conseil de son médecin traitant, il poursuivait, depuis le 28 septembre 2011, un traitement auprès de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

29. Par rapport du 9 janvier 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombo-cruralgies invalidantes à bascule (depuis 2011) dans un contexte de hernie discale L3-L4, une instabilité segmentaire L3-L4, un canal lombaire étroit L3-L4, un status après spondylodèse L4-S1, un conflit coxo-acétabulaire droit débutant et des dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens antérieurs. Sans effets sur la capacité de travail, l'assuré présentait notamment des cervico-scapulalgies dans un contexte de discopathie dégénérative C5-C6 et une gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale modérée. Une intervention chirurgicale était probable.

Dans une activité de secrétariat dans l'administration, une capacité de travail à 50% était possible dès le 9 janvier 2012. Par contre, dans une activité de manutention ou dans l'agriculture, une incapacité de travail à 100% devrait être retenue.

30. Par rapport du 30 janvier 2012, la Dresse H_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère et prolongé (F32.2) depuis janvier 2009 et de multiples affections somatiques, dont actuellement la colonne vertébrale. Sur le plan psychiatrique, le pronostic était plutôt favorable. Le traitement consistait en des entretiens psychothérapeutiques de soutien et une médication anti-dépressive.

Au niveau psychique, l'assuré présentait des restrictions: il souffrait de problèmes de concentration, d'adynamie, de fatigabilité en partie psychogènes fluctuants, d'une perte de confiance en ses capacités, lesquelles étaient probablement un peu réduites. À la question de savoir si l'activité exercée était encore exigible, le médecin a répondu progressivement jusqu'à 100%, mais avec des tâches moins stressantes, moins complexes. Le rendement était réduit car l'assuré était plus lent, moins performant. Actuellement, au niveau psychique, il n'y avait pas de vraie incapacité de travail (mais guère avant décembre 2011). Des mesures de placement pourraient être bénéfiques, tel qu'un réentraînement à un rythme de travail afin d'améliorer la confiance en ses capacités. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, déjà maintenant, au niveau psychiatrique. S'agissant de l'anamnèse, le médecin a noté que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% théorique depuis juillet 2011. L'assuré recherchait activement

du travail. Sur le plan objectif et subjectif, les éléments dépressifs n'étaient plus un vrai handicap depuis décembre 2011. Il présentait actuellement des symptômes dépressifs résiduels, avec une dysthymie modérée, une fatigabilité, des problèmes de concentration, de l'anxiété et des troubles du sommeil. Le tout fluctuant et ne représentant pas un handicap important quant à la reprise du travail. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées. Une augmentation progressive de la capacité de travail était préférable. 31. Le 7 février 2012, le SMR a indiqué que l'assuré avait signalé une aggravation de son état de santé depuis juillet 2011 (lombo-cruralgies L3-L4). À la lecture des derniers rapports de la Dresse H_____ et du Dr I_____, il était évident que la situation n'était pas stabilisée. 32. Par rapport du 30 mars 2012, le professeur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué les diagnostics somatiques présentés par l'assuré. Ce dernier était connu pour des problèmes lombaires de longue date et avait été opéré en 1985 et 1989. Les évolutions post-opératoires avaient été bonnes, jusqu'en juillet 2011. Depuis, il ne pouvait plus gérer les lombo-pygalgies gauches et actuellement les sciatalgies gauches à bascule avec des cruralgies droites. Des infiltrations avaient été faites en 2011 et en 2012. 33. Dès le 4 avril 2012, l'assuré a été en incapacité de travail totale attestée par la Dresse E_____. 34. Du 30 avril au 7 mai 2012, l'assuré a été hospitalisé. Il a subi, le 4 mai 2012, une décompression L3-L4 droite et une discectomie minimale invasive. Les diagnostics principaux étaient une hernie discale L3-L4 droite, une sténose canalaire L3-L4 et un status post-spondylodèse L4-L5, L5-S1 (rapport du 18 mai 2012 du docteur K_____, chef de clinique auprès du CHUV). 35. Dès le 1^{er} mai 2012, l'assurance perte de gain maladie du service de l'emploi du canton de Vaud a versé des indemnités journalières. 36. Par rapport du 6 juin 2012, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé notamment que l'assuré avait présenté des blocages du dos en juillet 2011 et des difficultés à la marche. Il était en arrêt de travail depuis le mois d'avril 2012. 37. Du 9 au 27 juillet 2012, l'assuré a été hospitalisé pour une réhabilitation de lombo-sciatalgies droites, lombo-cruralgies gauches et cervico-scapulalgies chroniques. Depuis juillet 2011, il présentait une récurrence de lombalgies et des difficultés à la marche liées à une décompensation aiguë sur hernie discale. Il y avait peu d'amélioration malgré le traitement intensif (rapport du Dr L_____ du 13 août 2012). 38. Par rapport du 23 juillet 2012, la Dresse H_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était plus ou moins aggravé depuis mars 2012. Depuis lors, les affections neuro-orthopédiques étaient au premier plan et les seules causes de l'incapacité de travail. S'agissant des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, les troubles physiques invalidants avaient une influence sur la thymie, qui s'était dépréciée; le rendement, la concentration et la confiance en soi s'altéraient aussi, cela aussi en raison de l'absence d'activité prolongée et de l'âge. Il allait être de plus en plus difficile de réinsérer l'assuré, et le moment venu, une nouvelle estimation de ses compétences, avec une aide au placement et refocalisation, allaient être nécessaires. Sur le plan psychique, l'assuré poursuivait des entretiens de soutien et une médication anti-dépressive. Les troubles psychiques, déjà traités depuis 2010, étaient très atténués. Les troubles somatiques étaient en cause actuellement. S'agissant de la capacité de travail, il convenait de voir avec le neurologue et l'orthopédiste. Lorsqu'une reprise serait possible, une réévaluation des compétences devrait avoir lieu, par le biais de tests psychologiques spécifiques. 39. Par rapport du 20 août 2012, la Dresse E_____ a rappelé notamment que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis avril 2012. Les

diagnostics avec influence sur la capacité de travail étaient des lombo-sciatalgies bilatérales et lombo-cruralgies gauches dans le cadre d'une sténose canalaire L3-L4, un status post-décompression L3-L4 droite une discectomie minimale invasive L3-L4 ainsi que des cervico-brachialgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs (arthrose postérieure, discopathies multi-étagées). Cette symptomatologie engendrait de nombreuses restrictions fonctionnelles. L'assuré ne pouvait rester longtemps dans la même position, avec une limitation de la mobilité et des difficultés à se concentrer. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 avril 2012 en tant que gestionnaire. 40. Par rapport du 13 septembre 2012, le Dr I_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré sur le plan lombaire et cervical s'était péjoré. Il présentait des lombo-cruralgies invalidantes à bascule et des cervico-scapulalgies. Les deux problématiques avaient une influence sur la capacité de travail, à 50% chacune. Une décompression canalaire lombaire était prévue le 19 septembre 2012. Un geste chirurgical au niveau cervical s'imposait en différé. Depuis juin 2012, l'état de santé s'était modifié de façon notable. Depuis juillet 2011, il y avait eu une aggravation manifeste et qui avait influencé négativement la capacité de travail. Dans une activité de manutention ou dans l'agriculture, une incapacité de travail totale existait depuis juillet 2011. Une reprise de travail n'était pas possible actuellement. Enfin, l'assuré poursuivait sa prise en charge psychiatrique suite à son burn-out en 2009. 41. Le 20 septembre 2012, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale, soit une décompression L3-L4 gauche, une décompression foraminale L5-S1 gauche, TLIF gauche L5-S1 et une spondylodèse L3-S1 (rapports des 27 septembre et 9 octobre 2012 du Prof. J_____). 42. L'incapacité de travail totale a ensuite été prolongée par le Prof. J_____. 43. Par rapport du 19 décembre 2012, la Dresse E_____ a rappelé notamment que depuis avril 2012, l'assuré présentait des lombalgies avec lombosciatalgies droites et lombo-cruralgies gauches. Les sciatalgies s'étaient progressivement améliorées. Il ressentait encore des lombalgies et des douleurs assez importantes dans les sacro-iliaques, aggravées à la marche, en conduisant et en restant longtemps dans la même position. En août 2012, des cervico-brachialgies gauches étaient apparues et depuis deux mois, l'assuré avait des cervico-brachialgies droites, intenses. Elles occasionnaient également des limitations fonctionnelles. En conclusion, l'assuré était toujours en incapacité de travail totale. 44. Par rapport du 17 janvier 2013, le SMR a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 26 janvier 2010 pour un épisode dépressif sévère lié à un surmenage professionnel. L'état psychique de l'assuré avait beaucoup varié pour s'améliorer notablement depuis septembre 2011. Le Dr D_____ attestait une pleine capacité de travail pour toute activité, depuis le 13 septembre 2011, sans aucune limitation fonctionnelle. La Dresse E_____ avait indiqué que l'incapacité de travail était due au problème psychiatrique et elle confirmait que la hernie discale n'avait pas d'incidence. Elle ne relevait pas non plus de limitation fonctionnelle. On pouvait donc considérer que la capacité de travail était totale pour toute activité, sans limitation, dès le 1^{er} juillet (sic) 2011. 45. En février 2012, l'assuré avait signalé une aggravation depuis juillet 2011 (lombo-cruralgie L3-L4 gauche). Une intervention avait eu lieu le 20 septembre 2012. Selon un rapport du 9 novembre 2012, le Prof. J_____ avait indiqué que l'évolution était plutôt favorable, avec disparition des sciatalgies. Le 19 décembre 2012, la Dresse E_____ attestait toujours une incapacité de travail totale. Par conséquent, l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé. 45. Lors de la consultation du 27 mars 2013, le Prof. J_____ a estimé que l'assuré était très limité par les douleurs résiduelles, que ce soit lombaires ou cervicales. Une reprise du travail à 100% n'était pas envisageable.

46. Par rapport du 12 avril 2013, le Prof. J_____ a réitéré que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas suffisamment amélioré pour qu'il puisse reprendre une activité professionnelle.

47. Le 2 mai 2013, le Dr L_____ a adressé à la Dresse E_____ un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) de l'assuré, effectuée fin mars 2013. Selon le médecin, une alternance des postures était fondamentale, il n'y avait pas de limitation de la marche et le port de charges était possible à certaines conditions. Ainsi, dans une activité administrative, avec des limitations liées purement aux problèmes physiques, sa capacité de travail était de 50%.

