



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4052/2017

ATAS/1165/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 17 décembre 2019

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 défenderesse
PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE, sise c/o Bâloise Vie SA,
Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, a travaillé en qualité de chef de projet pour le compte de B_____ AG 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).

Par ailleurs, il bénéficiait également d'une assurance collective perte de gain maladie conclue par son employeur auprès de 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.
3. En 2015, l'assuré voyait son néphrologue, le docteur C_____, tous les deux à trois mois environ, pour un contrôle. Le suivi a, par la suite, été repris par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, qui a examiné pour la première fois l'assuré le 19 février 2016. Les examens sanguins prescrits par ce médecin avaient alors montré une insuffisance rénale terminale de stade 5, de sorte que les questions d'une dialyse et d'une transplantation s'étaient posées.
4. Le Dr D_____ a adressé l'assuré au service de néphrologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) qui, dans le cadre d'un bilan pré-greffe rénale, l'a, à son tour, adressé aux services suivants : anesthésiologie, maladies infectieuses et vaccinologie, psychiatrie de liaison, dermatologie et transplantation.
5. Le 10 mars 2016, l'assuré a été licencié pour le 20 mars 2016.
6. Le même jour, il a consulté son psychiatre traitant, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques (F33.2), s'étant développé dans le cadre d'un conflit professionnel ayant abouti au licenciement précité. La question d'une hospitalisation en milieu psychiatrique s'était posée en raison du risque de passage à l'acte suicidaire, mais elle n'avait pas pu aboutir compte tenu de l'apparition de la maladie rénale (cf. rapports du Dr E_____ des 12 avril et 8 août 2016).
7. Le psychiatre précité a délivré un certificat d'arrêt de travail à 100%, renouvelé chaque mois depuis lors.
8. À la demande de l'assurance perte de gain, l'assuré a été examiné, le 13 avril 2016, par le docteur F_____, 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). 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 toutefois 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. Dans l'affirmative, cela pouvait modifier l'appréciation de la capacité de travail retenue précédemment.

9. En raison de l'aggravation de l'insuffisance rénale, l'assuré est également totalement incapable de travail sur le plan somatique depuis le 30 mai 2016 (cf. courrier du Dr D_____ du 13 août 2016), étant précisé que précédemment, à tout le moins en date du 1^{er} février 2016, la capacité de travail était entière (cf. rapport du Dr D_____ du 31 août 2016).
10. Une échographie abdominale, réalisée le 7 juin 2016, a par ailleurs mis en évidence une atteinte peu marquée au foie, sous la forme de kystes.
11. Par courrier du 16 juin 2016, le Dr E_____ a informé l'assurance perte de gain de l'assuré d'une aggravation de l'état de santé de celui-ci, 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 F_____.
12. Le 15 septembre 2016, le psychiatre précité 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.
13. Le 31 août 2016, l'assuré a déposé, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (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).
14. Dans le cadre de l'instruction de la demande précitée, l'OAI a notamment sollicité un rapport du Dr D_____, lequel a évoqué, en septembre 2016, d'une part, une

maladie existant depuis le 10 mars 2016, soit un état anxio-dépressif, entraînant une fatigue importante, des troubles de la concentration, de la faiblesse et une angoisse et, d'autre part, une insuffisance rénale terminale avec une progression rapide depuis le mois de mai 2016. La capacité de travail était nulle depuis le 10 mars 2016.

15. Se fondant sur le courrier du Dr E_____ du 16 juin 2016 et le rapport précité du Dr D_____, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré, dans un avis du 30 septembre 2016 établi par la doctoresse G_____, que la capacité de travail était nulle dans toute activité et ce dès le 10 mars 2016.
16. 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 F_____.
17. Sur suggestion de son institution de prévoyance, l'assuré s'est entretenu avec un case manager de la société H_____ Management, une organisation neutre spécialisée dans l'accompagnement des personnes pour une réhabilitation et une réintégration optimales.

