



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4052/2017

ATAS/854/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 octobre 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL

demandeur

contre

BALOISE-FONDATION COLLECTIVE POUR LA
PREVOYANCE PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE, sise c/o
Bâloise Vie SA, Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI

défenderesse

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1976, marié, père d'une fille et d'un garçon nés respectivement les _____ 2015 et _____ 2018, a travaillé en qualité de chef de projet auprès de l'entreprise B_____ du 1^{er} avril 2010 au 31 janvier 2014 puis, après deux ans de chômage, pour le compte de C_____, dès le 1^{er} février 2016.

À ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle obligatoire auprès de la Bâloise – Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ci-après : la fondation collective ou la défenderesse). Il bénéficiait par ailleurs d'une assurance collective perte de gain maladie conclue par C_____ auprès d'AXA Winterthur SA (ci-après : AXA ou l'assurance perte de gain).

2. L'assuré souffre d'une maladie polykystique rénale depuis 16 ans, asymptomatique, sous réserve d'un épisode d'hématurie en 2012.

En 2015, il voyait son médecin traitant néphrologue, le docteur D_____, tous les deux à trois mois environ, pour un contrôle.

Les examens sanguins effectués le 19 février 2016, à la demande du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, ayant succédé au Dr D_____, ont montré une insuffisance rénale terminale de stade 5, de sorte que la question d'une dialyse et d'une transplantation rénale s'est posée.

Le Dr E_____ a alors adressé l'assuré au service de néphrologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Dans le cadre d'un bilan pré-greffe rénale, l'assuré a consulté les services suivants : anesthésiologie, maladies infectieuses et vaccinologie, psychiatrie de liaison et dermatologie. Il a également bénéficié d'une consultation auprès du docteur F_____, médecin-adjoint agrégé au service de transplantation des HUG, lequel a estimé, dans un rapport du 25 février 2016, que l'assuré était un bon candidat en vue d'une transplantation rénale.

3. Le 10 mars 2016, C_____ a licencié l'assuré pour le 20 mars 2016 pendant son temps d'essai.
4. Après s'être vu notifier son licenciement, l'assuré a consulté, le jour-même, son psychiatre traitant, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui lui a délivré, le 10 mars 2016, un certificat d'arrêt de travail à 100 %. Dans un rapport du 8 mars 2016, le Dr G_____ a précisé à cet égard qu'il avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques (F33.2), qui s'était développé dans le cadre d'un conflit professionnel ayant abouti au licenciement précité.
5. Le 11 mars 2016, l'assuré a été examiné, pour contrôle, par le Dr E_____. Celui-ci a alors pu constater un état anxieux dû au licenciement qui lui avait été notifié la

veille (cf. procès-verbal d'enquêtes du 29 janvier 2019, audition du Dr E_____).

6. Le 12 avril 2016, le Dr G_____ a établi un rapport à l'attention de l'assurance perte de gain. Il y a notamment précisé que l'état anxio-dépressif s'était aggravé et avait nécessité un traitement psychiatrique et psychothérapeutique, avec proposition d'hospitalisation, laquelle avait pu être écartée en raison de l'amélioration de l'état clinique d'une part et de la nécessité de faire des examens cliniques aux HUG d'autre part. L'incapacité de travail était toujours totale, malgré l'amélioration clinique de l'état dépressif.
7. a. À la demande de l'assurance perte de gain, l'assuré a été examiné le 13 avril 2016, par le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. À teneur de son rapport du 14 avril 2016, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux d'épisode dépressif actuellement moyen, avec syndrome somatique (F32.11), en rémission partielle, réactionnel à un conflit professionnel selon l'assuré, situation ayant culminé avec le licenciement vécu comme étant abusif, et d'épisode dépressif actuellement moyen, sans syndrome somatique (F32.10). Sans effet sur la capacité de travail, le psychiatre précité a retenu des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Ces diagnostics entraînaient, d'un point de vue purement psychiatrique, des limitations fonctionnelles significatives (fatigue, symptômes anxieux et dépressifs résiduels et ralentissement psychomoteur léger). Compte tenu de ces limitations, la capacité de travail était nulle jusqu'au 14 juin 2016, de 50 % du 15 juin au 14 juillet 2016 et entière dès le 15 juillet 2016, la reprise professionnelle devant s'opérer auprès d'un autre employeur ou du chômage. La prise en charge psychothérapeutique était efficace. Le traitement antidépresseur devait être maintenu six mois après la disparition totale des symptômes, le but étant de réduire le risque de rechute. Quant au pronostic, il était bon sur le plan psychique, vu l'amélioration de la symptomatologie. Toutefois, une rechute dépressive, avec une hospitalisation, n'était pas exclue, ce qui aurait des conséquences sur l'appréciation de la capacité de travail retenue précédemment.
- b. Par courrier du 16 juin 2016, le Dr G_____ a informé l'assurance perte de gain d'une aggravation de l'état de santé de son patient, nécessitant une prise en charge spécifique en milieu fermé. Dans de telles circonstances, l'assuré n'était pas capable de travailler, et ce pour une durée indéterminée. Il n'était dès lors pas en mesure de suivre les recommandations du Dr H_____.

Dans un rapport du 13 août 2016, le Dr E_____ a indiqué qu'en raison de l'aggravation de son insuffisance rénale, l'assuré était également totalement incapable de travail sur le plan somatique depuis le 30 mai 2016.

Le 15 septembre 2016, le Dr G_____ a évoqué un épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques (F32.2) et un syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité (F90.0). Les complications liées à la maladie somatique avaient

aggravé l'évolution de la problématique psychiatrique déclenchée avant la péjoration de l'état physique.

c. Par courrier du 6 octobre 2016, l'assurance perte de gain a considéré que la situation de l'assuré s'était aggravée en raison de la péjoration de l'atteinte somatique, survenue après la fin effective des rapports de travail. Dès lors que l'assuré n'était plus couvert à ce moment, elle ne pouvait tenir compte de la nouvelle situation et s'en tenait aux conclusions du Dr H_____.

d. Le cas a été soumis au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de l'assurance perte de gain. Dans un rapport du 2 février 2017, celui-ci a considéré que sans le problème somatique survenu après la perte d'emploi, l'assuré aurait été apte à reprendre une activité professionnelle dans les délais indiqués par le Dr H_____. La maladie somatique survenue après la fin des rapports de travail avait généré des conséquences d'ordre psychique, qui étaient indissociables de la maladie physique. Par conséquent, l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique devait être attribuée à la pathologie physique. Partant, il convenait de dissocier la symptomatologie de l'évolution naturelle du trouble psychique initial. S'agissant de la situation psycho-sociale de l'assuré, elle n'avait pas à être prise en considération pour déterminer la capacité de travail. Partant, après quelques jours, voire quelques semaines tout au plus, la capacité de travail initiale aurait dû être récupérée.

Ce rapport a été soumis au Dr G_____ qui s'est prononcé par courrier du 14 mars 2017 et a considéré que dans la mesure où il n'y avait pas eu d'interruption entre l'état dépressif provoqué par le licenciement abusif et l'aggravation de l'état physique de l'assuré, apparue lorsqu'il était fortement déprimé, « on aurait le droit de penser que l'aggravation de son état somatique a été déclenché par l'influence des symptômes dépressifs sévères qu'il a développés : aboulie, perte de l'élan vital, négligence dans ses soins, diminution de l'appétit, etc. ». L'état dépressif actuel était dès lors en lien direct avec celui entraîné par le conflit professionnel, raison pour laquelle la couverture d'assurance perte de gain devait être maintenue. Au demeurant, les litiges avec l'assureur perte de gain ne contribuaient pas à l'amélioration de la symptomatologie psychique. Enfin, le Dr G_____ a constaté que l'état dépressif de l'assuré ne s'était pas amélioré mais qu'il était resté modéré à sévère.

La position du Dr G_____ a été transmise au Dr I_____, qui a considéré dans un courrier du 12 avril 2017 que l'hypothèse selon laquelle l'aggravation de l'état physique aurait pu être déclenchée par les symptômes dépressifs, n'était pas étayée. Par conséquent, il maintenait ses précédentes conclusions, à savoir que l'affection somatique et ses conséquences constituaient une entité pathologique distincte du trouble psychiatrique reconnu par le Dr H_____ dans son rapport d'expertise du 14 avril 2016.

e. L'assureur perte de gain a mandaté, pour examen, le docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 20 novembre 2017, le Dr J_____ a retenu les diagnostics suivants : épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.11 ; avec répercussion sur la capacité de travail) et de personnalité avec des traits émotionnellement immatures, instables, impulsifs et narcissiques accentués (Z73.1) et probable syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte (F90 ; sans répercussion sur la capacité de travail). Les raisons du trouble dépressif majeur étaient multifactorielles.

Les médecins se fondaient désormais sur un modèle de vulnérabilité connaissant, outre certains facteurs déclenchants (« life events »), une disposition probablement génétique, ce qui pouvait expliquer les raisons pour lesquelles certaines personnes développaient un trouble dépressif, tandis que d'autres restaient stables alors qu'elles se trouvaient dans les mêmes circonstances de vie et étaient soumises aux mêmes facteurs de stress.

Pour le Dr J_____, l'assuré avait, dans un premier temps, souffert d'un trouble de l'adaptation, compte tenu de la nature clairement réactionnelle de ses symptômes anxio-dépressifs. Dans le cas d'une situation psychosociale très stressante, si les facteurs de stress perduraient ou si de nouveaux facteurs de stress s'ajoutaient à brève échéance, la persistance d'un état chronique s'observait assez souvent et les symptômes résiduels étaient à redéfinir selon les critères de la CIM-10. Dans le cas de l'assuré, il y avait eu plusieurs facteurs de stress qui s'étaient accumulés depuis mars 2006 : un licenciement considéré comme injuste, abusif et humiliant ; des problèmes financiers suite à la suppression, en juin 2016, de toute prestation de l'assurance perte de gain ; des perspectives encore incertaines sur le marché du travail ainsi que les problèmes somatiques, se manifestant par une insuffisance rénale qui avait finalement nécessité une dialyse. La symptomatologie anxio-dépressive s'était chronicisée et persistait depuis plus de six mois, de sorte que le diagnostic de simple trouble de l'adaptation ne semblait plus justifié. Les symptômes anxio-dépressifs de l'assuré étaient ainsi à interpréter et à diagnostiquer comme un épisode dépressif. Les traits accentués de sa personnalité jouaient un rôle prépondérant dans l'évolution des symptômes anxio-dépressifs et leur chronicisation. Cela étant, il y avait tout de même une forte influence de facteurs externes et non liés à la maladie.

S'agissant de la capacité de travail, elle était, dès l'examen, de 50 %. Dès le 1^{er} mars 2018 au plus tard, elle serait de 80 %, avec un rétablissement complet dès le 1^{er} avril 2018 au plus tard. Dans ce contexte, l'expert J_____ a rappelé que les perspectives professionnelles, encore incertaines, la situation financière et la forte demande de reconnaissance de l'assuré n'étaient pas à prendre en considération lors d'une évaluation purement médicale. Il en allait de même des éventuelles limitations physiques, lesquelles ne pouvaient être évaluées dans le cadre d'une expertise purement psychiatrique.