48. Par rapports des 7 et 8 mai 2013, la Dresse E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, avec un nouveau diagnostic, soit une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite. Les diagnostics ayant une influence sur sa capacité de travail étaient un status après décompression L3-L4 gauche, un status six mois post-décompression foraminale et TLIF L5-S1 gauche avec spondylodèse L3-S1, un status post-décompression L3-L4 droite et discectomie en mai 2012, des cervico-brachialgies bilatérales prédominant à droite sur arthrose postérieure et discopathies multi-étagées. Le pronostic était réservé, les symptômes gênants persistaient, avec d'importantes restrictions fonctionnelles qu'elle citait, malgré un traitement maximal. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était totale dans toute activité.

49. Par rapport du 15 mai 2013 à l'OAI, le Dr L_____ a diagnostiqué des cervico-scapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, des lombo-sciatalgies chroniques dans le cadre d'un status après stabilisation L3-S1 en 2012, un status après spondylodèse L4-L5 et L5-S1 en 1989 et un status après laminectomie L4-L5 en 1985. Il suivait l'assuré depuis le 2 juin 2012. En juillet 2011, l'assuré avait présenté des blocages lombaires et des nombreuses infiltrations avaient été effectuées. Suite aux interventions chirurgicales, les problèmes s'étaient stabilisés. Le problème principal restait les cervico-brachialgies avec des douleurs dans les avant-bras et les mains.

L'assuré avait exercé la profession d'agriculteur, puis de Secrétaire général dans une fondation. L'activité exercée n'était plus exigible. Sur le plan purement orthopédique, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% depuis le 1^{er} avril 2013. Le médecin a joint un rapport d'ECF de mars 2013, selon lequel une activité adaptée devait permettre des changements fréquents de positions, limiter les déplacements et le port de charges.

50. Une incapacité de travail totale pour le mois de juin 2013 a été constatée par le Prof. J_____.

51. Par rapport du 13 juin 2013, le SMR a indiqué que l'incapacité de travail depuis le 26 janvier 2010 était due à un épisode dépressif sévère et à des douleurs de tout l'axe rachidien. L'état psychique de l'assuré s'était notablement amélioré depuis septembre 2011 selon le Dr D_____ qui attestait alors une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 13 septembre 2011, sans aucune limitation fonctionnelle. À l'époque, la Dresse E_____ avait confirmé que la problématique de la hernie discale n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré.

À partir du 1^{er} juillet (sic) 2011, la capacité de travail pouvait alors être considérée comme totale, pour toute activité, sans limitation. En février 2012, l'assuré avait signalé une aggravation de son état de santé depuis juillet 2011 (lombo-cruralgie L3-L4 et cervico-brachialgies). En avril 2013, le Prof. J_____ avait estimé que l'assuré n'avait pas encore retrouvé une pleine capacité de travail. Le 8 mai 2013, la Dresse E_____ avait signalé des lombalgies post-chirurgicales, des rachialgies et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. L'incapacité était totale dans toute activité. Selon le Dr L_____, l'activité exercée par l'assuré n'était médicalement plus exigible, et sa capacité de travail était de 50% dès le 1^{er} avril 2013. Selon le rapport ECF, une activité adaptée devait permettre les

changements fréquents de positions, limiter les déplacements et le port de charges. Au vu des différents éléments, il était difficile de se faire une idée précise de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles, elles semblaient relativement limitées à la lecture du rapport de l'ergothérapeute, mais l'état de santé de l'assuré semblait très dégradé. Par ailleurs, le SMR avait du mal à comprendre aussi pour quelle raison l'ancienne activité n'était définitivement plus adaptée. Ainsi, il proposait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, neurochirurgie et psychiatrie). 52. Par rapport du 6 juillet 2013, le Prof. J_____ a informé l'OAI que l'assuré avait fait une chute avec une aggravation de ses douleurs. 53. Par rapport du 9 juillet 2013, le Dr L_____ a apporté des modifications à l'ECF de l'assuré : une alternance des postures restait fondamentale en raison des atteintes lombaires. La marche était restreinte, contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport du 2 mai 2013, une marche de 400 m pouvant se faire, mais de manière occasionnelle, et surtout lente, comme cela ressortait de l'examen. Le port de charge fréquent sol-taille était de 6 kg et fréquent taille-tête de 9 kg. 54. Par rapport du 2 août 2013, le Prof. J_____ a diagnostiqué une pseudarthrose L3-L4, un status à dix mois post-décompression foraminale et TLIF L5-S1 gauche, spondylodèse L3-S1, un status post-décompression L3-L4, un status post-vissage facettaire selon King L4-L5 droit et L5-S1 bilatéral et des cervico-brachialgies. Les douleurs s'étaient aggravées depuis une semaine au point que l'assuré avait beaucoup de peine à se déplacer. Le nouveau contrôle radiologique ne mettait pas en évidence de changement, mais le médecin devinait toujours un descellement de vis L3, confirmé par le CT-scan. Un geste chirurgical était proposé. 55. Par rapport du 26 août 2013, la Dresse E_____ a indiqué à l'OAI qu'à la consultation de ce jour, elle avait également constaté une importante aggravation de la symptomatologie sur le plan lombaire. Vu la situation financière difficile de l'assuré, elle souhaitait que l'OAI le contacte le plus rapidement possible. 56. Le 22 septembre 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il consultait à nouveau la Dresse H_____, laquelle lui avait prescrit un traitement médicamenteux. 57. L'incapacité de travail totale a ensuite été prolongée par le Prof. J_____. 58. Le 4 novembre 2013, l'assuré a subi une spondylodèse latérale intersomatique L3-L4 et son incapacité de travail totale a été prolongée. 59. Par rapport du 2 avril 2014, le Prof. J_____ a indiqué une amélioration des lombalgies hautes et des douleurs de l'épaule. Par contre, il persistait encore des lombalgies basses et des cervicalgies. Une prise en charge auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) était prévue. Il convenait d'en profiter pour effectuer une évaluation de ses capacités fonctionnelles. 60. L'incapacité de travail totale a ensuite été prolongée par le Prof. J_____. 61. Le 12 mai 2014, l'OAI a informé l'assuré que selon le SMR, l'expertise devait être maintenue. 62. Du 16 juillet au 5 août 2014, l'assuré a séjourné auprès de la CRR pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour des dorsolombalgies chroniques. L'assuré présentait des atteintes somatiques et une incapacité de travail totale du 16 juillet au 20 août 2014 (rapport du 19 septembre 2014). 63. L'incapacité de travail totale a ensuite été prolongée par le Prof. J_____. 64. Le 9 octobre 2014, l'assuré a expliqué à l'OAI que dans le cadre de l'assurance-chômage, il avait commencé en mars 2012 un stage, qu'il avait dû arrêter après 15 jours en raison du dos et de la nuque. Depuis avril 2012, il était sous certificat d'arrêt maladie à 100%, lequel persistait. Il était toujours dans l'attente d'une expertise. 65. L'OAI a répondu à l'assuré qu'au vu des nombreuses pièces reçues depuis que l'expertise avait été prévue, son dossier allait être rediscuté avec le SMR.

66. Par courriel du 7 novembre 2014 à l'OAI, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a signalé que la Dresse E_____ considérait que dans son activité habituelle de cadre, la capacité de travail de l'assuré restait nulle par le fait qu'il présentait une résistance au stress et une capacité d'adaptation diminuées. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (épargne du dos, genoux et épaule droite), la capacité de travail n'était que de 50%. Ceci était aussi en lien avec le fait que l'assuré présentait de nombreuses comorbidités, nécessitait de la physiothérapie 1-2 fois par semaine et des contrôles cliniques réguliers. En conclusion, le médecin traitant retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50% (temps et rendement) dans une activité adaptée à partir de novembre 2014.

67. Le 7 novembre 2014, l'OAI a indiqué que l'incapacité de travail durable avait débuté en janvier 2010. L'incapacité de travail était donc apparemment considérée comme entière, durable et notable depuis cette période. Il convenait encore de déterminer si la capacité de travail de 50% était exigible dès avril 2013 (selon l'avis du SMR du 13 juin 2013) ou dès novembre 2014.

L'assuré disposait de certaines compétences professionnelles qu'il pourrait mettre en valeur sur le marché du travail sans formation complémentaire, en d'autres termes, sans mesures de réadaptation. Il convenait de présenter le dossier au service de réadaptation afin qu'il détermine le revenu d'invalidé exigible dans un poste adapté sans trop de stress, épargnant le dos, les genoux et l'épaule droite.

68. Le 5 décembre 2014, le SMR a estimé que manifestement, le début de la capacité de travail à 50% était en avril 2013.

69. Par projet de décision du 8 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} mars 2011 (degré 100%) et dès le 1^{er} juillet 2013 (degré 79%).

L'instruction du dossier avait permis de constater que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale dès le 25 janvier 2010 (début du délai d'attente d'un an) dans toute activité professionnelle. Le 25 janvier 2011, il présentait encore une capacité de travail nulle dans toute activité. Dès lors, dès le 1^{er} mars 2011, soit six mois après le dépôt de la demande, il avait droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100%. Cependant, dès le mois d'avril 2013, le SMR avait estimé que l'incapacité de travail dans l'ancienne activité de cadre était toujours entière, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 50%. Après comparaison des revenus avec invalidité (CHF 36'684.-) et sans invalidité (CHF 175'412.-) en 2013, il en résultait un degré d'invalidité de 79%. Dès le 1^{er} juillet 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée, l'assuré avait droit à une rente entière d'un degré de 79%. Le salaire avec invalidité tenait compte des limitations fonctionnelles (résistance au stress et capacité d'adaptation diminuées, épargne du dos, des genoux et de l'épaule droite). Vu les compétences professionnelles acquises par l'assuré lors de sa carrière, l'activité adaptée se situait dans le domaine tertiaire. Il y avait lieu de se baser sur le tableau TA7, secteur 23 (autres activités commerciales et administratives) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, selon lequel un homme travaillant dans une activité de niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées), pouvait espérer réaliser un revenu annuel de CHF 84'240.-, correspondant après indexation à 2013, à CHF 43'158.- à 50%. Vu le taux d'occupation et l'âge de l'assuré, une réduction de 15% pouvait être accordée, soit un revenu d'invalidé de CHF 36'684.-. Ce projet a été adressé à la caisse de prévoyance.

70. Par rapport du 17 décembre 2014 au SMR, la Dresse E_____ s'est référée aux entretiens téléphoniques qu'elle avait eus avec la Dresse M_____ les 31 octobre et 7 novembre 2014. S'agissant des diagnostics et problèmes médicaux actuels, elle renvoyait à la lettre de sortie de la CRR du 19 septembre 2014.