Selon le rapport relatif à cet entretien, daté du 22 novembre 2016, la situation était compliquée. L'assuré avait souffert d'une dépression, ayant entraîné une incapacité de travailler à une période très chargée : tant son épouse que lui-même venaient de commencer un nouvel emploi et ils venaient de déménager. L'assuré ne comprenait en outre pas pourquoi il avait été licencié. Quelques temps plus tard, son atteinte héréditaire aux reins s'était aggravée. L'assurance perte de gain avait requis une expertise, dont il ressortait qu'il était apte à travailler dès la mi-juin 2016. L'assurance avait ainsi mis un terme à ses prestations. Sa protection juridique n'avait pas voulu le défendre et il avait dû s'adresser à un avocat. Il se sentait très fatigué et dormait beaucoup. Il sortait peu et ses relations avec son épouse se détérioraient. C'était elle qui prenait en charge pratiquement tout chez eux, c'était elle qui travaillait et ramenait un salaire, c'était elle qui s'occupait de leur fille de deux ans et demi, qui souffrait de la même pathologie rénale que lui. Il oubliait également beaucoup de choses. Sa dépression s'empirait avec le cumul des problèmes et il ne savait plus quoi faire, ni par où commencer. Il ne voulait pas commencer une dialyse, car sa mère, qui souffrait de la même pathologie, avait suivi un tel traitement pendant huit ans et était malgré tout décédée. Il avait également de la peine à accepter sa maladie et travaillait sur ce point avec son psychiatre. Il n'avait pas encore fait de demande de prestations d'invalidité, mais s'était adressé au chômage, qui ne pouvait pas l'inscrire vu son incapacité de travail. Enfin, il ne voulait pas s'adresser aux services sociaux.

18. Le cas a été soumis au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de l'assurance perte de gain. Dans son rapport du 2 février 2017, le médecin précité a considéré qu'en l'absence du 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 F_____. La maladie somatique survenue après la fin des rapports de travail avait généré des conséquences d'ordre psychique, indissociables de la maladie physique. Par conséquent, l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique devait être attribuée à la pathologie physique. Il convenait donc de dissocier la symptomatologie de l'évolution naturelle du trouble psychique initial. S'agissant de la situation psychosociale 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.
19. Un échange entre le Dr E_____ et le Dr I_____ s'en est suivi, chaque praticien persistant dans ses conclusions.
20. Le 24 février 2017, le Dr D_____ a confirmé à l'OAI que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire.
21. Par projet 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.
22. Suite à la décision de l'OAI du 16 mai 2017, qui lui avait été notifiée, la fondation collective a expliqué à quelles conditions elle était tenue de prester malgré la fin de la couverture d'assurance. Ainsi, pour qu'elle soit tenue d'intervenir, 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 ayant débutée le 30 mai 2016, due à l'insuffisance rénale. Or, ladite 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 de la prévoyance professionnelle.
23. 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, l'OAI ayant notamment fait courir le délai d'attente dès le 10 mars 2016. En outre, il était d'avis que son atteinte néphrologique présentait déjà un aspect incapacitant pendant la période d'assurance, soit avant le 20 avril 2016. Plusieurs examens étaient déjà en cours et la pathologie rénale avait évolué progressivement et n'était pas devenue subitement incapacitante le 30 mai 2016.
24. La fondation collective a persisté dans son refus par courrier du 29 août 2017.

25. 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, aux termes de laquelle la fondation collective (ci-après : la défenderesse) devait être 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, correspondant aux arriérés des rentes dues pour sa fille et lui-même entre mars et octobre 2017 ;
 - 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, le demandeur 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.