Enfin, le pronostic était incertain et plutôt sombre compte tenu de la forte influence de tous les facteurs psychosociaux, non liés à la maladie.

En réponse à un questionnaire complémentaire, le Dr J_____ a expliqué ce qui suit :

- on était en présence d'une aggravation d'une maladie psychique préexistante, à diagnostiquer comme un trouble de l'adaptation, avec une chronicisation des symptômes anxio-dépressifs qui, au-delà de six mois, devaient être qualifiés d'épisode dépressif ;
 - si l'affection néphrologique – laquelle avait finalement nécessité un traitement par hémodialyse depuis juillet 2017 – avait certainement contribué à la chronicisation des symptômes anxio-dépressifs et à leur persistance, elle ne justifiait pas leur intensité. D'autres facteurs, non-médicaux, (la forte blessure narcissique suite au licenciement, le litige avec les assurances perte de gain et deuxième pilier, les contraintes financières, des perspectives encore incertaines sur le marché du travail, une grande demande de reconnaissance de sa souffrance, etc.) entraient également en considération.
 - certains traits accentués de la personnalité de l'assuré, insuffisants pour constituer un véritable trouble de la personnalité, avaient eu une influence sur la persistance et la chronicisation des symptômes anxio-dépressifs de l'assuré.
 - sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail était de 50 % pendant encore trois mois. L'insuffisance rénale pouvait provoquer et entretenir certains symptômes. Toutefois, leur intensité et leur répercussion sur la capacité de travail ne pouvaient être définies dans le cadre d'un examen purement psychiatrique.
8. a. Parallèlement au litige qui l'opposait à l'assureur perte de gain, l'assuré a déposé, le 31 août 2016, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI), en raison d'un état anxio-dépressif dû à un conflit au travail (depuis le 10 mars 2016) et d'un début d'insuffisance rénale (dès le 30 mai 2016).

b. Dans ce contexte, l'OAI a notamment sollicité un rapport du Dr E_____, lequel a évoqué, en septembre 2016, une maladie existant depuis le 10 mars 2016, soit une insuffisance rénale terminale avec une progression rapide depuis le mois de mai 2016 et un état anxio-dépressif, entraînant une fatigue importante, des troubles de la concentration, de la faiblesse et une angoisse. La capacité de travail était nulle depuis le 10 mars 2016.

Se fondant sur le courrier du Dr G_____ du 16 juin 2016 et le rapport précité du Dr E_____, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré, dans un avis du 30 septembre 2016 établi par la doctoresse K_____, que la capacité de travail était nulle dans toute activité et ce dès le 10 mars 2016.

Le 27 février 2017, le Dr E_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire.

c. Par projet de décision du 2 mars 2017, confirmé le 16 mai 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1^{er} mars 2017, compte tenu d'une incapacité totale de travail depuis mars 2016 (début du délai d'attente d'un an).

9. Suite à la décision de l'OAI du 16 mai 2017, qui lui avait été notifiée, la fondation collective a rappelé à l'assuré à quelles conditions elle était tenue de prêter malgré la fin de la couverture d'assurance. Pour que tel fût le cas, il devait exister, entre l'incapacité de travail ayant débuté au moment où l'assuré lui était affilié et l'invalidité, une étroite connexité, matérielle et temporelle. Or, selon le dossier de l'OAI, la rente lui avait été octroyée suite à l'incapacité de gain, due à l'insuffisance rénale, qui avait débuté le 30 mai 2016. Or, cette incapacité avait débuté à une période où il n'était plus affilié à la fondation collective, raison pour laquelle elle n'entendait pas lui verser de rente d'invalidité.
10. Sous la plume de son conseil, l'assuré a contesté la position de la fondation collective, relevant tout d'abord que la rente d'invalidité ne lui avait pas été octroyée pour les seules suites de l'affection rénale et que l'OAI avait fait courir le délai d'attente à compter du 10 mars 2016. En outre, il était d'avis que son atteinte néphrologique avait déjà des répercussions sur sa capacité de travail pendant la période d'assurance, soit avant le 20 avril 2016. Plusieurs examens étaient déjà en cours à cette époque. De plus, la pathologie rénale avait évolué progressivement et n'était pas devenue subitement incapacitante le 30 mai 2016.
11. La fondation collective a maintenu sa position par courrier du 29 août 2017.
12. Le 5 octobre 2017, toujours sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le demandeur) a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement, concluant à ce que la fondation collective fût condamnée à lui payer, sous suite de frais et dépens :
 - la somme de CHF 12'849.- avec intérêts à 5 % l'an dès le dépôt de la demande,
 - dès le 1^{er} novembre 2017, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'338,50 pour lui-même et de CHF 267.65 pour sa fille, avec intérêts à 5 % dès leur exigibilité ;
 - dès le 1^{er} mars 2018, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'496,90 pour lui-même et de CHF 299,65 pour sa fille, avec intérêts à 5 % dès leur exigibilité.

À l'appui de ses conclusions, il a rappelé que l'OAI l'avait mis au bénéfice d'une rente d'invalidité en raison de l'ensemble de ses troubles, tant psychiques que somatiques. En outre, l'affection rénale s'était aggravée progressivement durant le premier semestre 2016.

13. La défenderesse a produit sa réponse le 29 novembre 2017 et conclu, sous suite de frais et dépens, au déboutement du demandeur. Sur le fond, elle a considéré en substance que l'affection psychique à l'origine de l'incapacité de travail dès le 10 mars 2016 – soit pendant la couverture d'assurance – était sans connexité aucune avec l'affection néphrologique compliquée par une affection psychique survenue dès le 30 mai 2016, alors que le demandeur n'était plus affilié. Partant, le critère de la connexité matérielle n'était pas rempli. Par ailleurs, l'affection psychique ayant débuté le 10 mars 2016 suite au licenciement du demandeur, avait occasionné une incapacité de travail totale jusqu'au 14 juin 2016, de 50 % au 14 juillet 2016 et de 0 % dès le 15 juillet 2016 conformément aux conclusions du Dr H_____. Le trouble somatique, à savoir l'affection néphrologique, n'avait occasionné une incapacité de travail qu'à partir du 30 mai 2016, affection qui s'était compliquée d'une affection psychique propre au trouble somatique. Le critère de la connexité temporelle n'était ainsi pas non plus rempli.
14. Par réplique du 8 février 2018, le demandeur a actualisé les montants réclamés. Sur le fond, il a relevé que la décision de l'OAI du 16 mai 2017 était opposable à la défenderesse, ajoutant que le fait que des facteurs autres que les difficultés professionnelles aient aggravé l'état dépressif n'était pas déterminant, la défenderesse tentant de « distinguer artificiellement le trouble psychique lié au licenciement d'une part et le trouble psychique lié à l'aggravation de la maladie rénale d'autre part », alors que le diagnostic n'avait pas changé puisqu'il s'agissait d'un épisode dépressif moyen à sévère. Ainsi, seul importait le fait que l'incapacité de travail lié à cette atteinte ait commencé le 10 mars 2016, soit pendant la période d'affiliation,
15. La défenderesse a dupliqué en date du 9 mars 2018, considérant qu'elle n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité par l'OAI dès lors que celle-ci concernait uniquement l'affection néphrologique qui n'était pas en relation de connexité matérielle avec le trouble qui s'était manifesté durant l'affiliation. Pour le surplus, la fondation a repris ses précédents arguments.
16. Par courrier du 4 avril 2018, la défenderesse a transmis à la chambre de céans le rapport du Dr J_____ du 20 novembre 2017 (ci-dessus : ch. 11e), précisant qu'elle persistait dans ses précédentes conclusions.
17. Le 8 mai 2018, le demandeur a considéré que l'analyse du Dr J_____ confirmait que l'incapacité de travail, dont les causes étaient à l'origine de l'invalidité, avait débuté pendant le rapport de prévoyance, soit le 10 mars 2016. Par conséquent, la défenderesse ne pouvait se prévaloir d'un défaut de connexité matérielle pour refuser de prester, ce d'autant plus qu'elle était liée par la décision de l'OAI quant au taux et au début de l'incapacité de travail.
18. Le 13 juin 2018, la défenderesse a réitéré ses précédents arguments et persisté dans ses conclusions, concluant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
19. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 29 janvier 2019.

Entendu à cette occasion, le Dr E_____ a expliqué avoir repris le cabinet du Dr D_____, qui était alors le néphrologue traitant du demandeur et avoir vu celui-ci pour la première fois en février 2016, pour un contrôle. Depuis 2015, ces contrôles se faisaient tous les deux à trois mois, sauf erreur. L'insuffisance rénale avait été jusque-là asymptomatique. En février 2016, la situation était stable, même s'il fallait prévoir la suite (dialyses, transplantation). Le contrôle suivant avait eu lieu le 11 mars 2016. La situation était toujours stable du point de vue de l'insuffisance rénale, mais il avait pu constater un état anxieux, dû au fait que le demandeur venait d'être licencié la veille. Le demandeur était ensuite retourné le voir en avril 2016. Le Dr E_____ avait alors à nouveau constaté un état anxieux, de déprime. En mai 2016, la valeur de la créatinine était plus haute. Il fallait alors discuter de dialyses en particulier. Il avait retenu une incapacité de travail à compter du 30 mai 2016, cette date correspondant au moment de l'élévation de la créatinine. Déterminer la raison de l'incapacité de travail était compliqué. En mars-avril, l'incapacité de travail était clairement due à des raisons psychiques. Dès mai, les raisons étaient imbriquées, les symptômes de l'insuffisance rénale qui s'aggravait étant les troubles de la concentration, la fatigue, les nausées, etc. Le patient se plaignait de trouble de la concentration, notamment, et de fatigue, ce qui pouvait être à la fois lié à l'état anxieux qu'il avait présenté depuis mars 2016 et à l'insuffisance rénale elle-même, qui s'aggravait progressivement. Le demandeur était sous dialyses depuis juin 2017 et figurait sur la liste d'attente des candidats à une transplantation rénale.