Elle confirmait ainsi les points évoqués:

- étant donné que du 1^{er} avril 2012 au 31 octobre 2014, l'incapacité de travail de 100% de l'assuré était due à des problèmes ostéo-articulaires et non plus psychiatriques, le SMR avait décidé de sortir son dossier de Méd@p;![endif]>![if> - l'incapacité de travail de l'assuré était de 50% dès le 1^{er} novembre 2014, car son état restait fragile et il nécessitait à long terme la poursuite régulière de traitements médicaux conséquents;![endif]>![if> - il pouvait reprendre une activité dans le domaine de l'administration, aux conditions suivantes: possibilité de changer fréquemment de position, ne pas porter de charges de plus de 7,5 kg, étant précisé que l'assuré n'était plus apte à occuper un poste de cadre avec des responsabilités (il restait vulnérable au stress).![endif]>![if> Elle a joint notamment un rapport du 13 novembre 2014 du Prof. J. _____ indiquant qu'une reprise à 50% dès le 1^{er} novembre 2014 dans une activité adaptée, avec un port de charges limité à 7,5 kg était raisonnable. 71. Par rapports des 25 février et 2 mars 2015, la Dresse E. _____ a rappelé les diagnostics somatiques présentés par l'assuré. Elle a indiqué notamment que les troubles de l'adaptation avec humeurs dépressive et anxieuse (burn-out de 2010 et 2011) s'étaient amendés. L'assuré restait cependant sensible au stress.![endif]>![if> Les douleurs somatiques et la restriction de la mobilité de la colonne vertébrale et cervicale entravaient l'assuré dans ses activités. Il n'était apte qu'à effectuer une activité à 50% dans laquelle il devait changer fréquemment de position et ne pas porter des charges de plus de 7,5 kg. En raison d'une vulnérabilité au stress, il ne pouvait plus occuper un poste de cadre. Le médecin a précisé que l'assuré présentait une affection psychiatrique, à savoir des antécédents d'un burn-out en 2010-2011. Il suivait un traitement anti-dépresseur et anxiolytique (Trittico et Deanxit). 72. Par décision du 8 avril 2015, reprenant les motifs indiqués dans son projet du 8 décembre 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} mars 2011 (soit 6 mois après le dépôt de la demande), pour un degré de 100%. Dès le 1^{er} juillet 2013, le degré d'invalidité était de 79%. Une copie de cette décision était adressée à la caisse de prévoyance.![endif]>![if> 73. En novembre 2015, l'OAI du canton de Genève a transmis le dossier à l'OAI du canton de Vaud.![endif]>![if> Prétentions de l'assuré à l'égard de la caisse de prévoyance 74. Le 29 janvier 2015, l'assuré a sollicité des prestations d'invalidité auprès de la caisse de prévoyance.![endif]>![if> 75. Le 28 août 2015, la caisse de prévoyance a, sur la base notamment de la décision de l'OAI du 8 avril 2015, reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité à 100% du 1^{er} mars au 30 juin 2011. Elle estimait qu'elle n'était pas compétente pour la prise en charge de l'invalidité après le 30 juin 2011. En effet, selon le dossier de l'OAI, l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité après le mois de juin 2011 était apparue à une période durant laquelle l'assuré n'était pas assujéti à la caisse de prévoyance. En outre, en raison du différé des prestations jusqu'au 30 juin 2011, aucune prestation d'invalidité ne pouvait lui être versée.![endif]>![if> 76. Le 12 juillet 2016, la caisse de prévoyance a signé une déclaration de renonciation à la prescription.![endif]>![if> Prétentions de l'assuré à l'égard de l'institution supplétive 77. Le 1^{er} septembre 2015, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'institution supplétive.![endif]>![if> 78. Le 28 juin 2016, celle-ci a rejeté la demande de l'assuré au motif qu'il était déjà invalide à plus 70% au sens de l'AI lors de son inscription au chômage. L'assuré n'était donc pas couvert par l'assurance de risque des chômeurs. Les cotisations de la prévoyance professionnelle à l'assurance de risque des chômeurs avaient donc été extournées par le SECO.![endif]>![if> 79. Le 5 juillet 2016, l'institution supplétive a signé une déclaration de renonciation à la prescription.![endif]>![if> 80. Par acte du 23 janvier 2017, l'assuré a déposé une demande en paiement auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour

de justice, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce que l'institution supplétive soit condamnée à lui verser l'avance de rente minimale entière, avec effet au 1^{er} mars 2011, majorée des indexations légales; principalement, à ce que la caisse de prévoyance soit condamnée à lui verser le montant correspondant aux rentes entières d'invalidité dues du 1^{er} mars 2011 au 31 janvier 2017, avec un intérêt à 5% dès le 23 janvier 2017, et une rente entière d'invalidité mensuelle dès le 1^{er} février 2017, avec un intérêt à 5% l'an, subsidiairement, à ce que l'institution supplétive soit condamnée à lui verser le montant correspondant aux rentes entières d'invalidité dues du 1^{er} avril 2012 au 31 janvier 2017, avec intérêts à 5% l'an dès le 23 janvier 2017, et une rente entière d'invalidité mensuelle dès le 1^{er} février 2017, avec intérêts à 5% l'an.!

Par décision du 8 avril 2015, l'OAI lui avait octroyé une rente entière dès le 1^{er} mars 2011 (100%) et dès le 1^{er} juillet 2013 (à 79%). Cette décision avait été notifiée à la défenderesse principale et aucun recours n'avait été formé. Il était également au bénéfice d'une rente entière d'invalidité des autorités britanniques qui lui avaient reconnu une incapacité de travail ininterrompue depuis le 1^{er} mars 2011. Le demandeur a fait valoir qu'il était durablement incapable d'exercer son activité habituelle de cadre, avec les responsabilités qui en découlaient, en raison de son état anxio-dépressif et du fait qu'il restait vulnérable au stress. Cette incapacité était une conséquence du burn-out dont il avait souffert depuis fin 2009 et la période de chômage entre juin 2011 et avril 2012 n'avait pas interrompu cette connexité. Il n'avait exercé aucune activité professionnelle durant cette période. Il avait poursuivi un traitement psychothérapeutique sur conseil de son médecin traitant jusqu'à fin 2015, avec prescription d'antidépresseurs et anxiolytiques. Il avait présenté une amélioration de sa capacité de travail dès le début du mois de juin 2011 (à 50%) et dès le mois d'août 2011 (à 100%) attestée par le Dr D_____. Dès le mois d'août 2011, il avait subi une aggravation de son état de santé, en raison de problèmes ostéo-articulaires et le 4 avril 2012, une incapacité de travail durable avait été attestée. C'était à tort que la défenderesse principale estimait ne pas être responsable de la prise en charge de l'invalidité survenue après le 30 juin 2011 en raison du fait que l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de cette invalidité serait apparue à une période durant laquelle le demandeur n'était pas assujéti à la défenderesse principale. Celle-ci était liée par l'estimation de l'invalidité de l'OAI, sauf si cette estimation apparaissait d'emblée insoutenable. Or, cette condition n'était pas réalisée en l'espèce. La force contraignante valait non seulement pour la fixation du degré d'invalidité, mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'était détériorée de manière sensible et durable. En outre, la défenderesse avait été valablement intégrée à la procédure menée par l'OAI. Il n'était pas contesté que le demandeur était affilié auprès de la défenderesse principale lorsqu'était survenue son incapacité de travail dès le 25 janvier 2010, due principalement à un état anxio-dépressif sévère (burn-out). La défenderesse principale était donc tenue de verser une rente entière d'invalidité, avec effet au 1^{er} mars 2011, sous réserve d'un éventuel différé des prestations. Si, par impossible, la chambre de céans devait considérer que la défenderesse principale n'était pas tenue de verser la rente entière d'invalidité, ce serait alors à la défenderesse subsidiaire de le faire, à compter du mois d'avril 2012. C'était en effet à tort que la défenderesse subsidiaire considérait qu'il n'avait pas été affilié auprès d'elle. Il avait valablement cotisé à l'assurance obligatoire des chômeurs entre juillet 2011 et mai 2012, période pendant laquelle il était apte à travailler. La prétendue adaptation opérée par le SECO n'avait pas fait l'objet d'une décision notifiée au demandeur. Les cotisations versées par le demandeur n'avaient jamais fait l'objet d'un remboursement. Par conséquent,

il était couvert par cette assurance au moment où était survenue son incapacité de travail durable dès le 4 avril 2012 due notamment aux atteintes ostéo-articulaires. Ces troubles somatiques étaient une cause de son invalidité. Enfin, il revenait à la défenderesse subsidiaire de verser les prestations préalables. À l'appui de sa demande, le demandeur a produit notamment: – un courrier du 2 avril 2015 de l'assureur perte de gain de l'employeur concernant les indemnités journalières versées du 1^{er} mars au 31 mai 2011 à 100% et du 1^{er} juin au 31 juillet 2011 à 50%; – un rapport de la Dresse H_____ du 12 janvier 2017, selon lequel le demandeur avait été son patient de septembre 2011 à l'été 2015. Il avait bénéficié d'un traitement psychothérapeutique de soutien avec médication, sur un mode soutenu durant deux ans, puis de façon espacée. Il présentait un état dépressif anxieux et d'épuisement sévère, survenu dans les suites d'un burn-out en 2009, et avait déjà été pris en charge de 2010 à juin 2011 pour cette même pathologie. Depuis lors, son état, amélioré par périodes, puis récidivant, avait nécessité la prise presque permanente de médicaments, antidépresseurs et anxiolytiques (Cipralex, puis Cymbalta, puis Trittico et Deanxit). Le demandeur était déjà très fragilisé en 2009-2010, adynamique et en totale perte de confiance en ses capacités. À la longue, la conjonction de ses troubles anxio-dépressifs de gravité fluctuante et de ses troubles physiques handicapants et nécessitant des interventions orthopédiques, de même que les recherches infructueuses de travail, avaient laminé son élan vital et l'avaient rendu de fait guère capable de travailler.