26. La défenderesse a produit sa réponse le 29 novembre 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, au déboutement du demandeur. Sur le fond, elle a en substance considéré 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 aucune connexité 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 F_____. 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. Enfin, la défenderesse a contesté le calcul des prestations, une éventuelle rente d'invalidité ne pouvant naître qu'à compter du 1^{er} mars 2017.
27. 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 et a considéré que le fait que d'autres facteurs 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 », étant précisé que le diagnostic n'avait pas changé, à savoir qu'il s'agissait d'un épisode dépressif moyen à sévère. Ainsi, seul importait le fait que l'incapacité de travail liée à cette atteinte ait commencé le 10 mars 2016, soit pendant la période d'affiliation,

28. La défenderesse a dupliqué en date du 9 mars 2018, considérant qu'elle n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'OAI dès lors que celle-ci concernait uniquement l'affection néphrologique qui n'était pas en relation de connexité matérielle avec celle s'étant manifestée durant l'affiliation. Pour le surplus, la fondation a repris ses précédents arguments.
29. Par courrier du 4 avril 2018, la défenderesse a transmis à la chambre de céans un rapport du docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, du 20 novembre 2017, mandaté pour examen par l'assurance perte de gain. Pour le surplus, elle a persisté dans ses précédentes conclusions.

Dans son rapport du 20 novembre 2017, le médecin précité 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).

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 dans un court délai, 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 plusieurs facteurs de stress qui s'étaient accumulés depuis mars 2016 : un licenciement considéré comme injuste, abusif et humiliant ; des problèmes financiers suite à la suppression, depuis juin 2016, de toute prestation par l'assurance perte de gain ; des perspectives encore incertaines sur le marché du travail et les problèmes somatiques, avec une insuffisance rénale ayant 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 la personnalité de l'assuré jouaient un rôle prépondérant dans l'évolution des symptômes anxio-dépressifs de l'assuré 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 était de 80% et dès le 1^{er} avril 2018 au plus tard, elle était de 100%. Dans ce contexte, le Dr 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 que :

- Il s'agissait 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 l'intensité desdits symptômes. D'autres facteurs, non-médicaux (la forte blessure narcissique suite au licenciement reçu, le litige avec les assurances perte de gain et 2^e 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 pouvaient 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.

30. Le demandeur s'est prononcé sur le rapport précité du Dr J_____ dans un courrier du 8 mai 2018 et a considéré que l'analyse de ce médecin confirmait le fait 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 prêter, 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. Le demandeur a, en outre, produit des pièces médicales complémentaires.

31. Dans son écriture du 13 juin 2018, la défenderesse a repris ses précédents arguments et a persisté dans ses conclusions, concluant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
32. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 29 janvier 2019.

Entendu à cette occasion, le Dr D_____ a expliqué avoir repris le cabinet du Dr C_____, 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 D_____ 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 pour la transplantation rénale.

Également entendu à cette date, le Dr E_____ a expliqué connaître le demandeur depuis le 20 novembre 2011. Il l'avait alors vu durant deux ans, 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 E_____ 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 document, ce que l'assuré avait fait le 14 mars 2016. Il n'avait alors pas été hospitalisé, l'équipe spécialisée « cellule de crise » ayant réussi à l'éviter. 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'est 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 quoi qu'il en soit. L'assuré était toujours sous traitement antidépresseur. La rechute à un état sévère était due à l'aggravation de la polykystose hépatorenale. Le Dr E_____ 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. courrier du 16 juin 2016 adressé à l'assureur perte de gain). Il était très angoissé dans l'attente de la mise en place d'une dialyse. Sa fille et sa mère souffraient également de cette maladie, étant précisé que cette dernière en était 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, avec une reprise de travail 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 ils s'attendaient, le demandeur ayant notamment dû à nouveau être hospitalisé à la clinique de Montana en avril 2017. L'état anxio-dépressif était toujours sévère et le Dr E_____ prévoyait de faire hospitaliser le demandeur à la clinique précitée d'ici un mois.

33. Le 19 mars 2019, la chambre de céans a entendu le Dr F_____. À cette occasion, ce médecin a expliqué qu'un expert établissait son rapport 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 du demandeur, 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'exams 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 du demandeur, 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 le patient éprouvait du fait qu'il avait choisi cet employeur, alors que deux autres propositions lui avaient été faites, montrait une certaine fragilité. Le Dr F_____ ne se souvenait plus si le demandeur lui avait parlé de son problème rénal et plus particulièrement de son insuffisance rénale. Si tel avait toutefois été le cas, il l'aurait mentionné dans son rapport d'expertise. Le Dr F_____ ne pouvait se prononcer sur la question de savoir si le problème rénal avait pu jouer un rôle dans l'état psychique dans lequel le demandeur était 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 le lien entre une atteinte cardiaque, telle qu'un infarctus, et l'état psychologique plus évidente que dans le cas d'espèce, mais il ne pouvait se prononcer, n'ayant aucune expérience en la matière.