Également entendu à cette date, le Dr G_____ a expliqué qu'il avait été en charge du suivi du demandeur une première fois à partir du 20 novembre 2011 et ce, jusqu'en 2013. Pour la présente problématique, il le suivait depuis le 10 mars 2016. Il était alors venu le consulter en raison d'un état anxio-dépressif sévère dans le cadre d'un conflit du travail. Il avait été licencié quelques jours après. Le Dr G_____ avait immédiatement pensé à le faire hospitaliser en milieu psychiatrique en raison du risque de passage à l'acte suicidaire. Il lui avait alors établi un certificat d'hospitalisation et lui avait conseillé, le cas échéant, d'aller aux urgences avec ce certificat, ce qu'il avait fait le 14 mars 2016. Il n'avait alors pas été hospitalisé, l'équipe spécialisée « cellule de crise » ayant réussi à éviter une telle issue. Le psychiatre avait finalement pu gérer la situation en voyant le demandeur plusieurs fois par semaine et en étant à sa disposition par téléphone. Il était alors incapable de travailler à 100 %. Il y avait eu une légère amélioration grâce au traitement médicamenteux, l'état anxio-dépressif sévère étant passé à un état anxio-dépressif moyen à sévère. L'évolution aurait pu être favorable, mais quelques mois plus tard, il y avait eu recrudescence de la problématique rénale et l'état anxio-dépressif avait été à nouveau sévère, étant précisé que l'état anxio-dépressif moyen à sévère ne lui permettait pas non plus de travailler, l'incapacité de travail restant de 100 %. L'amélioration s'était déroulée de mi-fin mars à fin avril 2016. Le demandeur avait été hospitalisé à une ou deux reprise(s) à la clinique de Montana pour des rechutes de son état psychiatrique. Il allait un peu mieux de

temps en temps, mais le fond dépressif subsistait, de sorte qu'il n'aurait pas été capable de travailler en toute hypothèse. À préciser qu'il était toujours sous traitement antidépresseur. La rechute, qui avait pris la forme d'un état sévère, était due à l'aggravation de la polykystose hépatorénale. Le Dr G_____ considérait également, même si cela n'était pas scientifique, qu'en raison de son état dépressif, le demandeur s'était négligé personnellement (sommeil, appétit, etc.), ce qui avait pu favoriser l'aggravation de son affection rénale. Il confirmait également l'aggravation de l'état de son patient (cf. son courrier du 16 juin 2016 adressé à l'assureur perte de gain). Celui-ci était très angoissé dans l'attente de la mise en place d'une dialyse. Sa fille et sa mère souffraient également de cette maladie. Cette dernière en était même décédée. Il confirmait son courrier du 10 novembre 2016, adressé à l'assurance perte de gain, selon lequel l'incapacité de travail était de 100 % jusqu'à fin 2016, qu'une reprise de travail était possible à partir du 1^{er} janvier 2017 à 50% et à 100 % dès le 1^{er} mars 2017 (propos rapportés dans le rapport d'expertise du Dr J_____), étant toutefois précisé qu'il s'agissait d'une proposition, mais l'évolution n'avait pas été celle à laquelle il s'attendait, le demandeur ayant notamment dû à nouveau être hospitalisé à la clinique de Montana en avril 2017. Son état anxio-dépressif était toujours sévère et le Dr G_____ prévoyait de le faire hospitaliser une nouvelle fois à la clinique précitée d'ici un mois.

20. Le 19 mars 2019, la chambre de céans a entendu le Dr H_____. À cette occasion, ce médecin a expliqué qu'un expert établissait son rapport d'expertise sur un instant déterminé. S'il apprenait, par exemple, qu'une hospitalisation était intervenue par la suite, il pouvait être amené à modifier le programme de reprise qu'il avait fixé. Il en était de même en cas de changements ou de perturbations dans la journée type. Dans le cas particulier, il avait tenté de faire des prévisions, raison pour laquelle il avait évoqué la possibilité d'une rechute, notamment en raison d'un séjour prévu à la Clinique de Montana dès le 19 avril 2016, qui avait été reporté en raison d'examens somatiques. Par ailleurs, il confirmait le diagnostic et les taux d'incapacité de travail retenus dans son expertise du 14 avril 2016. Il appartenait toutefois au service médical de l'assurance mandante de valider ses conclusions, notamment après réalisation d'un monitoring sanguin, lequel devait permettre d'avoir la preuve que le traitement médicamenteux était bien suivi. Dans le cas particulier, l'assureur perte de gain ne l'avait pas recontacté par la suite, de sorte qu'il n'avait pas eu à confirmer ou à modifier son pronostic. Le risque éventuel de rechute qu'il avait évoqué n'était pas nécessairement lié au trouble psychique dû au licenciement, mais aussi au fait que depuis quatre à cinq ans, le demandeur présentait des baisses thymiques. Le sentiment de culpabilité que celui-ci éprouvait pour avoir choisi cet employeur – alors que deux autres propositions lui avaient été faites – montrait une certaine fragilité. Le Dr H_____ ne se souvenait plus si le demandeur lui avait parlé de son problème rénal et plus particulièrement de son insuffisance rénale. Si tel avait été le cas, il l'aurait mentionné dans son rapport d'expertise. Le Dr H_____ a ajouté qu'il ne pouvait se prononcer sur l'éventuelle

incidence du problème rénal sur l'état psychique dans lequel le demandeur se trouvait le jour de l'examen. Il ne pouvait s'agir que d'hypothèses. En sa qualité de psychiatre, il ne connaissait pas la gravité de l'atteinte rénale du demandeur. Il estimait toutefois que si le lien entre une atteinte cardiaque, telle qu'un infarctus, et l'état psychologique était évidente, il ne pouvait, pour sa part, se prononcer sur la relation entre une atteinte rénale et une atteinte psychologique, faute d'expérience en la matière.

21. En accord avec les parties, qui ont disposé d'un délai pour transmettre les questions qu'elles souhaitaient voir poser au Dr J_____, la chambre de céans a interrogé ce dernier par écrit. Dans un courrier du 14 juin 2019, celui-ci a confirmé les termes de son rapport du 20 novembre 2017. Il a notamment précisé qu'il n'avait pas eu besoin de discuter avec le Dr G_____, étant donné que plusieurs rapports établis par celui-ci figuraient au dossier. Le Dr J_____ avait privilégié le diagnostic de trouble de l'adaptation au vu de la nature clairement réactionnelle de la symptomatologie psychique du demandeur. Selon le code F43 de la CIM-10, le diagnostic précité décrivait une symptomatologie clairement réactionnelle, en lien avec et consécutive à un ou plusieurs facteurs de stress. La CIM-10 définissait comme critère de durée, pour un tel trouble, une période de six mois et, dans le cas d'une réaction dépressive prolongée, de deux ans maximum. Durant cette période, un individu avec une personnalité intacte devait être en mesure de s'adapter à la nouvelle situation, soit, en d'autres termes, d'appliquer les mécanismes de défense et des stratégies de « coping » de manière efficace. Lorsque la symptomatologie persistait au-delà de ce délai, il ne s'agissait plus d'un trouble de l'adaptation et il convenait de réévaluer et de redéfinir le diagnostic. Dans le cas d'une situation psychosociale très stressante, si le facteur de stress perdurait ou lorsqu'un nouveau facteur de stress s'ajoutait dans un court délai, la persistance de l'état chronique s'observait assez souvent. Les symptômes résiduels devaient ainsi être redéfinis selon les critères de la CIM-10. Dans le cas du demandeur, ces symptômes étaient à redéfinir comme un « épisode dépressif », étant donné qu'ils persistaient depuis plus de six mois. L'hospitalisation prévue à la Clinique de Montana ne constituait pas un indicateur pour l'un ou l'autre des diagnostics, étant donné que la symptomatologie anxio-dépressive d'un épisode dépressif et celle d'un trouble de l'adaptation, trouble au demeurant compatible avec un risque suicidaire, pouvaient être suffisamment intenses et nécessiter une hospitalisation. Le passage d'un trouble de l'adaptation à un épisode dépressif ne devait pas être interprété comme l'apparition d'une nouvelle pathologie. Il s'agissait plutôt de la redéfinition d'une symptomatologie existante, voire d'un état dépressif. Le Dr J_____ a également confirmé que l'affection néphrologique avait contribué à la chronicisation des symptômes anxio-dépressifs et à leur persistance. La symptomatologie anxio-dépressive s'expliquait également par des facteurs non médicaux, tels qu'une forte blessure narcissique suite au licenciement, le litige avec l'assurance perte de gain et l'institution de prévoyance, les contraintes financières, les perspectives encore incertaines sur le marché du travail ainsi qu'une grande demande de reconnaissance

de sa souffrance. La problématique liée au licenciement ne justifiait pas, à elle seule, une incapacité de travail sur le long terme mais tout au plus une incapacité de quelques mois (deux à trois mois). Par ailleurs, les traits accentués de la personnalité du demandeur avaient une influence sur la manière dont le licenciement avait été perçu sans toutefois que les traits de la personnalité en question ne puissent être qualifiés de maladie. Il était très difficile, voire impossible, de se prononcer rétroactivement sur l'état psychique d'un expertisé et, par conséquent, sur sa capacité de travail. C'est pourquoi, il retenait une reprise progressive d'une activité professionnelle à compter de l'examen d'expertise, en novembre 2017. Etant donné qu'il n'avait pas revu ni réexaminé le demandeur après l'examen du 13 novembre 2017, le Dr J_____ ne pouvait pas se prononcer sur les hospitalisations à la Clinique genevoise de Montana d'avril-mai 2018 et de février-mars 2019. Il a précisé toutefois que cet établissement n'était pas une clinique psychiatrique de premiers soins mais qu'il prenait également en charge les cas psychiatriques plutôt légers. L'indication pour ce type d'hospitalisation était posée nettement plus facilement qu'une hospitalisation dans une clinique psychiatrique de premier recours, comme la clinique psychiatrique de Belle-Idée. Ainsi, le fait que le demandeur ait été hospitalisé, à deux reprises, à la Clinique de Montana n'impliquait pas automatiquement une symptomatologie psychiatrique grave et complètement invalidante.

22. Les réponses du Dr J_____ ont été soumises aux parties.
23. Par courrier du 5 juillet 2019, la défenderesse a résumé certains passages du courrier du Dr J_____ du 14 juin 2019 et a conclu à la réalisation d'une expertise.
24. Quant au demandeur, il a relevé, dans un courrier du 19 juillet 2019, que le Dr J_____ avait commis de nombreuses erreurs de dates, ce qui démontrait une connaissance superficielle du dossier. Son rapport devait donc être lu avec d'autres moyens de preuve versés à la procédure et devait être considéré comme probant uniquement si d'autres moyens de preuve confirmaient ses conclusions. Sur le fond, le rapport du Dr J_____ du 14 juin 2019 avaient permis de confirmer que le demandeur avait souffert d'une seule et unique pathologie psychiatrique, laquelle était à l'origine d'une incapacité de travail dès le 10 mars 2016, soit durant les rapports de prévoyance, et que ladite incapacité de travail n'avait pas pris fin le 15 juillet 2016 puisque le Dr J_____ avait formulé un pronostic de reprise, à 50 % dès le jour de l'expertise, à 80 % dès le 1^{er} mars 2018 et à 100 % dès le 1^{er} avril 2018. Cependant, ce médecin n'avait pas revu le demandeur en 2018 et n'avait jamais été appelé à confirmer son pronostic. Sur la base de ces éléments, le demandeur a persisté dans les termes de ses conclusions, tout en faisant savoir qu'il ne s'opposait pas à la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire.
25. Par courrier du 29 août 2019, la défenderesse a persisté à solliciter la mise sur pied d'une expertise, sollicitant un délai pour prendre des conclusions sur la mission d'expertise, comprenant les questions à l'expert et pour formuler des propositions

d'experts. Pour le surplus, elle a maintenu que le demandeur avait souffert de deux troubles distincts.

26. Le 16 octobre 2019, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert, soit le professeur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser. Elle a imparti aux parties un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
27. Le 31 octobre 2019, le demandeur a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas de motif de récusation, ni de questions supplémentaires à poser.
28. Le 4 novembre 2019, la défenderesse a également indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre du Prof. L_____. Elle a en revanche sollicité que des questions supplémentaires soient intégrées dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.
29. En exécution de la mission d'expertise que la chambre de céans lui avait confiée le 17 décembre 2019, le Prof. L_____, assisté de Madame M_____, psychologue, spécialiste en psychothérapie FSP, a reçu le demandeur en entretien à trois reprises entre janvier et mars 2020 et rendu ses conclusions le 10 avril 2020.