81. Par réponse du 14 mars 2017, la défenderesse principale a conclu, principalement, au rejet de la demande et, subsidiairement, au constat que le début du droit à la rente et le montant de la rente doivent être fixés en application des dispositions réglementaires. L'assujettissement du demandeur avait duré du 1^{er} décembre 2003 au 31 janvier 2011. L'incapacité de travail débutée le 26 janvier 2010 était due uniquement à un état anxio-dépressif et avait pris fin en juin 2011. Dès le 1^{er} août 2011, le Dr D_____ avait attesté une reprise à 100%. Le 12 septembre 2011, ce médecin avait attesté que le demandeur était guéri de son trouble dépressif. La reprise de l'activité à 100% dès juillet 2011 avait également été attestée par la Dresse H_____ et la Dresse E_____ n'avait plus attesté d'incapacité de travail en lien avec l'état anxio-dépressif après cette période. Le SMR avait également retenu une capacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2011 (avis du 10 octobre 2011). Le demandeur s'était inscrit au chômage le 21 juin 2011, se sentant donc apte à reprendre une activité lucrative. Le demandeur avait ainsi connu une rémission complète des troubles psychiatriques qui ne justifiaient plus aucune incapacité de travail dès juillet 2011. À cette période, des troubles ostéo-articulaires étaient toutefois apparus et étaient les seuls à l'origine de l'incapacité de travail durable, à l'exclusion de toute atteinte psychique. Il n'y avait pas eu de rechute sur le plan psychique. Selon la défenderesse principale, la motivation de la décision de l'OAI, en tant qu'elle retenait qu'au mois d'avril 2013, l'incapacité de travail et de gain du demandeur dans son ancienne activité de cadre étaient toujours de 100% était erronée et insoutenable. La défenderesse principale n'était donc pas compétente pour la prise en charge de l'invalidité du demandeur après le 30 juin 2011. La défenderesse principale s'étonnait que l'OAI ait pu admettre une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de cadre sur la base d'une simple conversation téléphonique avec le médecin traitant, en l'absence de tout diagnostic psychiatrique. En outre, aucune explication n'était fournie quant au fait qu'une simple diminution de la résistance au stress et de la capacité d'adaptation aurait pour conséquence une capacité de travail nulle. Le demandeur ne présentait aucune incapacité de travail pour raisons psychiques et il était manifeste que l'OAI ne pouvait, sur la base du dossier en sa

possession, valablement retenir l'existence d'une incapacité de travail complète dans l'ancienne activité. C'était donc de manière incompréhensible et insoutenable que l'OAI avait retenu, dans sa décision du 8 avril 2015, que l'incapacité de travail et de gain dans l'activité de cadre était toujours de 100%. Ainsi, étant donné que l'incapacité de travail du demandeur dont la cause était à l'origine de l'invalidité avait pris fin au 30 juin 2011, la défenderesse principale avait reconnu sa compétence pour la prise en charge de l'invalidité pour une période limitée à cette date. La rente d'invalidité octroyée dès le 1^{er} juillet 2011 était due à une incapacité de travail dont la cause était survenue postérieurement à l'assujettissement auprès de la défenderesse principale. Ainsi, le lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail dont la cause était survenue durant l'assujettissement auprès de la défenderesse principale et l'invalidité qui s'était poursuivie après le mois de juin 2011 avait été rompu. En outre, le demandeur avait été reconnu apte au placement à 100% entre le mois de juin 2011 et avril 2012, de sorte que le lien de connexité temporelle avait également été rompu. Le règlement de la défenderesse principale reprenait la définition de l'invalidité selon la LAI, et elle avait admis sa compétence pour la prise en charge de l'invalidité du demandeur pour la période du 1^{er} mars au 30 juin 2011. Dès le 1^{er} juillet 2011, l'incapacité de travail n'était plus due aux troubles psychiques, mais aux troubles ostéo-articulaires. La décision de l'OAI, en tant qu'elle retenait l'existence d'une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité au-delà du mois de juin 2011 était insoutenable et ne liait donc pas la défenderesse principale. La prise en charge de l'invalidité par la défenderesse principale au-delà du mois de juin 2011 devait être niée. La défenderesse principale a produit notamment son règlement (édition 1^{er} janvier 2005) et celui valable dès le 1^{er} janvier 2007 et les avenants n°1 et n°2. 82. Par réponse du 6 avril 2017, la défenderesse subsidiaire a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. L'amélioration de l'état de santé du demandeur en 2011 n'avait été que relative, passagère et temporaire. Preuve en était la poursuite, jusqu'à fin 2015, du traitement médicamenteux antidépressif et du soutien psychologique. Par ailleurs, les troubles lombaires invalidants étaient signalés avant août 2011. Depuis 2010, le demandeur était incapable d'exercer son activité habituelle de cadre, avec les responsabilités qui en découlaient, en raison de son état anxio-dépressif et de sa vulnérabilité ou fragilité au stress. Il existait ainsi un rapport de connexité entre l'incapacité de travail survenue fin 2009-début 2010 et les nombreuses fluctuations et rechutes. Le demandeur n'avait plus exercé d'activité professionnelle déterminante depuis 2010. La brève période - injustifiée - de chômage entre juin 2011 et avril 2012 n'avait pas interrompu la connexité. C'était la raison pour laquelle les indemnités de l'assurance-chômage, versées à tort dès juillet 2011, avaient été extournées au demandeur par le SECO. Partant, il n'y avait pas de couverture d'assurance auprès de la défenderesse subsidiaire. En l'occurrence, l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité était survenue en janvier 2010, date à laquelle le demandeur était assuré auprès de la défenderesse principale. Le rapport de connexité temporelle n'avait pas été rompu jusqu'à l'octroi de la rente d'invalidité de l'OAI. Selon la défenderesse subsidiaire, les troubles somatiques existaient avant la période de chômage de 2011 et s'imbriquaient avec les troubles psychiques, comme l'attestait l'expertise du Dr C _____. Selon cette expertise, le demandeur se bloquait déjà le dos en 2010 et il avait déjà subi des infiltrations en 2011. Les troubles somatiques et psychiques, qui n'avaient jamais cessé d'être invalidants, étaient antérieurs à l'inscription au chômage et remontaient à la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès de la défenderesse principale. Dans les faits, le demandeur n'avait jamais pu reprendre d'activité professionnelle et il n'avait jamais été apte au

placement non plus. Ainsi, les indemnités-chômage avaient été versées à tort. Par conséquent, le demandeur n'avait pas bénéficié d'une couverture d'assurance auprès d'elle et la défenderesse subsidiaire n'était pas responsable de l'invalidité du demandeur. 83. Par ordonnance du 7 avril 2017, la chambre de céans a requis, auprès de l'OAI du canton de Vaud, la production du dossier du demandeur. 84. Par écriture du 27 juin 2017, le demandeur a relevé que les rapports du SMR contenaient des erreurs de dates en lien avec les périodes d'incapacité de travail. Selon le SMR, sa capacité de travail était totale à partir du 1^{er} juillet 2011, alors que cela était contredit par les pièces selon lesquelles il avait recouvré une capacité de travail à 50% du 1^{er} juin 2011 au 31 juillet 2011. Il convenait ainsi de retenir que d'un point de vue psychique, il avait recouvré une capacité de travail entière – dans une activité adaptée tenant compte d'une résistance au stress et d'une capacité d'adaptation diminuées – à compter du début du mois d'août 2011 au plus tôt. 85. Par écriture du 29 juin 2017, la défenderesse principale a réitéré qu'au vu du dossier de l'OAI, il n'existait pas de lien de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail débutée lors de l'assujettissement du demandeur auprès d'elle, qui était d'ordre psychique, et l'incapacité de travail qui avait donné lieu à l'invalidité durable, qui était d'ordre somatique. La compétence de la défenderesse principale pour la prise en charge de l'invalidité était limitée au 30 juin 2011, puisque l'incapacité de travail liée aux troubles psychiques avait pris fin en juin 2011. En revanche, dès cette date, la poursuite de la rente d'invalidité était justifiée par une incapacité de travail en raison de troubles somatiques. Contrairement à ce qu'invoquait la défenderesse subsidiaire, ces troubles somatiques n'avaient eu aucun effet sur la capacité de travail du demandeur durant son assujettissement auprès de la défenderesse principale. Les troubles somatiques étaient devenus incapacitants en juillet 2011, soit après la fin de l'assujettissement du demandeur, et ils étaient les seuls à l'origine de la péjoration de l'état de santé du demandeur. 86. Par écriture du 30 juin 2017, la défenderesse subsidiaire a rappelé avoir requis l'apport des dossiers Swica, SECO/LACI et IPC Presa. Elle a relevé que les pièces faisaient état de ce que le demandeur était handicapé en 2011 par son état de santé dans ses recherches d'emploi. Ainsi, il envisageait un poste à plein temps, alors qu'il nécessitait six demi-journées par mois pour ses consultations médicales, ce qui était incompatible avec une période d'essai. Le demandeur n'avait jamais pu récupérer, après son emploi en janvier 2011, une pleine capacité de travail. Les diverses capacités de travail en étaient demeurées au stade purement théoriques et assécurologiques. Ainsi, l'incapacité de travail responsable de l'invalidité du demandeur était survenue en janvier 2010, date à laquelle il était assuré auprès de la défenderesse principale. 87. Le 24 août 2017, le demandeur a souligné que contrairement à ce que soutenait la défenderesse principale, son incapacité de travail pour les troubles psychiques n'avait pas pris fin en juin 2011: il avait recouvré une capacité de travail entière – dans une activité adaptée tenant compte d'une résistance au stress et d'une capacité d'adaptation diminuées – à compter du début du mois d'août 2011 au plus tôt. Dès cette date, il avait certes recouvré une capacité de travail sur le plan psychique, mais il avait continué à présenter des limitations fonctionnelles à ce titre et seule une activité adaptée était exigible, tenant compte notamment d'une résistance au stress et d'une capacité d'adaptation diminuées, comme cela ressortait de plusieurs rapports médicaux. Il s'était inscrit au chômage sur la base d'un certificat établi par le Dr D_____ attestant une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} juin 2011 et de 100% dès le 1^{er} août 2011. Il s'était investi dans le coaching mis en place par l'OAI et avait sérieusement envisagé une reprise d'activité. Il avait toujours été transparent sur son état de

santé. 88. Par écriture du 24 août 2017, la défenderesse principale a fait valoir que l'incapacité de travail d'ordre psychiatrique avait pris fin en été 2011. Puis une nouvelle atteinte somatique avait justifié une nouvelle incapacité de travail. Celle-ci était survenue lorsque le demandeur n'était plus assujéti auprès d'elle. Même si elle devait reconnaître sa compétence jusqu'au 31 juillet 2011 au lieu du 30 juin 2011, aucune prestation ne serait versée puisque le demandeur avait continué à percevoir des indemnités journalières perte de gain maladie durant cette période. Le dossier AI n'avait pas été instruit correctement. Des facteurs indépendants de l'état de santé du demandeur expliquaient les difficultés à retrouver un nouvel emploi, soit son divorce et son déménagement. Dès l'été 2011, la majeure partie des consultations relevait principalement de la problématique somatique.

89. Par écriture du 25 août 2017, la défenderesse subsidiaire a indiqué arriver à la conclusion, tout comme le demandeur, que la capacité de travail de ce dernier était encore entravée, à tout le moins jusqu'à la fin juillet 2011, sur le plan psychique. Il y avait effectivement de nombreuses confusions dans le dossier AI concernant les dates des incapacités de travail. Enfin, elle réitérait ses arguments avancés dans sa précédente écriture.