34. En accord avec les parties, la chambre de céans a interrogé, par écrit, le Dr J_____. 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 E_____, 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. Le code F43 de la CIM-10 concernait une symptomatologie clairement réactionnelle, en lien avec et consécutive à un ou plusieurs facteurs de stress, avec comme critère de durée, 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 devrait être en mesure de s'adapter à la nouvelle situation, soit, en d'autres termes, 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, également 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 en outre 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 ces traits de personnalité 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. Étant 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 en avril/mai 2018 et en février/mars 2019. Il précisait toutefois que cette clinique n'était pas une clinique psychiatrique de premiers soins, mais qu'elle 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 de premier recours, comme la clinique 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.

35. Les réponses du Dr J_____ ont été soumises aux parties.
36. 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.
37. 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. Les imprécisions ainsi que la demande de l'expert à être exempté de l'obligation de venir témoigner laissaient apparaître un

travail trop vite expédié. Le rapport devait donc être lu avec d'autres moyens de preuve versés à la procédure. Sur le fond, le rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2017 et son complément 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, mais qu'elle s'était poursuivie de manière ininterrompue jusqu'au mois de février 2018 pour le moins. 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. Cela étant, le médecin précité n'avait pas revu le demandeur en 2018 et n'avait jamais été appelé à confirmer son pronostic. Subsidiairement, le demandeur concluait à la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire.

38. 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.
39. 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 K_____, 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.
40. 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.
41. Le 4 novembre 2019, la défenderesse a également indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre du Prof. K_____. 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.

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. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; SCHWARZENBACH-HANHART, *Die Rechtspflege nach dem BVG*, SZS 1983, p. 182).

La demande en paiement est ainsi recevable.

3. Le présent litige porte sur le droit éventuel 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) et, dans l'affirmative, sur le degré d'invalidité.
4. 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).

5. a. À teneur de l'art. 23 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 de la loi

fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220), 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).

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.

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

b. 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).

c. 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 si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c). Mais une brève période

de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée. Cette interprétation de la loi restreindrait de manière inadmissible la portée de l'art. 23 LPP, notamment dans le cas d'assurés qui ne retrouvent pas immédiatement un emploi et qui, pour cette raison, ne sont plus affiliés à aucune institution de prévoyance.

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, destiné à la publication). 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).

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).

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 avec les affections physiques qui ont entraîné une 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).

7. 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 2008 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 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).

8. 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).
9. 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 et dans la mesure où les facteurs psychosociaux et socioculturels maintiennent une atteinte à la santé indépendante un ou aggravent ses conséquences - indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité - qu'ils peuvent - indirectement - avoir un sur l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2007 du 13 février 2008 consid. 2.2 in fine avec références). 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, au besoin moyennant 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).

10. a. Dans sa jurisprudence antérieure au 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires)

médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse - rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement - qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase 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.

11. 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 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).

12. 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).

b. 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.

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/167/2008 ; ATA/143/1999).

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).

13. 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).
14. a. En l'espèce, le demandeur sollicite le versement d'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.
- b. Il n'est pas contesté que les rapports de travail du demandeur auprès de B _____ AG ont commencé le 1^{er} février 2016 et qu'ils ont pris fin le 20 mars 2016. Le demandeur n'ayant pas été engagé par un nouvel employeur, 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. Par décision du 16 mai 2017, l'OAI a mis le demandeur au bénéfice d'une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} mars 2017. Cette décision ne mentionne pas les atteintes qui ont été prises en considération par l'office.
- Pour le demandeur, l'ensemble des atteintes, à savoir tant l'atteinte psychique que l'atteinte rénale, font l'objet de la décision de rente. La défenderesse est en revanche d'avis que seule l'atteinte rénale fait l'objet de la décision précitée.
- Il ressort du dossier de l'OAI que la demande de prestations du 31 août 2016 a été déposée en raison non seulement d'une insuffisance rénale dialysée sur polykystose rénale, mais également d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en