Après avoir retracé l'anamnèse du demandeur, recueilli ses plaintes et s'être entretenu par téléphone notamment avec le Dr G_____, l'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen dès juin 2016 et de trouble de la personnalité narcissique dès 2018, précisant que ces affections avaient une répercussion sur la capacité de travail, contrairement à la perturbation de l'activité et de l'attention (F 90), présente depuis l'enfance, et de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68), apparue dès 2018, qui étaient sans effet sur la capacité de travail.

Dans la discussion consécutive du cas, le Prof. L_____ a indiqué qu'une première faille s'était manifestée en 2011, dans le contexte de la séparation du demandeur d'avec sa première épouse et de tensions croissantes sur le plan professionnel. Ces facteurs de stress avaient induit une réaction dépressive et anxieuse de courte durée, traitée par antidépresseur et suivi thérapeutique par le Dr G_____. Les arrêts de travail avaient été de courte durée et de l'aveu même du demandeur, un retour à la normale avait été possible en 2013 (avant son licenciement effectif) avec arrêt du suivi et des traitements. À cette époque, le diagnostic de trouble hyperkinétique avec déficit de l'attention (ci-après : THADA) avait été posé par le Dr G_____. Selon l'expert L_____, la description de cette période par tous les acteurs concernés faisait référence à un trouble de l'adaptation avec caractéristiques mixtes (humeur anxieuse et dépressive), soit à un diagnostic qui ne sera pas posé. La seconde alerte était survenue après le licenciement abrupt du demandeur, en mars 2016, alors qu'il occupait un poste à responsabilité qu'il avait obtenu après deux ans de chômage. S'en était suivie une réaction similaire avec humeur dépressive

dominante, sentiment de perte de repères, rumination sur les raisons et la procédure de licenciement, sentiment d'injustice, irritabilité et idéation suicidaire fluctuante. La reprise du traitement médicamenteux s'était alors faite rapidement. Trois mois après cette cassure, le demandeur s'était trouvé confronté à la péjoration nette de son insuffisance rénale qu'il ne commencera à traiter qu'en 2017, après avoir surmonté ses réticences. Le deuxième épisode de trouble de l'adaptation (en lien avec le licenciement) s'était prolongé vers un épisode dépressif moyen attesté par les experts H_____ et J_____ et le Dr G_____ – avec toutefois des conclusions très différentes en termes de capacité de travail. Progressivement et malgré un traitement qui était resté totalement stable, l'état psychique s'était péjoré, notamment après la grossesse de son épouse et la naissance de son deuxième enfant – âgé de 2 ans au moment de l'expertise. Non seulement la symptomatologie dépressive perdurait mais aussi, elle se surajoutait au trouble de la personnalité narcissique (sur la base de traits préexistants) amenant un repli avec détachement affectif, un sentiment de honte dans la comparaison entre l'avant et l'après, une hypersensibilité aux critiques et une absorption « par l'idée de défaillance dans le présent ». Il était important de noter que ces symptômes de défaillance persistaient malgré des taux plasmatiques d'antidépresseurs (escitalopram) nettement supérieurs à la norme attendue – chez un patient sans perturbation hépatique à l'heure actuelle. Le tableau clinique actuel excluait une reprise d'activité en milieu usuel ou adapté et nécessitait un réaménagement des approches thérapeutiques mises en œuvre. Le demandeur bénéficiait d'une rente entière de l'assurance-invalidité avec effet au 1^{er} mars 2017, ce qui, d'un point de vue strictement psychiatrique et tout en tenant compte des symptômes, était pleinement justifié.

Invité à dire depuis quand les différentes atteintes étaient présentes, l'expert a indiqué que le THADA était présent depuis l'enfance et avait été traité dès 2011 par le psychiatre traitant. L'épisode dépressif moyen était présent dès la fin mai 2016. Lors de l'épisode de 2011, la rapidité de l'évolution clinique et les symptômes en lien direct avec des facteurs de vie stressants imposaient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec caractéristiques mixtes (humeur anxieuse et dépressive). Plus particulièrement, l'affection psychique, qui s'était déclarée en mars 2016, représentait un trouble de l'adaptation, au degré de la vraisemblance prépondérante. Ceci impliquait la présence d'affects dépressifs et anxieux d'intensité parfois sévère en lien direct avec des facteurs de vie stressants (licenciement et perte de valeur sur un plan narcissique). Ce deuxième trouble de l'adaptation avait évolué vers un épisode dépressif moyen. L'aggravation de l'état somatique avait clairement péjoré l'état psychique du demandeur à partir du 30 mai 2016. Cette péjoration n'était pas spécifique au trouble rénal mais reflétait la survenue d'un facteur de stress additionnel qui avait défié encore une fois l'équilibre narcissique précaire du demandeur. Depuis 2018, et face à la chronicité de leur évolution et de leurs répercussions psychosociales (notamment après la naissance de son deuxième enfant), les traits de personnalité narcissique (identifiés dans le rapport d'expertise

du Dr J_____ du 20 novembre 2017) évoluaient vers un trouble franc avec dysfonctionnement social et souffrance subjective.

Invité à dire s'il existait une connexité matérielle entre le trouble psychique lié à l'affection néphrologique à l'origine de l'incapacité de travail survenue dès le 30 mai 2016 et le trouble psychique survenu le jour du licenciement signifié le 10 mars 2016, l'expert a répondu par l'affirmative. Du point de vue qualitatif, la dépression postérieure au mois de mai 2016 (et la détérioration physique) était essentiellement la même que celle du mois de mars 2016. Non seulement, les symptômes étaient de même nature, mais le déterminant de base (qui avait été en partie identifié par l'expertise du Dr J_____) était la vulnérabilité narcissique du demandeur, lequel s'était trouvé privé d'un métier valorisant et confronté au déclin de sa santé physique. Même si ce déclin était prévisible sur un plan théorique (ce que le demandeur répétait jusqu'à ce jour), la confrontation à cette réalité en mai 2016 avait anéanti les espoirs de récupération formulés en avril 2016 par le psychiatre traitant. La connexité matérielle était présente dans la mesure où il s'agissait de la chronicisation des mêmes symptômes qui avaient évolué d'un trouble de l'adaptation lié à un événement de vie adverse vers un épisode dépressif moyen remettant en question l'ensemble de la trajectoire de l'intéressé.

Selon l'expert, il existait également une connexité temporelle entre le trouble psychique lié à l'affection néphrologique à l'origine de l'incapacité de travail survenue dès le 30 mai 2016 et le trouble psychique survenu le jour du licenciement signifié le 10 mars 2016. À cet égard, l'expert a précisé que si une rupture de la connexité temporelle aurait pu exister si le demandeur avait récupéré plus de 80 % de sa capacité de travail lors de la survenue du trouble psychique lié à l'affection néphrologique, il n'y avait toutefois aucun indice rétrospectif pouvant soutenir une telle éventualité. De l'avis du psychiatre traitant, tel n'avait pas été le cas. Même en tenant compte de l'expertise du 14 avril 2016 du Dr H_____, le demandeur présentait une incapacité de travail totale jusqu'au 14 juin 2016, au-delà de la date d'apparition de l'épisode dépressif moyen du 30 mai 2016.

Sur un plan purement psychiatrique, le demandeur était dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle ou une activité adaptée. Suivant les affirmations des Drs G_____ et H_____ – les deux seuls médecins psychiatres à avoir examiné le demandeur pendant la période litigieuse (du 10 mars 2016 au 14 juin 2016, du 15 juin 2016 au 14 juillet 2016, dès le 15 juillet 2016), on pouvait retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail totale du 10 mars 2016 jusqu'au 14 juin 2016 – et même jusqu'à ce jour. Ceci était dû, d'une part, à l'épisode dépressif qui s'était développé après le 30 mai 2016 en tant qu'aggravation du trouble de l'adaptation préexistant et, d'autre part, à la décompensation de sa personnalité après 2018.

Interrogé sur le point de savoir, en rapport avec l'affection psychique qui s'était déclarée le 10 mars 2016, à partir de quand l'état psychique du demandeur lui aurait raisonnablement permis de s'inscrire au chômage et de rechercher un emploi sur le

marché du travail primaire, l'expert a répondu que si l'on faisait abstraction de la péjoration thymique en lien avec l'aggravation du problème rénal, et en se cantonnant uniquement au trouble de l'adaptation consécutif au licenciement, une inscription au chômage aurait été exigible à partir du 1^{er} janvier 2017, soit huit mois après l'événement. Cette projection était théorique et se basait sur les données de la littérature en la matière.

30. Par écriture du 26 mai 2020, le demandeur a indiqué qu'au vu des conclusions du rapport d'expertise du Prof. L_____ – dont il ressortait que le rapport de connexité temporelle et matérielle entre l'incapacité de travail survenue le 10 mars 2016 et l'invalidité était établi – et de la naissance, le 30 décembre 2018, de son deuxième enfant, il amplifiait ses conclusions en ce sens que la défenderesse devait être condamnée à lui payer non seulement les arriérés de rente pour lui-même et sa fille de mars à octobre 2017 (CHF 12'849.-) avec intérêts à 1 % l'an dès le 5 octobre 2017, mais aussi la somme de CHF 87'325,15 avec intérêts à 1 % l'an dès le 15 février 2019 (date moyenne), représentant, de novembre 2017 à mai 2020, les arriérés de rente pour lui-même et sa fille et, de décembre 2018 à mai 2020, les arriérés de rente pour son fils. Enfin, le demandeur a conclu, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de la défenderesse au versement, dès le 1^{er} juin 2020, d'une rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'496.90, assortie de deux rentes pour enfant d'un montant de CHF 299.65 chacune, avec intérêts à 1 % l'an dès l'exigibilité, sous réserve d'indexation.
31. Le 27 mai 2020, la défenderesse a invité la chambre de céans à poser des questions complémentaires à l'expert L_____.
32. Le 17 juin 2020, la défenderesse s'est déterminée au sujet de l'écriture du 26 mai 2020 du demandeur, indiquant qu'il persistait non seulement dans ses conclusions en déboutement avec suite de frais et dépens, mais qu'il concluait également au rejet des conclusions amplifiées de la partie adverse.
33. Le 29 juin 2020, le demandeur a invité la chambre de céans à garder la cause à juger, estimant que les conclusions de l'expert rendaient inutiles des mesures d'instruction complémentaires.
34. Le 17 juillet 2020, la chambre de céans a soumis au Prof. L_____ une copie du rapport du 2 février 2017 du Dr I_____ et l'a invité, à la lumière de ce dernier, à répondre à une série de questions complémentaires.
35. Par complément d'expertise du 2 août 2020, le Prof. L_____ a rappelé que l'affection causée par le licenciement du 10 mars 2016 correspondait à un trouble de l'adaptation avec caractéristiques mixtes (humeur anxieuse et dépressive), comme évoqué dans l'expertise du Dr J_____. Un mois après cet événement, le Dr G_____ rapportait une amélioration légère de l'état psychique, compatible avec une évolution positive de ce trouble de l'adaptation. Cependant, vu qu'en mai 2016, l'état clinique du demandeur, s'était péjoré grandement et que son néphrologue traitant avait attesté, le 30 mai 2016, une incapacité de travail totale en lien avec le

trouble de l'adaptation en période d'amélioration et l'insuffisance rénale qui représentait un facteur aggravant, c'était à cette période charnière que l'on retrouvait la connexité temporelle entre le trouble de l'adaptation en phase décroissante et la perturbation thymique en lien avec la péjoration de son état néphrologique.