90. Par écriture du 19 février 2018, le demandeur a souligné que l'examen des pièces permettait de conclure que, comme l'avait retenu l'OAI, il n'avait jamais retrouvé une capacité de travail entière dans son ancienne activité habituelle de cadre. La position de la défenderesse principale prétendant qu'il n'existerait plus aucune problématique d'ordre psychique après le 30 juin 2011 était insoutenable. L'état psychique du demandeur était demeuré fragile et fluctuant, avec la prise continue d'une médication antidépressive. Il apparaissait clairement qu'il existait un rapport de connexité tant matérielle que temporelle entre l'incapacité de travail survenue en janvier 2010 et l'invalidité justifiant l'octroi d'une rente. L'appréciation de l'OAI dans sa décision du 8 avril 2015 n'apparaissait aucunement insoutenable, de sorte qu'elle avait force contraignante pour la défenderesse principale.

S'agissant des arguments avancés par la défenderesse subsidiaire, le demandeur a fait valoir que l'incapacité de travail invalidante survenue en 2010 était uniquement due à un état anxio-dépressif sévère (burn-out). Il contestait que ses problèmes somatiques aient eu un quelconque caractère invalidant avant l'aggravation de son état de santé en août 2011 en raison de ses problèmes ostéo-articulaires. Ils n'étaient pas invalidants avant le mois d'avril 2012 et le fait qu'il ait subi des infiltrations en 2011 n'y changeait rien. Les troubles somatiques étaient une cause de son invalidité. Par ailleurs, il avait valablement touché des prestations de chômage dès juillet 2011 et avait donc valablement cotisé à l'assurance obligatoire des chômeurs en cas d'invalidité et de décès entre juillet 2011 et mai 2012. Les indemnités n'avaient pas été versées à tort et les cotisations à l'assurance obligatoire des chômeurs en cas d'invalidité et de décès n'avaient jamais fait l'objet d'un remboursement en faveur du demandeur. Par conséquent, il était couvert au moment où était survenue son incapacité de travail durable due à ses troubles ostéo-articulaires certifiée dès le 4 avril 2012. Enfin, la défenderesse subsidiaire avait accepté la prise en charge provisoire des prestations au titre de la prévoyance professionnelle. Par conséquent, le demandeur renonçait à sa conclusion préalable.

91. Par écriture du 13 mars 2018, la défenderesse principale a rappelé que l'assujettissement du demandeur avait pris fin le 31 janvier 2011. À cette date, il était en incapacité de travail pour des raisons exclusivement psychiatriques et ce, depuis plus d'une année. Elle avait admis sa compétence pour la prise en charge de l'invalidité ouverte dès le 1^{er} mars 2011 et limité sa compétence à l'invalidité en lien avec cette atteinte à la santé. Les médecins avaient en effet constaté une amélioration de l'état de santé psychique conduisant

à une reprise de la capacité de travail du demandeur en été 2011. La poursuite de l'incapacité de travail était due à des causes purement somatiques, survenues après la fin de l'assujettissement, raison pour laquelle elle avait mis fin à la prise en charge de l'invalidité au 30 juin 2011. Les réserves émises par les médecins lors de la confirmation de la pleine capacité de travail dès l'été 2011 ne relevaient que de considérations principalement étrangères à l'atteinte psychique, soit l'absence d'activité effective et l'âge du demandeur. La poursuite d'une médication anti-dépressive accompagnée de séances d'entretiens psychothérapeutiques de soutien au-delà de l'été 2011, n'était pas non plus propre, en l'absence d'attestation médicale, à établir l'existence d'une incapacité de travail. Au contraire, l'inscription du demandeur au chômage en juin 2011 et la reconnaissance de son aptitude au placement confirmaient sa pleine capacité de travail. Il n'existait aucun rapport établissant l'existence d'une incapacité de travail pour des raisons psychiques au-delà de l'été 2011. Il était donc arbitraire de retenir que la capacité de travail du demandeur dans l'activité de cadre était demeurée nulle pour des raisons psychiques car la reprise de la pleine capacité de travail sur le plan psychique avait été confirmée par les médecins du demandeur et ils n'étaient pas revenus sur cette appréciation par la suite. En outre, après l'été 2011, les médecins n'avaient évoqué que l'existence d'une incapacité de travail liée aux problèmes somatiques. La décision de l'OAI était donc erronée et arbitraire.

92. Par écriture du 12 avril 2018, la défenderesse subsidiaire a repris ses arguments développés précédemment. Le demandeur n'avait jamais recouvré une capacité de travail dans son ancienne activité habituelle de cadre et il ne pouvait soutenir une aggravation de son état de santé survenue à la fin du mois de mars 2012. Le demandeur était déjà invalide à 70% au moins lors de son inscription au chômage, de sorte que les prestations de chômage avaient été extournées par le SECO.

93. À la demande de la chambre de céans, la défenderesse subsidiaire a produit son règlement de prévoyance en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008.

94. Les 5 et 6 septembre 2018, la caisse cantonale de chômage du canton de Vaud et l'assurance perte de gain maladie du service de l'emploi vaudois ont transmis une copie du dossier du demandeur. Il en résulte notamment que par courrier du 1^{er} septembre 2016, la caisse cantonale de chômage a informé la défenderesse subsidiaire que le demandeur avait bien cotisé à l'assurance de risque des chômeurs pour la période du 21 juin 2011 au 3 mai 2012.

95. Par écriture du 27 septembre 2018, la défenderesse principale a fait valoir que le dossier transmis par l'assurance-chômage confirmait une aptitude au placement à 100% dès le mois d'août 2011, selon le certificat de reprise émis par le Dr D_____. Dès le mois d'avril 2012, le demandeur avait subi une nouvelle incapacité de travail pour des raisons ostéo-articulaires uniquement. Enfin, le dossier de l'assurance perte de gain maladie du service de l'emploi vaudois ne faisait référence qu'aux problèmes de santé physique, sans évoquer une quelconque atteinte psychique.

96. Par écriture du 29 octobre 2018, le demandeur a fait valoir qu'il avait été valablement affilié auprès de la défenderesse subsidiaire du 21 juin 2011 au 5 mai 2012.

97. Par écriture du 20 novembre 2018, la défenderesse subsidiaire a maintenu que les prestations chômage avaient été extournées étant donné que le demandeur était déjà invalide au sens de l'AI à 70% au moins.

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). À 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 1^{er} 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. Un cumul d'actions selon l'art. 7 aLFors (art. 15 du Code de procédure civile suisse, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011 [CPC – RS 272]) doit être admis dans le cadre de la réglementation du for de l'art. 73 al. 3 LPP. Grâce à celui-ci, le tribunal compétent pour une partie défenderesse est compétent pour toutes les parties défenderesses. Ceci vaut également si le droit litigieux relève du droit public (ATF 133 V 488 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2012 du 12 mars 2012 consid. 3.4 et les références citées ; MEYER/UTTINGER, in *Commentaire LPP et LFLP*, 2010, n° 99 ad. art. 73 LPP).

d. 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. Le demandeur travaillait dans le canton de Genève au service de B_____ lorsqu'il était affilié auprès de la défenderesse principale, de sorte que la compétence de la chambre de céans à l'égard de celle-ci est donnée. Il s'ensuit que le for situé dans ce canton doit être également admis à l'égard de la défenderesse subsidiaire, ce que cette dernière ne conteste pas. Par conséquent, 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 du 17 mai 2016).

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. Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité.

4. a. Selon l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 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 (let. a), à trois quarts

de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins (let. b), à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins (let. c), et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (let. d). !endif]>![if> b. 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). Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; ATf 123 V 262 consid. 1b ; ATF 120 V 112 consid. 2b). c. 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). 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). 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). 5. Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6 et la référence citée). 6. Le fait que les décisions de l'assurance-invalidité fédérale lient en principe les institutions de prévoyance (ATF 123 V 270 consid. 2a, ATF 115 V 208 consid. 2b, ATF 129 V 73 consid. 4.2) n'y change rien. Ce principe trouve en effet sa limite lorsque la décision de l'assurance-invalidité n'est pas soutenable (ATF 126 V 308 consid. 1 in fine, ATF 120 V 106 consid. 3c) et lorsque la décision des organes de l'assurance-invalidité est fondée sur des éléments sans pertinence pour la détermination du droit à une pension de prévoyance. Tel est précisément le cas lorsque le degré d'invalidité fixé par les organes de l'assurance-invalidité résulte de plusieurs causes dont seules certaines sont à l'origine d'une incapacité de travail survenue durant l'affiliation à une institution de prévoyance au sens de l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.92/06 consid. 4.3 et la référence citée). 6. 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% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.105/03 du 14 mars 2005 consid. 1). 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, in Commentaire LPP et LFLP, n. 7 ad art. 23 LPP). 7. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B.62/01 du 24 juin 2002 consid. 1b; 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).

7. a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 143 V 434 consid. 2.2; ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 126 V 308 consid. 1). 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).

Le Tribunal fédéral (consid. 2.3.2 non publié de l'ATF 130 V 501, mais dans SVR 2005 BVG n° 5 p. 14) a encore précisé que la force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes. Elle ne vaut dès lors qu'en ce qui concerne les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité qui étaient déterminantes dans la procédure de l'assurance-invalidité pour établir le droit à une rente d'invalidité et qui devaient effectivement faire l'objet d'une détermination. Dans le cas contraire, les organes de la prévoyance professionnelle sont tenus d'examiner librement les conditions du droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 4.1). Le fait que l'assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n'exclut donc pas que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue (dans une mesure plus restreinte) plus d'une année auparavant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3).

b. Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'office AI à revenir sur sa décision

initiale dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 130 V 270 consid. 3.1; ATF 126 V 308 consid. 2a). Le caractère insoutenable d'une décision relève d'une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 4.2).

8. a. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations (art. 26 al. 1 LPP). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (art. 26 al. 2 LPP).

b. Le droit aux prestations s'éteint au décès du bénéficiaire ou, sous réserve de l'art. 26a, à la disparition de l'invalidité (art. 26 al. 3 1^{ère} phrase LPP). Pour déterminer le moment où le droit à la rente d'invalidité LPP est perdu, il faut, selon l'ATF 133 V 67, appliquer par analogie les dispositions régissant l'assurance-invalidité. D'après l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), l'invalidité est dans tous les cas réputée disparue lorsque l'amélioration de la capacité de travail a duré trois mois sans interruption notable, sans qu'une complication prochaine soit à craindre (HÜRZELER, op. cit., n° 27 ad art. 26 LPP).