rémission partielle. Pour établir son avis du 30 septembre 2016, la Dresse G_____, médecin auprès du SMR, s'est référée tant au rapport du Dr E_____ du 15 juin 2016 qu'au rapport du Dr D_____. En outre, le médecin du SMR a retenu la date du 10 mars 2016 comme date de début de l'incapacité de travail durable et a considéré que la capacité fonctionnelle exigible était nulle depuis le 10 mars 2016 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Enfin, la décision du 16 mai 2017 évoque un délai d'attente qui a commencé en mars 2016 et fait rétroagir le versement de la rente au 1^{er} mars 2017. L'ensemble de ces éléments permet ainsi de considérer que, par décision du 16 mai 2017, l'OAI a mis le demandeur au bénéfice d'une rente entière en raison non seulement de son atteinte psychique, mais également de son insuffisance rénale.

d. 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 LPGA). 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 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, la décision de l'assurance-invalidité devrait en principe lier la défenderesse, en déployant ses effets contraignants, ceci sous réserve d'une inexactitude manifeste.

15. a. Comme indiqué précédemment, la couverture d'assurance a cessé le 20 avril 2016. Ainsi, seule une incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif et/ou d'une insuffisance rénale, ayant débuté avant le 20 avril 2016, peut imposer à la défenderesse le paiement d'une rente d'invalidité.

b/aa. Sur le plan somatique, le demandeur souffre d'une insuffisance rénale. Il estime que les nombreux examens subis durant le premier semestre 2016 attestent d'une capacité de travail réduite d'au moins 20% du point de vue somatique (voir notamment demande du 5 octobre 2017 p. 15 ; observations du 19 juillet 2019 p. 8). Pour sa part, la défenderesse est d'avis que l'atteinte rénale est devenue incapacitante dès le 30 mai 2016 seulement, soit après que la couverture d'assurance ait cessé.

b/bb. Sur le plan psychique, le demandeur souffre, depuis le 10 mars 2016, d'un état dépressif, s'étant dans un premier développé dans le cadre d'un conflit professionnel ayant abouti au licenciement précité. C'est ce trouble qui est à

l'origine de l'incapacité de travail le 10 mars 2016, ce qui est admis par les parties. Pour le demandeur, c'est ce même trouble qui est à l'origine de l'invalidité à compter du 1^{er} mars 2017. En revanche, pour la défenderesse, un trouble psychique réactionnel à l'atteinte somatique, ayant débuté après la fin de la couverture d'assurance, a remplacé le trouble psychique initial. Pour elle, il s'agit ainsi de deux atteintes différentes, de sorte que la connexité matérielle fait défaut.

c. Après avoir considéré qu'une expertise était superflue (cf. observations du 8 mai 2018), le demandeur a finalement conclu, à titre subsidiaire, à la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire (cf. observations du 19 juillet 2019). Pour sa part, la défenderesse a conclu, dès le mémoire-réponse du 29 novembre 2017, à la réalisation d'une expertise psychiatrique.

16. S'agissant tout d'abord de l'atteinte somatique, le Dr D_____ 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. (« 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. », audition du Dr D_____, 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 n'est donc pas nécessaire d'ordonner une expertise sur ce point.

17. a. Sur le plan psychique, le demandeur souffre, depuis le 10 mars 2016, d'un état dépressif, s'étant dans un premier temps développé dans le cadre d'un conflit professionnel ayant abouti au licenciement précité. Les parties s'accordent sur le fait que c'est ce trouble qui est à l'origine de l'incapacité de travail. Elles s'opposent toutefois sur le trouble psychique à l'origine de l'invalidité.