Invité à dire s'il était d'accord avec le Dr I_____ en tant que celui-ci considérait, au vu de la brièveté des rapports de travail, du licenciement intervenu pendant le temps d'essai et de conflits existant rapidement à la prise du poste, que le deuil du poste de travail devait pouvoir se faire dans un délai relativement court (deux à trois mois après l'expertise du Dr H_____), l'expert a répondu que dans la mesure où le Dr I_____ prévoyait une amélioration rapide (en l'espace de deux à trois mois), l'appréciation de ce médecin était correcte pour le trouble de l'adaptation (le rapport du Dr G_____ faisait état d'une amélioration un mois plus tard) mais elle ne prenait pas en compte la survenue de l'aggravation néphrologique qui avait induit la mutation du trouble de l'adaptation vers un épisode dépressif moyen en juin 2016. Partant, il était inutile, selon le Prof. L_____, de se référer à une prolongation du trouble de l'adaptation au-delà de trois mois dans la mesure où la mutation vers la dépression moyenne était déjà effective en juin 2016.

Interrogé sur le point de savoir si les durées d'incapacité de travail retenues par les auteurs et classifications qu'il citait dans son rapport d'expertise variaient en fonction du poste occupé, de la durée de l'engagement, d'un licenciement survenu durant le temps d'essai ou après de nombreuses années de service, l'expert a répondu que d'un point de vue théorique, la durée d'incapacité de travail lors d'un trouble de l'adaptation n'était pas proportionnelle ou même corrélée à la durée de l'engagement. Ce qui comptait, c'était la représentation mentale du travail en question, l'organisation de la personnalité prémorbide et l'existence d'alternatives narcissiquement gratifiantes. De manière générale, les références mentionnées donnaient des marges d'évolution sans référence au type de travail, à la durée de l'engagement ou à la période d'essai. Dans une étude des prédicteurs de la durée d'absence au travail en cas de trouble de l'adaptation, des spécialistes avaient trouvé un temps médian de récupération de 91 jours et comme déterminants majeurs d'une durée plus prolongée, la comorbidité psychiatrique et l'âge. En somme, avoir plus de 40 ans et souffrir d'autres morbidités psychiatriques augmentait le risque de mauvaise évolution. En l'espèce, le demandeur correspondait à ces critères de gravité. Toutefois, à partir du mois de juin 2016, son affection correspondait à un épisode dépressif moyen et non plus à un trouble de l'adaptation.

Il était exact qu'en faisant abstraction de la péjoration thymique de juin 2016, qui correspondait à l'installation d'un épisode dépressif moyen en lien avec l'aggravation de son état néphrologique, le demandeur aurait dû retrouver sa capacité de travail – et donc son aptitude au placement – dès le 1^{er} janvier 2017 ; même en tenant compte de la comorbidité du trouble de la personnalité et de son

âge, un délai de huit mois (plus du double du temps usuel pour un trouble de l'adaptation décrit dans une publication de CATALINA-ROMERO *et alii* en 2012) aurait été suffisant selon les critères de vraisemblance prépondérante. Or, l'hypothèse susmentionnée ne correspondait pas à la réalité de l'évolution clinique du demandeur. En termes simples, les symptômes du trouble de l'adaptation présents entre mars et juin 2016 s'étaient aggravés à partir de cette date et sous l'effet du vécu d'échec en lien avec la péjoration de son état de santé, ils avaient donné lieu à un épisode dépressif moyen. Il n'y avait pas eu de période de récupération *ad integrum* (les experts étaient unanimes au moins sur ce point) et la nature des symptômes anxio-dépressifs sur un plan qualitatif ne permettait pas de différencier un trouble de l'adaptation d'une dépression moyenne. Il y avait, en l'espèce, connexité matérielle et temporelle.

36. Le 28 août 2020, la défenderesse a fait part de ses observations au sujet du complément d'expertise du 2 août 2020 et soutenu qu'en tant que l'affection néphrologique avait entraîné, aux dires de l'expert L_____, une nouvelle affection en juin 2016, soit un épisode dépressif moyen qui s'était substitué au trouble de l'adaptation, force était de constater qu'à cette époque, le demandeur – dont le contrat avait été résilié le 10 mars 2020 avec effet au 20 mars 2020 – n'était plus assuré au-delà du 20 mars 2020 et qu'ainsi, plus aucune couverture ne pouvait être donnée pour l'affection qualifiée d'épisode dépressif moyen en lien avec l'affection néphrologique, ces deux affections étant nées et ayant généré une incapacité de travail propre à un moment où le demandeur n'était plus affilié auprès de la défenderesse, de sorte que le lien de connexité matérielle et temporelle n'était pas établi.
37. Le 31 août 2020, le demandeur a estimé quant à lui qu'il ressortait du complément d'expertise qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle maladie psychique qui était apparue en mai-juin 2016 mais d'une maladie psychique survenue en mars 2016 qui avait progressivement muté en raison d'un facteur aggravant et qu'ainsi, le seul fait que le facteur aggravant soit survenu hors de la période d'assurance était sans pertinence.
38. Par écriture spontanée du 7 septembre 2020, le demandeur a relevé que la défenderesse se contredisait en affirmant, dans ses observations du 28 août 2020, que le demandeur n'était plus assuré au-delà du 20 mars 2016. Comme cette dernière l'avait elle-même admis dans son mémoire de réponse, la couverture d'assurance pour le risque d'invalidité avait perduré un mois au-delà de la fin du contrat de travail, soit jusqu'au 20 avril 2016.

EN DROIT

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

compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le présent litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2017, plus particulièrement sur la question de savoir s'il était assuré auprès de la défenderesse au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP).
3. Le système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité repose sur le principe des trois piliers (art. 111 Cst.). Les prestations du premier pilier (assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale et prestations complémentaires) doivent couvrir les besoins vitaux des personnes assurées de manière appropriée (art. 112 al. 2 let. b Cst.), alors que les prestations du deuxième pilier (prévoyance professionnelle) doivent permettre aux personnes assurées de maintenir de manière appropriée leur niveau de vie antérieur (art. 113 al. 2 let. a Cst.; voir également art. 1 al. 1 LPP). Il incombe au troisième pilier (prévoyance individuelle) de compléter les mesures collectives des deux premiers piliers selon les besoins personnels.

Les institutions de prévoyance qui participent à l'application du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (art. 48 al. 1 LPP) doivent respecter les exigences minimales fixées aux art. 7 à 47 LPP (art. 6 LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP; Message à l'appui de la LPP, FF 1976 I 127 ch. 313 et 314; ATF 131 II 593 consid. 4.1 et les références).

4. a. Selon l'art. 23 let. a LPP, les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ont droit à des prestations d'invalidité.
- b. L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (art. 10 al. 1 LPP). L'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP).

Le moment de la dissolution des rapports de travail est celui où, juridiquement, les rapports de travail ont pris fin, conformément aux règles des art. 334 ss CO, c'est-à-dire en principe à l'expiration du délai légal ou contractuel de congé. Peu importe la date à laquelle le travailleur, effectivement, a quitté l'entreprise (ATF 121 V 280 consid. 2b et les références de jurisprudence et de doctrine).

À teneur de l'art. 335b CO, pendant le temps d'essai, chacune des parties peut résilier le contrat de travail à tout moment moyennant un délai de congé de sept jours ; est considéré comme temps d'essai le premier mois de de travail (al. 1). Des

dispositions différentes peuvent notamment être prévues par accord écrit ; toutefois, le temps d'essai ne peut dépasser trois mois (al. 2).

L'art. 336c CO, portant sur le sort d'une résiliation en temps inopportun, notamment pendant une maladie, ne s'applique qu'après le temps d'essai selon le texte clair de la disposition.

c. À teneur de l'art. 10 al. 3 LPP, durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente.

En l'espèce, selon le contrat de travail du 21 décembre 2015, le temps d'essai est porté à trois mois. Par courrier recommandé du 10 mars 2016, l'employeur a licencié l'assuré avec effet au 20 mars 2016. Quand bien même l'assuré a été en incapacité de travailler pour cause de maladie dès le 11 mars 2016, les rapports de travail ont pris fin le 20 mars 2016. Cela étant, conformément à l'art. 10 al. 2 let. b LPP, la couverture d'assurance avec la défenderesse a, quant à elle, cessé le 20 avril 2016.

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

a. L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; ATF 118 V 45 consid. 5).

Ce n'est pas l'apparition de troubles comme telle qui constitue l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP mais bien la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance due à l'affection invalidante (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 2/02 du 27 mai 2002 consid. 3b), VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

b. Par incapacité de travail, il faut entendre la perte ou la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activités habituelles (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références).

Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 75/01 du 6 février 2003 consid. 2.2). Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance, dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail (BRÜHWILER, Kommentar zum Einzelarbeitsvertrag, 2^{ème} éd., 1996, n. 9 ad art. 324a CO ; FAVRE / MUNOZ / TOBLER, Le contrat de travail, 2001, n. 1.13 ad art. 324a CO ; REHBINDER, Schweizerisches Arbeitsrecht, 14^{ème} éd., 1999, n. 81), dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références).

c. Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 275 consid. 4.1).

Il y a connexité matérielle lorsque l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit à l'époque à l'incapacité de travail. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre la pathologie entraînant l'incapacité de travail et les troubles qui ont pour conséquence une invalidité n'est en revanche pas déterminante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 42/02 du 11 février 2003, consid. 2.2).

La connexité temporelle implique, quant à elle, qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité adaptée pendant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4 p. 62) et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 p. 27; arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2).

Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 93/02 du 3 mai 2004, consid. 2.1 ; ATF 138 V 409 consid. 6.3 et l'arrêt cité). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale doit dès lors être comparée au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 48/05 du 25 avril 2006, consid. 4).

d. S'agissant plus particulièrement d'une atteinte psychique « réactionnelle », le Tribunal fédéral des assurances a considéré, à plusieurs reprises que même s'il était établi que les problèmes physiques avaient participé à la genèse d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie, cela ne modifiait en rien le fait que ladite atteinte psychique (secondaire) n'était pas identique aux affections physiques qui avaient entraîné l'incapacité de travail ayant mené à la perte d'emploi et à la sortie du cercle des assurés de l'institution de prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 68/06 du 31 août 2007 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/06 du 22 novembre 2006 consid. 4 et les références citées).

Dans un arrêt du 26 mars 2013, le Tribunal fédéral a en revanche considéré qu'il convenait d'admettre que même si à l'époque de l'affiliation à l'institution de prévoyance, une personne présentait une incapacité de travail de 30 % due avant tout à une fibromyalgie, le fait que des symptômes dépressifs concomitants aient évolué, après la fin des rapports de prévoyance, en un épisode dépressif moyen (F32.1) à l'origine d'une incapacité de travail de 60 % pour raisons psychiques – et d'un trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité – n'empêchait pas d'admettre une connexité matérielle sur le plan psychique ; il n'était pas décisif, à cet égard, que les symptômes dépressifs n'aient atteint le degré d'un épisode dépressif moyen qu'après la fin de la couverture d'assurance dès lors qu'ils étaient constitutifs d'une atteinte psychique, ayant valeur de maladie, qui s'était déjà manifestée pendant les rapports de prévoyance et avait eu une influence reconnaissable sur le cours de la maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2012 du 26 mars 2013 consid. 4.2 à 4.4 ; Marc HÜRZELER, in SCHNEIDER, GEISER, GÄCHTER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, BVG und FZG, 2^{ème} éd. 2019, n. 28 ad art. 23 LPP).