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).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

a. En l'espèce, le demandeur fait valoir qu'il a droit à une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse principale en se fondant sur la décision de l'OAI du 8 avril 2015.

b. Il n'est pas contesté que les rapports de travail du demandeur auprès de B _____ ont débuté le 1^{er} décembre 2003 et ont pris fin le 31 janvier 2011. Le demandeur n'ayant pas été engagé par un nouvel employeur à l'expiration du délai d'un mois à compter du 1^{er} février 2011, il est donc resté assuré auprès de la défenderesse principale jusqu'au 28 février 2011 inclus, pour les risques de décès et d'invalidité (cf. art. 10 al. 3 LPP).

c. Selon l'art. 35 du Règlement de prévoyance de la défenderesse principale (édition 1.1.2007), ont droit à des prestations d'invalidité notamment les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient affiliées à la Caisse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. a). La naissance du droit à la rente d'invalidité est régie par les dispositions correspondantes de l'AI (art. 36.1). Selon l'art. 37.1 du Règlement, la rente d'invalidité et la rente complémentaire sont allouées proportionnellement au degré d'invalidité reconnu par l'AI. Selon l'al. 2, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI (let. a); à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins (let. b); à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c) et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (let. d). Le Plan Media, applicable au demandeur, fixe une limite supérieure plus élevée que la LPP pour le salaire déterminant et des prestations invalidité et décès exprimées en pourcent du salaire assuré (primauté des prestations; art. 54 à 57 du Règlement). La chambre de céans constate ainsi que la notion d'invalidité adoptée par la défenderesse principale correspond à celle de la LAI, ce que les parties ne contestent pas. Par conséquent, compte tenu du fait que la décision de l'OAI a été notifiée à la défenderesse principale en tant qu'institution de prévoyance concernée et qu'elle est entrée en force sans avoir été attaquée ni par le demandeur, ni par la défenderesse principale, la décision de l'assurance-invalidité lie cette dernière, en déployant ses effets contraignants aussi en matière de prévoyance professionnelle obligatoire, ceci sous réserve d'une inexactitude manifeste. Il convient par conséquent d'examiner si la décision de l'OAI est manifestement erronée.

d. En l'espèce, le demandeur a été reconnu invalide par l'OAI (à 100% dès le 25 janvier 2011 et à 79% dès le mois de juillet 2013) de sorte que par décision du 8 avril 2015, il a été mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2011. Selon sa décision, l'OAI a retenu que le demandeur a présenté une incapacité de travail totale durable dans toute activité dès le 25 janvier 2010. À l'échéance du délai d'attente d'une année, la capacité de travail était nulle dans toute activité. Dès le mois d'avril 2013, la capacité de travail dans l'ancienne activité de cadre était encore nulle, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (résistance au stress et capacité d'adaptation diminuées, épargne du dos, des genoux et de l'épaule droite), la capacité de travail était de 50%. La rente de l'OAI se fonde ainsi à la fois sur des troubles psychiques et ostéo-articulaires. Il convient par conséquent d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation auprès de la défenderesse principale et si elle est à l'origine d'une invalidité. La défenderesse principale ne conteste pas que le début de l'incapacité de travail durable pour les troubles psychiques, tel que retenu par l'OAI, soit en janvier 2010, est survenu pendant l'affiliation du demandeur auprès d'elle. S'agissant des troubles ostéo-articulaires, la défenderesse principale fait toutefois valoir qu'aucune incapacité de travail pour cette atteinte n'est survenue pendant l'affiliation du demandeur. La défenderesse subsidiaire fait, quant à elle, valoir que les troubles somatiques sont survenus au moment où le demandeur était affilié auprès de la défenderesse principale, soit

avant son inscription au chômage. La chambre de céans relèvera que dans la mesure où le SMR n'a pas examiné le début de l'incapacité de travail durable pour les troubles ostéo-articulaires, il convient de déterminer la date de la première survenance de l'incapacité de travail en raison de ces troubles qui a constitué la cause de l'invalidité (art. 23 let. a LPP) en procédant à une appréciation du cas au regard des rapports versés au dossier. On rappellera notamment que le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. À la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il apparaît que la thèse que soutient la défenderesse subsidiaire, soit la survenue de troubles ostéo-articulaires invalidants avant l'inscription au chômage en juin 2011, n'est ni documentée, ni rendue vraisemblable. Elle ne trouve en effet aucun appui auprès des spécialistes qui ont examiné le demandeur. Si les rapports médicaux font certes état de l'existence de troubles en 1985, 1989 et dès juillet 2011 (rapports du Dr I_____ du 9 janvier 2012, du Dr J_____ du 30 mars 2012, du Dr L_____ du 13 août 2012, du Dr I_____ du 13 septembre 2012 et du Dr L_____ du 15 mai 2013), aucun médecin n'a toutefois attesté que la capacité de travail du demandeur aurait été réduite en raison de telles affections avant juin 2011. En outre, contrairement à ce qu'avance la défenderesse subsidiaire, le Dr C_____ n'a fait état d'aucun diagnostic somatique ayant une répercussion sur la capacité de travail du demandeur (rapport du 23 juillet 2010). Qui plus est, le 5 octobre 2010, la Dresse E_____ confirmait que le demandeur présentait des diagnostics somatiques, mais sans effets sur sa capacité de travail. Par ailleurs, il apparaît qu'une incapacité de travail pour des troubles ostéo-articulaires n'a été attestée qu'à compter du 4 avril 2012 (cf. certificat d'arrêt de travail établi par la Dresse E_____ en date du 4 avril 2012 ; rapport du Dr L_____ du 6 juin 2012, rapport de la Dresse E_____ du 20 août 2012). On relèvera par ailleurs que si le Dr I_____ a estimé que l'incapacité de travail du demandeur était de 50% en janvier 2012 (rapport du 9 janvier 2012), il n'en demeure pas moins qu'aucun arrêt de travail établi à cette date ne figure au dossier. Ainsi, il n'existe pas au dossier d'attestation médicale dont on puisse déduire que les troubles de la colonne vertébrale ont été à l'origine d'une incapacité de travail déterminante pendant l'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse principale, soit entre le 1^{er} décembre 2003 et le 28 février 2011. Partant, force est de constater que l'incapacité de travail durable déterminante au sens de l'art. 23 LPP pour les troubles ostéo-articulaires a débuté le 4 avril 2012, soit après la fin de l'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse principale. Il s'ensuit que le demandeur ne peut pas prétendre à une rente de la défenderesse principale en raison de son invalidité due aux troubles ostéo-articulaires. S'agissant des troubles psychiques, la défenderesse principale ne conteste pas que lors de son affiliation, le demandeur a subi une incapacité de travail pour de tels troubles, donnant droit à une rente d'invalidité entière de mars à juin 2011, voire juillet 2011. La défenderesse principale fait toutefois valoir que c'est de manière insoutenable que l'OAI a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle pour des motifs psychiques au-delà du 1^{er} juillet ou du 1^{er} août 2011. Selon elle, le demandeur a recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} juillet, voire dès le 1^{er} août 2011. Le demandeur ne conteste pas avoir recouvré une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} juin 2011 et totale dès le 1^{er} août 2011 dans une activité adaptée à ses troubles psychiques. Toutefois, il estime avoir été durablement incapable d'exercer son activité habituelle de cadre, avec les responsabilités qui en découlaient, en raison de son état anxio-dépressif et du fait qu'il restait vulnérable au stress, comme l'a retenu l'OAI. En l'occurrence, si le demandeur a

certes présenté une incapacité de travail durable dès le 25 janvier 2016, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces au dossier, qu'il a effectivement présenté une amélioration de sa capacité de travail dès mi-2011, comme le SMR l'a, à plusieurs reprises, relevé dans ses rapports en constatant une capacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2011 ou dès le 13 septembre 2011 (avis des 10 octobre 2011, 17 janvier et 13 juin 2013). Il convient par conséquent de déterminer si le demandeur a recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée uniquement. Il n'est pas contesté que le demandeur, qui exerçait la fonction de secrétaire général auprès d'une fondation privée depuis décembre 2003, a souffert d'un burn-out professionnel entraînant une incapacité de travail dès le mois de janvier 2010. Après une aggravation de son trouble psychique en janvier 2011, le demandeur a recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} juin 2011 et à 100% dès le 1^{er} août 2011, attestée par le Dr D_____. Si, comme le fait valoir la défenderesse subsidiaire, aucun arrêt de travail en raison de troubles psychiques n'a ensuite été attestée, il n'en demeure pas moins qu'il résulte de la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier que le demandeur présentait des limitations fonctionnelles rendant inexigible la reprise d'une fonction à hautes responsabilités comme celle qu'il exerçait préalablement en tant que secrétaire général. En effet, avant même que le demandeur ne subisse une aggravation de ses troubles psychiques, son psychiatre traitant avait déjà indiqué que l'activité habituelle restait exigible à la reprise, mais qu'il était plus adapté que le demandeur choisisse à l'avenir un poste avec moins de responsabilités et donc moins de stress (rapport du 30 novembre 2010). Par ailleurs, selon une note de travail de l'OAI du 28 juin 2011, il convenait que le demandeur évite les postes avec des impératifs de productivité trop élevés, des postes de direction, ainsi que des postes « tournés vers l'extérieur ». En outre, au moment de la reprise à 100%, le Dr D_____ a estimé que le demandeur pouvait être considéré comme guéri de son trouble dépressif. Néanmoins, il a précisé que la situation restait fragile et que le demandeur présentait un risque de rechute (rapport du 12 septembre 2011). Il apparaît en outre que dès le 28 septembre 2011, le demandeur a poursuivi un traitement auprès d'une psychiatre, la Dresse H_____. Celle-ci a diagnostiqué, en date du 30 janvier 2012, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère et prolongé depuis janvier 2009. Le demandeur présentait alors des symptômes dépressifs résiduels, avec une dysthymie modérée, des problèmes de concentration, une fatigabilité, de l'anxiété et des troubles du sommeil. Si ce médecin a estimé que les symptômes ne représentaient pas un handicap important pour la reprise du travail, elle a toutefois précisé que le demandeur présentait des limitations, soit des problèmes de concentration, une adynamie, une fatigabilité, une perte de confiance en ses capacités, lesquelles étaient probablement un peu réduites. À la question de savoir si l'activité habituelle était encore exigible, le médecin a répondu positivement, progressivement jusqu'à 100%, mais avec des tâches moins stressantes et moins complexes. Le rendement était réduit car le demandeur était plus lent et moins performant. Il n'y avait pas de vraie incapacité de travail sur le plan psychique. À titre de limitations fonctionnelles, le demandeur présentait une limitation de sa capacité de concentration et de sa résistance (rapport du 30 janvier 2012). Par la suite, la Dresse H_____ a certes exposé que les affections neuro-orthopédiques étaient au premier plan et les seules causes de l'incapacité de travail et que les troubles psychiques étaient très atténués. Elle a toutefois expliqué qu'elles avaient une influence sur la thymie qui s'était dépréciée, le rendement, la concentration et la confiance en soi. Le demandeur poursuivait des entretiens de soutien et une médication anti-dépressive (rapport du 23 juillet 2012). En outre, dans un courriel du