À titre liminaire, la chambre de céans relève que la législation en matière de prévoyance professionnelle n'exige pas que la personne assurée ait développé une maladie professionnelle ayant conduit à une incapacité de travail durant la couverture d'assurance. Il n'est pas non plus exigé qu'une éventuelle aggravation de l'atteinte se produise pendant la couverture d'assurance ou qu'elle soit en lien avec l'activité professionnelle. Seule est requise l'existence d'une incapacité de travail – quelle qu'en soit l'origine – née pendant la couverture d'assurance.

Cela étant précisé, il convient désormais d'examiner si les rapports médicaux au dossier permettent à la chambre de céans de se prononcer sur la question de la connexité matérielle.

b/aa. Le dossier comporte, en premier lieu un rapport du Dr F_____ du 14 avril 2016. Dans la mesure où ni le nom de l'expert ni le libellé des questions n'ont été préalablement soumis au demandeur, qui n'a pu se déterminer avant l'exécution de cet acte d'instruction, le rapport précité du Dr F_____ ne peut être qualifié d'expertise au sens strict du terme. Cela ne signifie cependant pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Cela étant précisé, force est de constater que le rapport du 14 avril 2016 comporte une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par le demandeur. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions sont motivées et convaincantes. Le rapport du Dr F_____ répond ainsi, *prima facie*, aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Cependant, dans la mesure où le Dr F_____ a porté 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 à la date à laquelle une éventuelle invalidité est survenue, son rapport ne permet pas de se prononcer sur l'existence d'une connexité tant matérielle que temporelle.

b/bb. Le dossier comporte également plusieurs rapports du Dr E_____. Force est toutefois de constater qu'aucun d'entre eux ne répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : les anamnèses et les constatations cliniques sont très peu détaillées. Les conclusions sont peu ou pas motivées. Partant, on ne saurait se fonder sur les appréciations du Dr E_____ pour se prononcer sur la question de la connexité matérielle et sur l'importance d'une éventuelle incapacité de travail résiduelle.

b/cc. Enfin, le dossier comprend un rapport du Dr J_____ du 20 novembre 2017, ainsi qu'un complément daté du 14 juin 2019. Comme pour le rapport du Dr F_____, on ne peut qualifier le rapport du Dr J_____ d'expertise au sens strict du terme, ni le nom de l'expert ni le libellé des questions ne semblant avoir été préalablement soumis au demandeur, pour qu'il puisse se déterminer avant l'exécution de cet acte d'instruction. Cela étant, la valeur probante de ce document ne peut être niée pour ce seul motif, mais elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Si le rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2017 répond à de nombreux réquisits jurisprudentiels, se fondant notamment sur des examens complets et prenant en considération les plaintes exprimées par le demandeur, il n'est pas établi en pleine connaissance de l'anamnèse et ses conclusions ne sont pas claires et convaincantes.

Certes, sur le fond, les explications du psychiatre précité s'agissant de la naissance du trouble de l'adaptation et son évolution vers un trouble dépressif semblent claires et bien motivées. En revanche, les considérations concernant le diagnostic de traits de la personnalité ne convainquent guère. En effet, d'un côté, le Dr J_____ estime que les traits de caractère du demandeur sont difficilement explorables lors d'un seul examen psychiatrique dans le cadre de l'expertise. D'un autre côté, il considère que le premier contact a permis d'exclure tout trouble de la personnalité, le demandeur ayant pu maintenir durant des années un bon niveau stable de fonctionnement psychosocial, travaillant constamment et toujours avec plaisir et succès selon ses dires. Or, il ressort de l'anamnèse, au demeurant incomplète (voir ci-dessous), que le demandeur a régulièrement changé d'emploi, tous les deux ans au maximum. Il a également été licencié à deux reprises. Durant les deux ans de chômage, il n'a pas retrouvé d'activité salariée. Par ailleurs, un premier mariage s'était soldée par un divorce prononcé en 2012. Dans de telles circonstances, on peut dès lors s'interroger sur la fiabilité des considérations du Dr J_____ et, par conséquent, sur la stabilité du fonctionnement psychosocial du demandeur.