6. a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

Si une institution de prévoyance reprend, explicitement ou par renvoi, la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable

(ATF 138 V 409 consid. 3.1, ATF 126 V 308 consid. 1 in fine ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 45/03 du 13 juillet 2004, consid. 2). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (voir notamment ATF 138 V 409 consid. 3.1, ATF 118 V 35 consid. 2b/aa, 115 V 208 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral B 140/06 du 27 mars 2007 consid. 2).

Toutefois, même dans leur sphère de compétences propres, les institutions de prévoyance ne jouissent pas d'un pouvoir discrétionnaire. Si elles définissent, dans leurs statuts ou leurs règlements, l'événement assuré ou l'invalidité de manière autonome, elles doivent, dans l'interprétation de ces notions, prendre en compte le sens retenu dans les autres branches du droit des assurances sociales ou selon les principes généraux du droit. Les institutions de prévoyance sont ainsi libres dans le choix de la notion de l'invalidité et de l'événement assuré, mais elles doivent les appliquer de manière uniforme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié B 57/02 du 19 août 2003, consid. 3.3).

b. L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (RS 831.20 – LAI), n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; ATF 129 V 73).

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en

vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 7 al. 2 LPGA inclut ainsi le principe d'exigibilité dans la notion d'invalidité.

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. Si la médecine actuelle repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie (qui ne considère pas cette dernière comme un phénomène exclusivement biologique ou physique mais comme le résultat de l'interaction entre des symptômes somatiques et psychiques ainsi que l'environnement social du patient), le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore nullement l'importance récente de ce modèle bio-psycho-social dans l'approche thérapeutique de la maladie. Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a néanmoins lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait une telle exigibilité lorsque celle-ci se fonde avant tout sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1).

Concrètement, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a *in fine*; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Ce n'est que si des facteurs psychosociaux et socioculturels causent une atteinte à la santé, que ce soit en contribuant au maintien de cette dernière ou en aggravant les conséquences – indépendamment des facteurs étrangers à l'invalidité – qu'ils peuvent indirectement fonder l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2007 du 13 février 2008 consid. 2.2 *in fine* et les arrêts cités). En ce sens, les interactions entre les troubles physiques et psychiques et l'environnement social sont prises en compte, quoique dans une moindre mesure que selon le modèle des maladies bio-psycho-sociales (SVR 2008 IV n° 6 p. 15 consid. 5.4).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, moyennant, au besoin, un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8. a. Dans sa jurisprudence antérieure au 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse – rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement – qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur

l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

b. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoforme douloureux à tous les troubles psychiques. (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

9. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

12. a. En l'espèce, le demandeur réclame une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse en se fondant sur la décision de l'OAI du 16 mai 2017. Pour sa part, la défenderesse refuse de prester, faute de connexité matérielle et temporelle.

b. Il n'est pas contesté que les rapports de travail du demandeur auprès de C_____ ont commencé le 1^{er} février 2016 et ont pris fin le 20 mars 2016. Le demandeur n'ayant pas été engagé par un nouvel employeur à l'expiration du

délai d'un mois à compter du 21 mars 2016, il est resté assuré auprès de la défenderesse jusqu'au 20 avril 2016 inclus, pour les risques de décès et d'invalidité (art. 10 al. 3 LPP).

c. Selon l'art. 18.2 du règlement de prévoyance, un degré d'invalidité défini par l'AI pour le champ d'activité est repris obligatoirement pour la détermination du degré d'invalidité. Si l'AI ne fixe pas de degré d'invalidité, on se basera sur les critères en vigueur selon la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) (art. 16 LPG). Un changement du degré d'invalidité entraîne un changement des prestations à la date d'effet fixée par l'AI.

La chambre de céans constate ainsi que la notion d'invalidité adoptée par la défenderesse principale correspond à celle de la LAI, ce que les parties ne contestent du reste pas. Par conséquent, compte tenu du fait que la décision de l'OAI a été notifiée à la défenderesse principale en tant qu'institution de prévoyance concernée et qu'elle est entrée en force sans avoir été attaquée, ni par le demandeur ni par la défenderesse, la décision de l'assurance-invalidité lie cette dernière, en déployant ses effets contraignants aussi en matière de prévoyance professionnelle obligatoire, ceci sous réserve d'une inexactitude manifeste (ci-dessus : consid. 6a).

d. Par décision du 16 mai 2017, l'OAI a reconnu le demandeur invalide à 100 % et l'a mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2017. La décision ne précise toutefois pas quelles atteintes il a prises en considération. Il ressort des pièces produites que ce sont une insuffisance rénale dialysée sur polykystose rénale et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission partielle qui ont motivé le dépôt de la demande de prestations du 31 août 2016 et il peut être supposé que ce sont ces mêmes atteintes qui ont motivé l'octroi d'une rente entière (rapport du Dr E_____ du mois de septembre 2016 et avis cellule de tri, signé par la Dresse K_____, du 30 septembre 2016).

La couverture d'assurance ayant cessé le 20 avril 2016, seule une incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif et/ou d'une insuffisance rénale, ayant débuté avant cette date, peut imposer à la défenderesse le paiement d'une rente d'invalidité. En d'autres termes, pour que la défenderesse soit tenue de prêter, l'une et/ou l'autre de ces deux atteintes doivent avoir entraîné une incapacité de travail née avant la fin de la couverture d'assurance le 20 avril 2016 (ci-dessus : consid. 5c).

13. a. S'agissant tout d'abord de l'atteinte somatique, le Dr E_____ a expliqué, lors de son audition, que l'insuffisance rénale n'entraînait aucune incapacité de travail en mars et avril 2016, les premiers effets s'étant fait sentir en mai 2016. Selon lui, « déterminer la raison de l'incapacité de travail est compliqué. En mars-avril, l'incapacité de travail est clairement due à des raisons psychiques. Dès mai, les raisons sont imbriquées, les symptômes de l'insuffisance rénale qui s'aggrave sont

les troubles de la concentration, la fatigue, les nausées, etc. » (procès-verbal d'enquêtes du 29 janvier 2019, p. 2).

En d'autres termes, selon le néphrologue traitant du demandeur, l'insuffisance rénale n'entraînait aucune incapacité de travail durant la période d'affiliation du demandeur à la défenderesse.

Partant, la connexité matérielle fait défaut s'agissant de cette atteinte. Il s'ensuit que le demandeur ne peut pas prétendre à une rente de la défenderesse de ce chef. Pour le surplus, il n'est pas contesté que le demandeur ne présentait pas, sur le plan somatique, d'autres atteintes avec répercussion sur la capacité de travail pendant la durée des rapports de prévoyance. Aussi l'examen de la connexité matérielle doit-il s'effectuer à la lumière des seuls aspects psychiques du cas (cf. arrêt du Tribunal fédéral B 32/05 du 24 juillet 2006 consid. 7.2 et 8).

b. Sur le plan psychique, les avis médicaux versés au dossier divergent entre le Dr I_____ d'une part, et l'expert J_____ d'autre part et ce, principalement sur le point essentiel suivant : alors que le premier a considéré, le 2 février 2017, à la suite du rapport d'expertise du 14 avril 2016 du Dr H_____, du rapport du 13 août 2016 du Dr E_____ et des rapports des 12 avril 2016 et 16 juin 2016 du Dr G_____ – ces deux derniers rapports mentionnant respectivement une « amélioration clinique de [l']état dépressif n'impliquant pas une amélioration de [la] capacité de travail pour l'instant » et, à deux mois et quatre jours d'intervalle, un « état clinique [...] qui s'est considérablement aggravé [...] parallèlement à la péjoration de [l']état somatique » – qu'on est, à partir du 30 mai 2016, « face à une nouvelle affection assortie de ses conséquences », l'expert J_____ considère au contraire que la décompensation liée à l'affection rénale ne constitue pas une maladie distincte d'un point de vue psychiatrique mais « une aggravation d'une maladie psychique préexistante (à diagnostiquer comme un trouble de l'adaptation), avec une chronicisation des symptômes anxio-dépressifs qui, au-delà de six mois, ont été à redéfinir comme un épisode dépressif » (cf. rapport d'expertise du Dr J_____ du 20 novembre 2017, p. 17).

Dans son ordonnance ATAS/1165/2019 du 17 décembre 2019, la chambre de céans a toutefois considéré qu'elle ne pouvait pas se fonder sur les conclusions du Dr J_____, notamment parce que cet expert n'était pas à même d'expliquer si les hospitalisations du demandeur à la Clinique de Montana en avril-mai 2018 puis à nouveau en février-mars 2019 modifiaient ses conclusions, s'agissant du recouvrement d'une capacité de travail entière du demandeur dès le 1^{er} avril 2018. Même si les conclusions de cet expert revenaient à admettre une connexité matérielle et temporelle entre l'affection psychique incapacitante apparue le 10 mars 2016 et l'invalidité survenue le 1^{er} mars 2017, la chambre de céans n'en a pas moins estimé que le rapport d'expertise du 20 novembre 2017 du Dr J_____ ne permettait notamment pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur la durée du droit à la rente. En effet, l'augmentation progressive de la capacité de travail attestée par cet expert – 50 % dès la réalisation de l'examen (13 novembre

2017) et ce jusqu'au 28 février 2018, 80 % du 1^{er} au 31 mars 2018 et 100 % dès le 1^{er} avril 2018 – résultait d'une appréciation qu'il avait faite avant deux admissions du demandeur à la Clinique de Montana (en avril-mai 2018 et février-mars 2019), sans que le Dr J_____ ne soit en mesure d'indiquer, dans son complément d'expertise du 14 juin 2019, si ces séjours hospitaliers de l'intéressé, qu'il n'avait plus revu ni réexaminé après le 13 novembre 2017, lui permettaient de réévaluer son pronostic quant à une reprise totale du travail dès « fin février 2018 » (recte : dès le 1^{er} avril 2018). S'agissant des autres rapports versés au dossier, le rapport d'expertise du 14 avril 2016 du Dr H_____ ne permettait pas, dans la mesure où il portait une appréciation sur l'état de santé du demandeur au mois d'avril 2016, soit avant l'aggravation de l'état somatique, et non pas au 1^{er} mars 2017 (date de la survenance de l'invalidité retenue par l'OAI), de se prononcer sur l'existence d'une connexité tant matérielle que temporelle.

Pour toutes ces raisons, la chambre de céans a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Prof. L_____.

14. a. Aussi convient-il d'examiner la valeur probante de son rapport du 10 avril 2020 et de son complément d'expertise du 2 août 2020.