7 novembre 2014, le SMR a encore retranscrit les explications données par la Dresse E_____, selon laquelle la capacité de travail du demandeur restait nulle dans son activité habituelle de cadre vu sa résistance au stress et sa capacité d'adaptation diminuées, ce que la Dresse E_____ a encore confirmé en indiquant que le demandeur n'était plus apte à occuper un poste de cadre avec des responsabilités étant donné qu'il restait vulnérable au stress (rapports des 17 décembre 2014, 25 février et 2 mars 2015). Compte tenu de ce qui précède, s'il apparaît que les médecins n'ont pas établi, postérieurement au 31 juillet 2011, d'arrêt de travail en raison de troubles psychiques. Il ne fait néanmoins pas de doute, à la lecture de l'ensemble des rapports médicaux, que suite à son burn-out survenu en 2009/2010, la symptomatologie psychique du demandeur ne s'est pas amendée dans une mesure propre à lui permettre de reprendre durablement l'exercice d'une fonction de cadre avec de hautes responsabilités ainsi que des tâches complexes et stressantes comme celles qu'il avait auprès de son ancien employeur. Le fait que le demandeur se soit inscrit au chômage le 21 juin 2011 ne suffit pas encore à retenir l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle. Par conséquent, en tant que l'OAI a retenu que le demandeur présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès janvier 2010, sa décision n'est pas manifestement erronée. Cela étant, s'il y a lieu de retenir que le demandeur n'a plus présenté une capacité de travail dans un poste à hautes responsabilités, il n'en demeure pas moins qu'une amélioration de son état psychique lui a permis de recouvrer une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} juin 2011 et à 100% dès le 1^{er} août 2011, dans une activité adaptée, sans stress, avec moins de responsabilités et moins de tâches complexes. Or, force est de constater que l'OAI, à tort, n'a pas pris en compte cette amélioration de l'état de santé du demandeur dès la mi-2011, pourtant dûment relevée à plusieurs reprises par le SMR (avis des 10 octobre 2011, 17 janvier et 13 juin 2013). En effet, l'OAI a omis de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité du demandeur (comme l'impose l'art. 17 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; LPGA - RS 830.1). Ce faisant, l'OAI a considéré, à tort, qu'en raison de ses troubles psychiques, le demandeur a présenté, sans discontinuer, une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'en avril 2013. Partant, la décision de l'OAI est insoutenable sur ce point. Il convient dès lors de déterminer le degré d'invalidité du demandeur suite à l'amélioration de son état de santé dès mi-2011. 12. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).! [endif]>! [if> Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_543/2008 du 4 mars 2009 consid. 7). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1). S'agissant du revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires

bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). b. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. Aux termes de l'art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. d. En l'occurrence, il convient de déterminer le degré d'invalidité présenté par le demandeur dès le 1^{er} août 2011, dès lors que l'amélioration de la capacité de travail de 50% dès le 1^{er} juin 2011 a duré moins de trois mois (cf. art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201 ; RAI). e. S'agissant du revenu sans invalidité en 2011, il est établi que le demandeur percevait depuis le 1^{er} janvier 2009 un salaire annuel de CHF 170'000.-. Compte tenu du renchérissement à l'évolution des salaires en 2011, on aboutit au montant de CHF 172'785.58 en 2011 (170'000.- /2136 x 2171). f. S'agissant du revenu avec invalidité, à la lecture du curriculum vitae du demandeur et au vu de ses compétences importantes en matière de stratégie et de structure des entreprises (cf. pièce 1 dossier OAI), la chambre de céans est d'avis que le secteur 20 « Définition des buts et de la stratégie de l'entreprise » des ESS 2010 (tableau TA7) est bien plus représentatif de ses compétences que le secteur 23 « autres activités commerciales et administratives » retenu par l'OAI. Il en résulte qu'un homme - travaillant dans ce domaine d'activité à un niveau 3 (connaissances professionnelles spécialisées), niveau que les parties ne contestent pas au demeurant - peut

prétendre à un salaire annuel de CHF 102'852.-. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 107'223.21 (CHF 102'852.- x 41.7 / 40) correspondant, après indexation à 2011, à CHF 108'220.17 (107'223.21 / 2151 x 2171) pour un plein temps. Dans le cadre du calcul d'invalidité tenant compte des troubles psychiques et somatiques du demandeur, l'OAI a retenu un abattement de 15% pour prendre en considération l'âge et le taux partiel d'occupation du demandeur. Cela étant, la chambre de céans est d'avis qu'il n'y a pas lieu, en l'occurrence, de prendre en compte un abattement dans la mesure où la capacité de travail en raison des troubles psychiques était entière dans une activité adaptée. Qui plus est, en 2011, le demandeur était âgé de 55 ans seulement, et il n'y a pas d'indices suffisants au dossier pour retenir qu'un tel âge représente un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, ce d'autant plus que le demandeur a l'avantage d'avoir d'excellentes qualifications professionnelles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2017 du 6 octobre 2017). Partant, la comparaison du revenu sans invalidité et du revenu avec invalidité en 2011 aboutit à un degré d'invalidité de 37% (172'785.58 – 108'220.17 / 172'785.60 x 100), soit un degré inférieur au taux minimal de 40% nécessaire pour maintenir le droit à une rente de la prévoyance professionnelle. Par conséquent, le demandeur a droit de la part de la défenderesse principale à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2011 (soit trois mois à compter du 1^{er} août 2011; art. 88a al. 1 RAI par analogie), sous réserve d'un éventuel différé des prestations (cf. art. 26 al. 2 LPP) et d'une éventuelle surindemnisation. g. S'agissant des intérêts moratoires, en matière de rente de la prévoyance professionnelle, l'institution de prévoyance est tenue de verser un intérêt moratoire à partir du jour de la poursuite ou du dépôt de la demande en justice sur le montant dû (cf. art. 105 al. 1 CO; ATF 137 V 373 consid. 6.6; ATF 119 V 131 consid. 4c). A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% conformément à l'art. 104 al. 1 CO (ATF 119 V 131 consid. 4d). En l'occurrence, des intérêts moratoires, de 5% sont donc dus dès le 23 janvier 2017, date du dépôt de la demande en justice, sur les rentes échues à cette date. 13. Reste à déterminer si la défenderesse subsidiaire est tenue de verser des prestations d'invalidité en faveur du demandeur en raison des seules atteintes ostéo-articulaires. En effet, on rappellera que la responsabilité de l'institution supplétive ne peut pas être engagée en ce qui concerne la survenance, en janvier 2010, de l'incapacité de travail pour des troubles psychiques. 14. a. La défenderesse subsidiaire n'a pas participé à la procédure AI et la décision de rente d'invalidité ne lui a pas été notifiée. Elle n'est donc pas liée par la décision de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2). Il convient par conséquent d'examiner librement le droit du demandeur à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse subsidiaire. Il n'est pas contesté que le demandeur s'est inscrit au chômage le 21 juin 2011 et a perçu des prestations de l'assurance-chômage jusqu'au 3 mai 2012. Il est par ailleurs établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le début de l'incapacité de travail durable déterminante, en raison des troubles ostéo-articulaires et qui a entraîné une invalidité, est survenu le 4 avril 2012. 14. a. La défenderesse subsidiaire fait valoir que le demandeur n'a pas été affilié auprès d'elle étant donné qu'il était déjà invalide à plus de 70% au sens de l'AI. Selon elle, l'invalidité du demandeur excluait toute couverture et, partant, tout droit aux prestations. b. Selon l'art. 2 al. 3 LPP, les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage sont soumis à l'assurance obligatoire en

ce qui concerne les risques de décès et d'invalidité. L'institution supplétive est tenue d'affilier l'assurance-chômage et de réaliser la couverture obligatoire des bénéficiaires d'indemnités journalières annoncés par cette assurance (art. 60 al. 2 let. e LPP). Selon l'art. 22a al. 3 phr. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0), la caisse déduit du montant de l'indemnité la part des cotisations à la prévoyance professionnelle, afin de garantir la couverture d'assurance en cas d'invalidité ou de décès de l'assuré, et la verse à l'institution supplétive de prévoyance professionnelle avec la part patronale dont elle doit s'acquitter. Selon l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs du 3 mars 1997 (RS – 837.174), sont soumis à l'assurance obligatoire pour les risques de décès et d'invalidité les chômeurs qui ont droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage en vertu de l'art. 8 LACI ou touchent des indemnités conformément à l'art. 29 LACI (let. a), et qui réalisent un salaire journalier coordonné selon l'art. 4 ou 5 (let. b). L'assurance commence à l'échéance du délai d'attente prévu à l'art. 18 LACI (art. 2 al. 1). c. Le Conseil fédéral définit les catégories de salariés qui, pour des motifs particuliers, ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire (art. 2 al. 4 LPP). Selon l'art. 1 j al. 1 let. d OPP2, les personnes invalides au sens de l'AI à 70% au moins ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire. L'exclusion des personnes invalides au sens de l'AI a été décidée par le Conseil fédéral sur la base de l'art. 2 LPP, selon lequel l'autorité exécutive « définit les catégories de salariés qui, pour des motifs particuliers, ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire » (ATF 118 V 164 consid. 4a et les références). Avant l'entrée en vigueur de la 1^{ère} révision LPP, l'assurance obligatoire était exclue pour les personnes invalides au sens de l'AI à raison de deux tiers au moins (anciennement art. 1^{er} al. 1 let. d OPP2). À propos de cet article, le Tribunal fédéral a indiqué que certaines personnes invalides à raison de deux tiers au moins ont encore la possibilité, par la mise en valeur de leur capacité résiduelle de gain, de réaliser un salaire supérieur à la limite de coordination. De telles personnes, déjà au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité, pourraient ainsi prétendre une rente entière de l'institution de prévoyance. Il s'est donc agi d'éviter qu'une institution de prévoyance ne doive fournir des prestations pour un cas d'assurance survenu antérieurement à l'affiliation. Il eût été contraire, en effet, à un principe fondamental en matière d'assurances de couvrir un risque déjà réalisé. La clause de délégation de l'art. 2 LPP confère un très large pouvoir d'appréciation au Conseil fédéral pour déterminer quelles catégories d'assurés doivent être exclues de l'assurance obligatoire. En outre, le principe fondamental susmentionné n'est aucunement étranger à l'esprit et au but d'une assurance obligatoire. On ne saurait, par conséquent, taxer d'illégale la solution adoptée par le Conseil fédéral. Cette solution n'est du reste pas critiquée en doctrine; certains auteurs en prennent acte sans la commenter; d'autres se réfèrent, sans autres développements, aux explications de l'OFAS. À l'inverse, l'art. 1^{er} al. 1 let. d OPP 2 ne permet pas d'exclure de l'assurance obligatoire des personnes qui ont été frappées d'une invalidité des deux tiers au moins et qui, ultérieurement, ont recouvré - et mis à profit - leur capacité de gain. Il en est de même des invalides de naissance ou précoces qui parviennent, par suite de disparition ou de diminution de l'invalidité, à s'insérer dans la vie professionnelle. On rappellera à cet égard que, dans l'assurance obligatoire des salariés en vertu de la LPP, les institutions de prévoyance n'ont pas le droit d'instaurer des réserves qui seraient justifiées par un état de santé déficient de leurs assurés, de telles réserves étant en revanche admissibles dans le domaine de la prévoyance plus étendue, ainsi qu'en matière de prévoyance facultative. Pour que l'on puisse considérer que la capacité de gain d'une