En outre, comme indiqué précédemment, l'anamnèse est incomplète sur un élément important : la précédente atteinte psychique du demandeur. En effet, dans son rapport du 13 novembre 2017, le Dr J_____ a expliqué que le demandeur avait affirmé que son état n'avait pas nécessité d'incapacité de travail ni la prescription d'un anti-dépresseur par le passé. Or, selon les documents de l'OAI (pièce 46 défenderesse), le demandeur a déposé une première demande de prestations notamment en raison d'une dépression. Cette atteinte avait entraîné une incapacité de travail totale de 100% du 9 janvier au 20 mai 2012, de 50% du 21 mai au 22 juillet 2012, de 40% du 23 juillet au 23 septembre 2012, de 20% du 24 septembre au 31 décembre 2012 et de 0% dès le 1^{er} janvier 2013 (rapports du Dr C_____ des 5 avril et 4 septembre 2012 ; rapport du Dr E_____ du 30 novembre 2012). Le Dr E_____ avait par ailleurs prescrit du Cipralex, un anti-dépresseur. Compte tenu de la récupération d'une capacité de travail entière, l'OAI avait rejeté la demande de prestations par décision du 15 avril 2013. Un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant aurait pu éclaircir ce point.

Par ailleurs, le Dr J_____ semble admettre une capacité de travail de 50% dès l'été 2016 tout en considérant qu'il lui était difficile, voire impossible, de se prononcer sur l'état psychique du demandeur à la même époque. En lien avec son

appréciation, le Dr J_____ s'est notamment référé au Dr F_____ et a relevé que « l'expert précédent a également considéré l'état psychique comme n'étant pas si sévère, stipulant une reprise progressive du travail à partir de juin 2016 ». Or, comme relevé précédemment, le Dr F_____ s'est prononcé sur l'état de santé de l'assuré avant que son atteinte rénale ne s'aggrave et il avait réservé le cas d'une rechute. Finalement, quand bien même le Dr J_____ est d'avis que la capacité de travail était de 50% depuis l'été 2016, il n'a appliqué cette appréciation qu'à compter de la date de l'examen.

En tout état, force est également de constater que le Dr J_____ a déterminé la capacité de travail en faisant abstraction de l'atteinte somatique. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, entrée en vigueur le 30 novembre 2017, il y a lieu de prendre en considération les éventuelles atteintes somatiques lorsqu'il faut examiner la question des ressources disponibles. Dans la mesure où ce médecin fait totalement abstraction de cet aspect, ses conclusions ne sauraient être prises en considération.

Enfin, même si le rapport du Dr J_____ devait permettre de se prononcer sur l'évolution du caractère invalidant des troubles psychiques, il ne permettrait pas de se prononcer sur la durée du droit à la rente. En effet, pour le Dr J_____, la capacité de travail du demandeur était de 50% dès la réalisation de l'examen et ce jusqu'au 28 février 2018, de 80% du 1^{er} au 30 mars 2018 et de 100% dès le 1^{er} avril 2018. Même si l'on devait suivre ces conclusions, la chambre de céans constate que le demandeur a indiqué avoir été hospitalisé à la Clinique de Montana en avril/mai 2018 puis à nouveau en février/mars 2019. Interrogé à ce propos, le Dr J_____ a expliqué ne pas être en mesure d'indiquer si ces hospitalisations modifiaient ses conclusions. Les pièces au dossier ne permettent pas de connaître les motifs de ces hospitalisations. En l'absence de conclusions sur ce point, la chambre de céans ne saurait se fonder sur le rapport du Dr J_____ pour se prononcer sur la fin du droit aux prestations.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut se fonder sur le rapport du Dr J_____ pour examiner le bien-fondé des prétentions du demandeur. Conformément aux conclusions des parties, elle ordonnera par conséquent une expertise, laquelle devra être confiée au professeur K_____.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique.
 2. Commet à ces fins le professeur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourée de tous les éléments utiles;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes:
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
Plus particulièrement :
Décrire la cause de l'affection psychique (état anxio-dépressif sévère sans caractéristique psychotique) déclarée le 10 mars 2016 suite au licenciement de l'assuré survenu le même jour (soit le 10 mars 2016).
L'affection néphrologique est-elle à l'origine de la symptomatologie psychiatrique ayant conduit à l'incapacité de travail de l'assuré survenue dès le 30 mai 2016 ?
L'aggravation de l'état somatique (à savoir dialyse et attente d'une greffe d'un rein) survenue après la fin effective des rapports de travail de l'assuré suite au licenciement du 10 mars 2016 a-t-elle aggravé l'état psychique de l'assuré ?
-