Dans son rapport du 10 avril 2020, le Prof. L_____ a estimé que même si le diagnostic correspondant n'avait pas été formellement posé entre 2011 et 2013, le demandeur n'en avait pas moins présenté, à cette époque, un trouble de l'adaptation avec caractéristiques mixtes (humeur anxieuse et dépressive), diagnostic qui, après un « retour à la normale [...] en 2013 », était réapparu le 10 mars 2016, en réaction au licenciement prononcé le même jour par C_____ et ayant évolué, à partir du 30 mai 2016, sous l'effet de l'aggravation de l'insuffisance rénale – incapacitante sur le plan somatique depuis le 30 mai 2016 (cf. rapport du Dr E_____ du 13 août 2016) –, vers un épisode dépressif moyen dès juin 2016, toujours présent au moment de la survenance de l'invalidité le 1^{er} mars 2017, permettant ainsi à l'expert de préciser, dans son complément d'expertise du 2 août 2020, que les symptômes du trouble de l'adaptation, qui n'avaient pas connu de période de récupération *ad integrum*, ne permettaient pas de différencier, sur un plan qualitatif, un trouble de l'adaptation d'une dépression moyenne, de sorte qu'il existait, dans le cas particulier, une connexité matérielle et temporelle entre l'atteinte incapacitante du 10 mars 2016 et celle dont résultait finalement l'invalidité (en l'occurrence le trouble psychique lié à l'affection néphrologique), étant souligné que les affections psychiques (trouble de l'adaptation apparu le 10 mars 2016, ayant évolué vers un épisode dépressif moyen dès juin 2016, doublé d'un trouble de la personnalité narcissique dès 2018) expliquent à elles seules une incapacité de travail totale, qu'il s'agisse de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée (rapport d'expertise du 10 avril 2020, pp. 28 et 33). Il ressort en outre de l'expertise du Prof. L_____ que même s'il lui est difficile de se prononcer sur une amélioration éventuelle – mais nécessairement limitée – de la capacité de travail qu'induirait une adaptation du traitement suivi (auquel le demandeur se conforme par ailleurs), il n'en considère

pas moins que le retrait narcissique entraîne des limitations homogènes qui touchent tant le milieu professionnel que privé, que le trouble de la personnalité narcissique – qui était présent seulement sous forme de traits de la personnalité narcissique avant 2018 (rapport d’expertise du 10 avril 2020, p. 35) – amène une tendance au repli sur soi (évitement de toute confrontation au monde extérieur) et annihile toute motivation au changement, que les ressources mobilisables sont très faibles au moment de l’expertise, en lien avec le trouble de la personnalité, lequel contribue à fixer au long cours les symptômes dépressifs, que le contexte familial est devenu progressivement de plus en plus difficile (vie parallèle au sein du couple et coupure progressive de ses enfants) et, enfin, que le comportement du demandeur est cohérent, en ce sens que l’annihilation de la volonté de changement, induite par le trouble de la personnalité narcissique, ne laisse de place qu’à une quête de la reconnaissance de l’invalidité, soit une position existentielle qui seule conserve un sens aux yeux du demandeur, ce qui explique également la majoration claire des symptômes physiques pour des raisons psychologiques mise en évidence dans le cadre de l’expertise. En d’autres termes, l’incapacité de travail dans toute activité, qui existe sans interruption depuis le 10 mars 2016 pour raisons psychiatriques, est corrélée par l’analyse des indicateurs jurisprudentiels (ci-dessus : consid. 8 et 9).

Il sied de relever que le Prof. L_____ a rendu un rapport basé sur une documentation complète, une anamnèse comportant un volet familial, personnel, professionnel et psychiatrique, que ce document relate les plaintes du recourant et qu’il comporte un examen psychiatrique fouillé. En outre, il pose des diagnostics précis, ses constatations sont claires et ses conclusions bien motivées. Son rapport doit dès lors se voir reconnaître valeur probante. On rappellera par ailleurs qu’en principe, le juge ne s’écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d’une expertise médicale judiciaire, la tâche de l’expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l’éclairer sur les aspects médicaux d’un état de fait donné.

b/aa. Dans un premier moyen, la défenderesse s’étonne que quatre ans après la survenance de l’affection psychique causée par le licenciement du 10 mars 2016 et ayant entraîné une incapacité de travail dès cette date, l’expert puisse aboutir à des « conclusions aussi tranchées » dans l’analyse rétroactive qu’il opère et plus particulièrement, qu’il n’indiquerait pas, au moyen de critères objectifs, en quoi les conclusions des Drs H_____, I_____ et J_____ seraient erronées.

Ce grief ne résiste pas à l’examen. L’expert explique en effet en toute transparence que pour apprécier l’évolution de la capacité de travail à quatre ans des événements du 10 mars 2016, il en est réduit à procéder par extrapolation selon le critère de la vraisemblance prépondérante, soit sur la base des affirmations des Dr G_____ et H_____, ceux-ci étant les seuls psychiatres à avoir examiné le demandeur au cours de la période du 10 mars 2016 au 14 juin 2016 (cf. rapport d’expertise du 10 avril 2020, p. 28), et à avoir considéré, au vu de leur observations, que la capacité de travail du demandeur était nulle sur cette période (cf. notamment le

rapport du Dr G_____ du 12 avril 2016 et le rapport d'expertise du Dr H_____ du 14 avril 2016). S'agissant des périodes subséquentes, on relèvera que le Prof. L_____ expose de manière motivée et convaincante les raisons qui le poussent à s'écarter des appréciations des Drs H_____ et J_____ (cf. rapport d'expertise du 10 avril 2020, pp. 33-36) et à retenir une incapacité de travail complète du 10 mars 2016 jusqu'au jour de l'expertise (rapport d'expertise du 10 avril 2020, pp. 28-30). On ajoutera à cet égard que l'analyse de l'évolution du tableau clinique du demandeur jusqu'à cette date confère à l'appréciation du Prof. L_____ une autorité que ne revêtent pas les pronostics sur l'évolution future de la capacité de travail émis le 14 avril 2016 par le Dr H_____, et le 20 novembre 2017 par le Dr J_____, étant souligné que la prise de position ultérieure du Dr J_____ à ce sujet ne change rien au fait qu'il n'a ni revu ni examiné le demandeur après son expertise et qu'il ignorait encore, le 14 juin 2019, la teneur des rapports d'hospitalisation de la Clinique de Montana (avril/mai 2018 et février/mars 2019), contrairement à l'expert judiciaire, qui relève leur caractère « suffisamment explicite pour signaler la gravité de l'état clinique sur un plan psychiatrique » (rapport d'expertise du 10 avril 2020, p. 29, dernier §).

b/bb. Dans un second moyen, la défenderesse soutient en substance que les clarifications apportées par le Prof. L_____ dans son complément d'expertise du 2 août 2020 révéleraient une contradiction, en ce sens que l'expert ne saurait conclure à l'existence d'un rapport de connexité matérielle et temporelle tout en admettant « qu'en l'absence de la péjoration thymique de juin 2016 qui correspond à l'installation d'un épisode dépressif moyen en lien avec l'aggravation de son état néphrologique, [le demandeur] aurait dû retrouver sa capacité de travail [...] dès le 01.01.17 » (complément d'expertise du 2 août 2020, p. 2).

La chambre de céans est d'avis qu'une telle affirmation procède d'une lecture biaisée des explications complémentaires données par l'expert. Ce dernier réaffirme en effet que le trouble de l'adaptation a muté « vers un épisode moyen en juin 2016 » et que les symptômes du trouble de l'adaptation, qui n'avaient pas connu de période de récupération *ad integrum*, ne permettaient pas de différencier, sur un plan qualitatif, un trouble de l'adaptation d'une dépression moyenne, soulignant ainsi la continuité des symptômes jusqu'à la survenance de l'invalidité – et même au moins jusqu'au jour de l'expertise. Sur ce point décisif, la situation ne diffère donc guère de celle examinée dans l'arrêt 9C_484/2012 précité puisqu'il importe peu, selon le Tribunal fédéral, que des symptômes dépressifs n'aient atteint le degré d'un épisode dépressif moyen qu'après la fin de la couverture d'assurance dès lors qu'ils étaient constitutifs d'une atteinte psychique, ayant valeur de maladie, qui s'était déjà manifestée pendant les rapports de prévoyance et avait eu une influence reconnaissable sur le cours de la maladie (cf. ci-dessus : consid. 5d). On ajoutera encore que l'aggravation des traits de la personnalité narcissique du demandeur, (devenus trouble de la personnalité en 2018) qui, selon les constatations de l'expert L_____, contribue à fixer au long cours les symptômes dépressifs (ci-dessus :

consid. 14a) ne fait pas non plus obstacle à l'affirmation selon laquelle l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit, à l'époque des rapports de prévoyance, à l'incapacité de travail (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 3/03 du 31 décembre 2003 consid. 2.2 pour un cas et une appréciation similaire). Au vu de ces éléments, la défenderesse ne saurait être suivie en tant qu'elle soutient que l'épisode dépressif moyen, apparu en juin 2016, et induit par l'aggravation néphrologique survenue à la fin mai 2016, constituerait une affection distincte du trouble de l'adaptation initial et qu'il y aurait donc lieu d'examiner uniquement le cours que le trouble de l'adaptation aurait suivi indépendamment de la survenance de l'aggravation néphrologique. On ajoutera à cet égard que le raisonnement tenu par la défenderesse équivaldrait à séparer entièrement le trouble psychique du trouble somatique et donc à faire abstraction de l'évolution réelle du premier des deux (cf. Marc HÜRZELER, in op. cit., pp. 361-362, n. 28-29 ad art. 23 LPP), ce qui ne saurait être fait dès lors qu'il ressort clairement de l'expertise du Prof. L_____ – non remise en cause sur ce point par la défenderesse dans ses observations du 28 août 2020 – que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité s'est déclarée pour des raisons psychiques à l'époque des rapports de prévoyance. En outre, l'expert illustre à quel point ce ne sont pas seulement les troubles néphrologiques et les troubles psychiques qui sont intriqués mais aussi les seconds entre eux. En effet, il indique, en lien avec l'aggravation néphrologique et les dialyses qui s'en sont suivies, que « l'atteinte à l'intégrité corporelle, le sentiment d'impasse face à une maladie qui le rend dépendant d'une machine ont amené une généralisation du vécu dépressif qui ne se fixe plus uniquement sur le licenciement abusif à ses yeux, mais touche l'intégrité du Moi et sa présence dans le monde comme dans un épisode dépressif classique » (cf. rapport d'expertise du 10 avril 2020, p. 32). Dans ces circonstances, et puisque les parties ne requièrent pas d'autres mesures d'instruction de nature médicale et qu'elles se sont prononcées l'une et l'autre sur le complément d'expertise du 2 août 2020, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves (ci-dessus : consid. 11b), de remettre la cause à plaider ou d'impartir un délai en vue du dépôt d'écritures finales des parties.

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

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

16. a. Au vu des considérants qui précèdent, il convient de constater que la condition d'assurance posée par l'art. 23 LPP est réalisée.

Selon l'art. 24 al. 1 LPP, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI (let. a), à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins (let. b), à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins (let. c), à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (let. d).

En matière de prévoyance plus étendue, l'art. 20.2.1 du règlement de prévoyance de la défenderesse reprend l'échelonnement des rentes d'invalidité tel qu'il est prévu à l'art. 24 al. 1 LPP.