personne jusqu'alors invalide s'est améliorée dans une mesure permettant un assujettissement à l'assurance obligatoire (pour les personnes à demi invalides au sens de la LAI, les montants-limites fixés aux art. 2, 7, 8 et 46 LPP sont réduits de moitié; art. 4 OPP 2), il est nécessaire que cette amélioration ait été d'une certaine durée et qu'aucune aggravation prochaine ne soit à craindre. Sinon, même dans le cas d'atteintes à la santé irréversibles, un engagement temporaire ou une simple tentative de réadaptation, durant une courte période de rémission de la maladie, suffirait à entraîner une affiliation à l'assurance et, partant, le droit à des prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance. Cette conséquence contredirait à l'évidence le but recherché par l'art. 1^{er} al. 1^{er} let. d OPP2. On ne saurait au surplus admettre que l'amélioration est réputée durable dès qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, comme le prévoit l'art. 88a al. 1 RAI - encore que cette disposition réserve expressément l'hypothèse où une complication prochaine est à craindre. Ce délai de trois mois au-delà duquel la rente de l'assurance-invalidité doit, en principe, être réduite ou supprimée ne peut être appliqué schématiquement quand il s'agit de décider de l'assujettissement d'une personne à la LPP. Pour trancher cette question, on tiendra compte, bien plutôt, des circonstances du cas particulier, notamment de la nature de l'affection, du pronostic du médecin et des motifs qui ont conduit à l'engagement de l'intéressé. Aussi ne saurait-on conclure au rétablissement de la capacité de gain d'une personne invalide lorsqu'une tentative de réinsertion professionnelle, d'une durée même supérieure à trois mois, est essentiellement motivée par des considérations d'ordre social et qu'il apparaît improbable qu'elle aboutisse à une véritable réadaptation (ATF 123 V 262 consid. 2a à 2c et la référence citée). Le travailleur invalide à 50% qui bénéficie, postérieurement à la survenance de cette invalidité partielle, de la prévoyance professionnelle obligatoire, aura droit aux prestations d'invalidité si la part restante de sa capacité de gain disparaît en raison d'une atteinte à la santé indépendante de celle qui est à l'origine de la première invalidité partielle (ATF 123 V 262 consid. 3c). d. En l'occurrence, même si au moment de son inscription au chômage le 21 juin 2011, le demandeur présentait une invalidité au sens de l'AI de 70% au moins, il n'en demeure pas moins qu'à compter du 1^{er} août 2011, il a présenté une amélioration de sa capacité de travail de longue durée puisqu'à la date de la décision de l'OAI, le 8 avril 2015, le demandeur n'avait pas encore connu de rechute sur le plan psychique. Or, compte tenu de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2011, son degré d'invalidité était inférieur à 40%. À cet égard, on rappellera que c'est à tort que l'OAI n'a pas tenu compte de cette amélioration de l'état de santé psychique du demandeur, pourtant relevée à plusieurs reprises par le SMR (cf. avis des 10 octobre 2011, 17 janvier et 13 juin 2013) et qu'il a maintenu un degré d'invalidité de 100%, rendant ainsi sa décision insoutenable sur ce point. Or, une évaluation de l'invalidité effectuée par l'OAI a une force contraignante pour les institutions de prévoyance, sauf lorsque cette évaluation est d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308). Enfin, au vu de l'ensemble des rapports médicaux figurant à la procédure, on ne saurait suivre la thèse de la défenderesse subsidiaire selon laquelle les prestations de chômage auraient été versées à tort, au motif que le demandeur n'était pas apte au travail. Par conséquent, le demandeur, invalide à un degré inférieur à 40% depuis le 1^{er} août 2011, était obligatoirement assuré à la LPP et partant, affilié auprès de la défenderesse subsidiaire lors de la survenance, le 4 avril 2012, de l'incapacité de travail durable déterminante en raison des troubles ostéo-articulaires et dont il n'est pas contesté qu'ils ont constitué une des causes de l'invalidité reconnue par l'OAI. Il convient par conséquent de déterminer le degré d'invalidité que présentait le demandeur au regard des seules atteintes ostéo-articulaires. On

rappellera que si l'OAI avait dûment pris en considération l'amélioration de la capacité de travail pour les troubles psychiques constatée dès le 1^{er} août 2011, le droit à la rente d'invalidité aurait dû prendre fin au 31 octobre 2011 (art. 88a al. 1 RAI). Par ailleurs, dans la mesure où l'incapacité de travail totale en raison des troubles ostéo-articulaires, survenue en avril 2012, représente un nouveau cas d'assurance, l'art. 29 bis RAI ne s'applique pas puisque l'origine de l'incapacité de travail n'est pas la même que celle ayant donné droit à la rente dès mars 2011. Il s'ensuit qu'en raison d'une nouvelle atteinte à la santé à compter du 4 avril 2012, il y a lieu d'appliquer un nouveau délai de carence d'une année (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2). En l'occurrence, l'OAI, en se fondant sur l'avis du SMR du 5 décembre 2014, a retenu qu'à compter du mois d'avril 2013, le demandeur présentait une amélioration de son état de santé somatique et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses troubles somatiques, à savoir épargnant le dos, les genoux et l'épaule droite. On relèvera que la défenderesse subsidiaire ne conteste pas les conclusions du SMR sur ce point et que le demandeur ne s'y est pas non plus opposé à réception du projet de décision de l'OAI du 8 décembre 2014 et de la décision du 8 avril 2015. La chambre de céans est d'avis que l'activité habituelle qu'exerçait le demandeur, soit celle de secrétaire général d'une fondation privée, peut être considérée comme étant une activité adaptée aux seules limitations fonctionnelles somatiques. Elle permet en effet de changer fréquemment de position et n'exige pas de porter des charges de plus de 7,5 kg, ni d'effectuer de longs déplacements à pied. Par conséquent, il y a lieu de considérer qu'en raison des seules atteintes somatiques, le degré d'invalidité présenté par le demandeur dès le mois d'avril 2013 était de 50%. En effet, dès lors que les salaires sans et avec invalidité se basent sur le même salaire, le degré d'invalidité se confond en effet avec celui de l'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1). Compte tenu de ce qui précède, le demandeur a droit, dès le 1^{er} avril 2013, au versement d'une demi-rente d'invalidité de la part de la défenderesse subsidiaire, sous déduction des rentes versées à titre provisoire et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation. 15. S'agissant des intérêts moratoires, en matière de rente de la prévoyance professionnelle, l'institution de prévoyance est tenue de verser un intérêt moratoire à partir du jour de la poursuite ou du dépôt de la demande en justice sur le montant dû (cf. art. 105 al. 1 CO; ATF 137 V 373 consid. 6.6; ATF 119 V 131 consid. 4c). À défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% conformément à l'art. 104 al. 1 CO (ATF 119 V 131 consid. 4d). En l'occurrence, des intérêts moratoires, de 5% sont donc dus dès le 23 janvier 2017, date de la demande en justice, sur les rentes échues à cette date et dès la date de leur exigibilité pour les rentes échues postérieurement à la demande en justice. 16. Enfin, il sera renoncé à l'apport des dossiers requis par la défenderesse subsidiaire par appréciation anticipée des preuves. 17. Compte tenu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise, le demandeur ayant droit, de la défenderesse principale, à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 octobre 2011, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 23 janvier 2017, sous réserve d'un éventuel différé des prestations et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation, et de la défenderesse subsidiaire, à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2013, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 23 janvier 2017, sous déduction des rentes versées à titre provisoire et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation. 18. Contrairement aux autres branches des assurances sociales, la législation en matière de prévoyance professionnelle ne contient aucune disposition relative à la fixation des dépens pour la procédure devant le tribunal cantonal

désigné pour connaître des litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 73 al. 2 LPP). Il appartient par conséquent au droit cantonal de procédure de déterminer si et à quelles conditions il existe un droit à une indemnité de dépens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_590/2009 du 26 mars 2010, consid. 3.1). Selon l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative (LPA ; RSG E 5 10), une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause, étant précisé que le terme recourant vise l'assuré, soit également le demandeur (arrêt du Tribunal fédéral 4A_382/2008 du 12 novembre 2008). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA – E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.-. Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/565/2018 du 21 juin 2018).

En l'espèce, au vu du nombre d'échanges d'écritures et de leur pertinence, il se justifie d'allouer une indemnité de CHF 6'000.- au demandeur à titre de dépens, soit CHF 3'000.- à charge de la défenderesse principale et CHF 3'000.- à charge de la défenderesse subsidiaire. 19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme : 1. Déclare la demande recevable.

Au fond : 2. L'admet partiellement.

3. Dit que la défenderesse principale doit verser au demandeur une rente d'invalidité entière du 1^{er} mars au 31 octobre 2011, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 23 janvier 2017, sous réserve d'un éventuel différé des prestations et d'une éventuelle surindemnisation.

4. Dit que la défenderesse subsidiaire doit verser au demandeur une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2013, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 23 janvier 2017, et dès la date de leur exigibilité pour les rentes échues postérieurement à la demande en justice, sous déduction des rentes versées à titre provisoire et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.

5. Condamne la défenderesse principale à verser au demandeur le montant de CHF 3'000.- à titre de dépens.

6. Condamne la défenderesse subsidiaire à verser au demandeur le montant de CHF 3'000.- à titre de dépens.

7. Dit que la procédure est gratuite.

8. 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.

La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le