Existe-t-il une connexité matérielle entre le trouble psychique liée 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 ?

Existe-t-il une connexité temporelle entre le trouble psychique liée 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 ?

6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).
8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. L'assuré présente-t-il une personnalité avec des traits émotionnellement immatures, instables, impulsifs, narcissiques accentués (Z73.1), avec un probable syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte (F 90) considéré comme existant depuis la naissance ?

Dans l'affirmative, les traits accentués de la personnalité de l'assuré ont-ils eu une influence sur la manière dont il a perçu son licenciement survenu en date du 10 mars 2016, peuvent-ils être qualifiés de maladie psychique, sont-ils suffisamment contrôlables et ont-ils une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré ?

11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
 12. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
 13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
-

14. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée (cas échéant, spécifier quelles activités seraient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré)
16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée.
17. Préciser quel fut le degré d'incapacité de travail de l'assuré occasionné par l'affection psychique déclarée le 10 mars 2016 suite à son licenciement daté du même jour :
 - jusqu'au 14 juin 2016 ;
 - du 15 juin 2016 au 14 juillet 2016 ;
 - dès le 15 juillet 2016.
18. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
19. L'assuré a-t-il retrouvé une pleine capacité de travail en rapport avec l'affection psychique provoquée par son licenciement survenu le 10 mars 2016 ?

Si oui, évaluer la date de retour à cette pleine capacité de travail.
20. Dès le 15 juillet 2016, l'assuré souffrait-il encore d'une incapacité de travail en relation avec l'état anxio-dépressif motivé par son licenciement ?
21. L'affection psychique du 10 mars 2016 causée par le licenciement survenu le même jour peut-elle justifier une incapacité de travail dépassant deux à trois mois ?
 - a) Si oui, évaluer la durée possible d'une telle incapacité de travail.
 - b) Au-delà d'un délai de 2 à 3 mois, peut-on diagnostiquer un trouble de l'adaptation en lieu et place d'un épisode dépressif ?

- c) Décrire la différence entre un trouble de l'adaptation et un épisode dépressif, au regard notamment de son impact sur la capacité de travail.
 - d) En rapport avec l'affection psychique qui s'est déclarée le 10 mars 2016 chez l'assuré, un trouble de l'adaptation a-t-il succédé à l'épisode dépressif initial ?
Si oui, pouvez-vous évaluer à partir de quand et préciser quelles en sont les conséquences sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ?
 - 22. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
 - 23. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 - 24. En rapport avec l'affection psychique qui s'est déclarée le 10 mars 2010, à partir de quand l'état psychique de l'assuré lui aurait raisonnablement permis de s'inscrire au chômage et de rechercher un emploi sur le marché du travail primaire ?
 - 25. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré dispose-t-il d'une limitation spécifique professionnellement dans une activité correspondant à son âge et à sa formation ?
Si oui, celle-ci est-elle en rapport avec l'affection psychique survenue le 10 mars 2016 suite au licenciement daté du même jour ou en rapport avec l'affection psychique liée à l'affection néphrologique à l'origine de l'incapacité de travail survenue dès le 30 mai 2016 ?
 - 26. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 - 27. Commenter et discuter les rapports des Drs F_____ et J_____, ainsi que du psychiatre traitant et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques :
- a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 - c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
-

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.

- d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
 - e) Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
 - f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
 - g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
 - h) Formuler un pronostic global.
- 6. Toute remarque utile et proposition.
 - 7. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
 - 8. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le