En ce qui concerne le début et la fin du droit aux prestations, l'art. 26 al. 1 LPP prévoit que les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité.

Aux termes des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. En matière de prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance sont libres de fixer le début du droit aux prestations d'invalidité en dérogation à l'art. 26 al. 1 LPP. À cet égard, il est admissible – et fréquent en pratique – de prévoir, par voie réglementaire, un délai d'attente de trois ou vingt-quatre mois (Marc HÜRZELER, in op. cit., p. 411, n. 4-5 ad art. 26 LPP).

Selon l'art. 20.5 du règlement de prévoyance de la défenderesse, le droit à la rente d'invalidité naît au plus tard à l'un des moments suivants : (i) au début du droit à la rente selon l'AI, (ii) à la fin de l'obligation faite à l'employeur de maintenir le paiement du salaire ou du droit à l'indemnité journalière en cas de maladie d'au moins 80 % du salaire en cas d'incapacité totale de travail, financée par moitié au

moins par l'employeur, (iii) à l'échéance du délai d'attente fixé dans le règlement de la caisse.

Selon l'art. 7.4.2 du règlement de la caisse de prévoyance de C_____, le délai d'attente précédant le droit aux rentes d'invalidité s'élève à vingt-quatre mois, conformément à l'art. 20.5 du règlement de prévoyance.

En ce qui concerne la date du paiement, l'art. 24.1 du règlement de prévoyance de la défenderesse dispose que les rentes sont payées mensuellement d'avance. Si le début du droit à la rente ne coïncide pas avec le 1^{er} jour du mois, il sera payé une rente au prorata.

b. En l'espèce, l'OAI a retenu que le demandeur présentait une incapacité de travail depuis le mois de mars 2016, début du délai d'attente d'un an, et a octroyé une rente entière d'invalidité et une rente pour enfant dès le 1^{er} mars 2017. Il convient cependant de tenir compte de la naissance, le 30 décembre 2018, du deuxième enfant du demandeur, événement donnant droit à une seconde rente pour enfant le premier jour du mois de la naissance de celui-ci (cf. Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], n. 16 ad art. 35 LAI).

Par conséquent, le demandeur doit être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité correspondant au minimum LPP à compter du 1^{er} mars 2017, puis d'une rente d'invalidité de la prévoyance étendue à l'échéance du délai d'attente de vingt-quatre mois, soit dès le 1^{er} mars 2018.

Selon le certificat de prévoyance du demandeur au 1^{er} février 2016, la rente d'invalidité selon la LPP s'élève à CHF 16'062.- par an, soit CHF 1'338.50 par mois et la rente réglementaire à CHF 29'963.- par an, soit CHF 2'496.90 par mois.

À cela s'ajoute, à partir du 1^{er} mars 2017, la première rente d'enfant d'invalidité à hauteur de CHF 3'212.- par an, soit CHF 267.65 par mois pour le minimum LPP, montant porté à CHF 3'596.- par an, soit CHF 299.65 par mois, dès le 1^{er} mars 2018, pour la rente réglementaire.

Étant donné que le délai d'attente de vingt-quatre mois précédant le versement de la rente réglementaire était déjà échu au moment de la naissance du deuxième enfant, ce dernier ouvre directement le droit à une rente d'enfant d'invalidité de CHF 3'596.- par an, soit CHF 299.65 par mois dès le 1^{er} décembre 2018.

En ce qui concerne les intérêts, l'art. 7.6 du règlement de prévoyance de la défenderesse dispose que le retard pour les prestations en rente est régi par l'art. 105 CO. Le taux d'intérêt correspond au taux d'intérêt minimal LPP.

L'art. 105 al. 1 CO prévoit que le débiteur en demeure pour le paiement d'intérêts, d'arrérages ou d'une somme dont il a fait donation, ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice.

En l'espèce, aucune poursuite n'a été initiée à l'encontre de la défenderesse. La demande en justice ayant été déposée le 5 octobre 2017, des intérêts moratoires ne peuvent pas être octroyés avant cette date, ni dépasser 1 %, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral pour la période à partir du 1^{er} janvier 2017 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. j de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [OPP 2] du 18 avril 1984 – RS 831.441.1). Il s'ensuit que des intérêts ne sont dus qu'au plus tôt dès le 5 octobre 2017.

À la lumière des conclusions amplifiées du demandeur du 27 mai 2020, le montant des prestations qui lui sont dues se présente ainsi comme suit :

Période	demandeur	enfant 1	enfant 2	arriérés
03/2017 à 10/2017	8 x CHF 1'338.50, soit CHF 10'708.-	8 x CHF 267.65, soit CHF 2'141.20	.-	CHF 12'849.20 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 5 octobre 2017
11/2017 à 05/2020	4 x CHF 1'338.50 (de 11/2017 à 02/2018), soit CHF 5'354.-	4 x CHF 267.50 (de 11/2017 à 02/2018), soit CHF 1'070.-	.-	CHF 87'324.55 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 15 février 2019 (terme moyen)
	27 x CHF 2'496.90 (de 03/2018 à 05/2020), soit CHF 67'416.30	27 x CHF 299.65 (de 03/2018 à 05/2020), soit CHF 8'090.55	18 x CHF 299.65 (de 12/2018 à 05/2020), soit CHF 5'393.70	
Dès le 01/06/2020	Rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'496.90 avec intérêts à 1 % l'an dès l'exigibilité, sous réserve d'indexation	Rente d'enfant d'invalidité mensuelle de CHF 299.65 avec intérêts à 1 % l'an, sous réserve d'indexation	Rente d'enfant d'invalidité mensuelle de CHF 299.65 avec intérêts à 1 % l'an, sous réserve d'indexation	.-
				CHF 100'173.75

17. a. Il découle de ce qui précède qu'à l'exception d'une petite erreur de calcul, portant sur une différence de CHF 0.60.- (4 x CHF 267.50 + 27 x CHF 299.65 correspondent à CHF 9'160.55 et non à CHF 9'161.15 à titre de rente d'enfant d'invalidité [enfant 1]; cf. pièce 80 demandeur), la demande sera admise et la défenderesse condamnée à verser au demandeur, d'une part, des arriérés de rente s'élevant à CHF 100'173.75, cette somme se subdivisant en CHF 12'849.20 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 5 octobre 2017 et CHF 87'324.55 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 15 février 2019 (terme moyen) et, d'autre part, dès le 1^{er} juin 2020, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'496.90, assortie de deux rentes pour enfant d'un montant de CHF 299.65 chacune, avec intérêts à 1 % l'an dès l'exigibilité, sous réserve d'indexation et des précisions qui suivent.

b. Il reste en effet à déterminer les conséquences, sur le montant des prestations d'invalidité, d'un éventuel transfert de la prestation de sortie.

Dans son mémoire de réponse du 29 novembre 2017, la défenderesse se réfère à l'art. 35.2 de son règlement de prévoyance, disposition prévoyant ce qui suit :

Les personnes assurées qui n'entrent pas dans une nouvelle institution de prévoyance, doivent notifier à la caisse de prévoyance sous quelle forme admise elles entendent maintenir leur prévoyance. À défaut de notification, la fondation verse la prestation de sortie, y compris les intérêts, au plus tôt six mois et au plus tard deux ans après la survenance du cas de libre passage, à l'institution supplétive LPP.

Le 29 novembre 2017, la défenderesse a ainsi précisé qu'au vu des délais, elle n'avait pas procédé au versement de la prestation de sortie mais que tel pourrait être le cas en fonction de la durée de la procédure.

Les assurés qui quittent une institution de prévoyance, avant la survenance d'un cas de prévoyance, ont droit à une prestation de sortie (art. 2 al. 1 de la loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 17 décembre 1993 [LFLP – RS 831.42]), laquelle est calculée selon les art. 15 ss LFLP et devient exigible lorsque l'assuré quitte l'institution de prévoyance (art. 2 al. 3 LFLP ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2015 du 11 juillet 2016 consid. 5.2 et la référence).

Si l'assuré entre dans une nouvelle institution de prévoyance, l'ancienne institution de prévoyance doit verser la prestation de sortie à cette nouvelle institution (art. 3 al. 1 LFLP). Si l'assuré n'entre pas dans une autre institution de prévoyance, il doit notifier à son institution de prévoyance sous quelle forme admise il entend maintenir sa prévoyance (art. 4 al. 1 LFLP). Par « forme admise », il y a lieu de comprendre que la prévoyance est maintenue au moyen d'une police de libre passage ou d'un compte de libre passage (art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 3 octobre 1994 [OLP – RS 831.425]). Cette dernière disposition signifie avant tout qu'une institution de prévoyance ne peut exercer elle-même la fonction d'une institution de libre passage (cf. Hermann WALSER, in SCHNEIDER, GEISER, GÄCHTER [éd.], LPP et LFLP, n. 2 ad art. 4 LFLP). La collaboration de l'assuré est requise en ce sens qu'il lui incombe, lorsqu'il quitte une institution de prévoyance, de lui indiquer à quelle nouvelle institution de prévoyance ou à quelle institution de libre passage elle doit transférer la prestation de sortie (art. 1 al. 2 OLP). L'art. 3 al. 2 LFLP dispose que si l'ancienne institution de prévoyance a l'obligation de verser des prestations pour survivants et des prestations d'invalidité après qu'elle a transféré la prestation de sortie à la nouvelle institution de prévoyance, cette dernière prestation doit lui être restituée dans la mesure où la restitution est nécessaire pour accorder le paiement de prestations d'invalidité ou pour survivants. Enfin, l'art. 3 al. 3 LFLP prévoit que les prestations pour survivants ou les prestations d'invalidité de l'ancienne institution de prévoyance peuvent être réduites pour autant qu'il n'y ait pas de restitution.

Selon la jurisprudence relative à l'art. 3 al. 3 LFLP, l'ancienne institution de prévoyance obligée de verser des prestations d'invalidité après avoir transféré la prestation de sortie à une institution de libre passage ne peut ni ne doit obtenir de l'institution de libre passage la restitution de la prestation de sortie. Elle n'a que la possibilité de sanctionner le défaut de restitution (de la part de l'assuré ou des survivants qui bénéficient des prestations en cas de décès de celui-ci) en réduisant les prestations dans la mesure correspondante (ATF 141 V 197 consid. 5.3 ; cf. ég. Hermann WALSER, in op. cit., n. 7-8 ad art. 3 LFLP).

Compte tenu de ce qui précède, le montant des prestations d'invalidité déterminées ci-dessus (consid. 18a) sera fonction, s'il y a lieu, de la restitution préalable de la prestation de sortie dans son intégralité.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Préalablement :

Invite le demandeur, s'il y a lieu, à restituer à la défenderesse la prestation de sortie déjà versée.

3. Cela fait :

- Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme CHF 12'849.20 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 5 octobre 2017 ;

- Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de CHF 87'324.55 avec intérêts à 1 % l'an à compter du 15 février 2019 ;
 - Condamne la défenderesse à verser au demandeur, dès le 1^{er} juin 2020, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 2'496.90, assortie de deux rentes pour enfant d'un montant de CHF 299.65 chacune, avec intérêts à 1 % l'an dès l'exigibilité, sous réserve d'indexation.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de procédure de CHF 4'500.-.
 5. Dit que la procédure est gratuite.
 6. 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 demandeur 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 demandeur, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le