



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2168/2015

ATAS/390/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 mai 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André  
SCHNEIDER

demandeur

contre

FONDATION COLLECTIVE LPP D'ALLIANZ SUISSE  
SOCIETE D'ASSURANCES SUR LA VIE, sise c/o Allianz Suisse  
Vie, Richtiplatz 1, WALLISELLEN

défenderesses

CAISSE DE PENSION PRO, sise Bahnhofstrasse 4, SCHWYZ

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1985, sans formation, a travaillé dès 2001 en tant que joueur professionnel de hockey sur glace au B\_\_\_\_\_ SA (ci-après B\_\_\_\_\_ ) sise à Genève.
2. Dans le cadre de cet emploi, l'assuré a été, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, assuré auprès de la Fondation collective LPP de l'Allianz suisse société d'assurances sur la vie (ci-après la fondation collective ou la défenderesse principale).
3. Dès le 25 février 2005, l'assuré a été en incapacité de travail totale.
4. Fin février 2005, le B\_\_\_\_\_ a mis fin au contrat de travail de l'assuré.
5. Du 28 février au 7 mars 2005, l'assuré a été hospitalisé au département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après Belle-Idée). Par rapport du 10 mars 2005, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan (F14.51) et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis actuellement abstinents mais dans un environnement protégé (F12.21). Il s'agissait d'une première hospitalisation en entrée non volontaire en raison de la présence depuis trois jours d'un trouble psychotique aigu avec des idées délirantes à termes persécutives dans un contexte de prise massive de cocaïne avec crise clastique à domicile. L'assuré, sans antécédent psychiatrique, avait commencé à consommer du cannabis dès l'âge de 15 ans et avait consommé d'autres toxiques (ecstasy, LSD occasionnellement). Depuis de nombreux mois, il présentait une consommation assez régulière de cocaïne qui avait engendré des problèmes sur le plan professionnel. Peu avant son admission, il avait été licencié de son club. Depuis lors, il avait augmenté de manière considérable sa consommation, disant avoir consommé environ 5 gr en deux jours avant son admission. Il aurait alors présenté un sentiment de persécution de la part de ses parents, accompagné d'hallucinations visuelles et auditives, et se sentant menacé dans son intimité, il avait tout cassé dans sa chambre.  
  
Durant son bref séjour, les médecins ont noté une rapide disparition des phénomènes hallucinatoires ainsi que de l'idéation persécutrice. Sur le plan diagnostique, ils retenaient un trouble psychotique lié à l'utilisation massive de toxiques et ne proposaient pas de traitement antipsychotique.  
  
À sa sortie, l'assuré a été orienté sur une prise en charge en toxicodépendance auprès de la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la fondation Phénix.
6. De mars à septembre 2005, l'assuré a été suivi par la Dre D\_\_\_\_\_, qui a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2005.

7. Selon les notes établies par la Dresse D\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une problématique dépressive et un antidépresseur lui avait été prescrit.
8. En 2006, l'assuré est parti vivre en Thaïlande.
9. De retour en Suisse, l'assuré a été engagé par le E\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2006 au 15 janvier 2007, date à laquelle il a été licencié avec effet immédiat.
10. Du 17 janvier au 29 avril 2007, l'assuré a été hospitalisé à Belle-Idée en raison d'une nouvelle décompensation psychotique avec idées délirantes à thème persécutoire et des hallucinations auditives. Par rapport du 14 mai 2007, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une psychose non organique, sans précision (F29.X) et des troubles mentaux et du comportement sur cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F14.20). Quelques mois avant sa première hospitalisation, l'assuré s'était mis à consommer de manière assez régulière, ce qui avait engendré des difficultés professionnelles, puis un licenciement. Deux jours après celui-ci, il avait été hospitalisé pour une décompensation psychotique avec des hallucinations visuelles et auditives et des idées délirantes de persécution. L'épisode avait été attribué à l'abus de cocaïne et l'assuré était sorti sans traitement spécifique avec un suivi à la fondation Phénix. Après quatre mois, alors qu'il n'avait plus de travail, il avait repris une consommation de drogues. Après un séjour en Thaïlande, il avait retrouvé un travail dans une équipe de ligue B, mais n'avait jamais pu s'intégrer dans son club, se sentant mis à l'écart. En raison de troubles du comportement et d'une imprévisibilité, le patient avait été renvoyé de son club. Il avait développé rapidement des insomnies et une agitation psychomotrice.

L'évolution de l'assuré avait été lentement progressive. Une blessure narcissique importante découlait de la perte de son travail, elle sous-tendait un déni persistant de la maladie et était renforcée par l'investissement uniquement dans le sport. Tout un travail d'éclaircissement avait été effectué pour voir vers quelle activité l'assuré se dirigerait et les médecins avaient remarqué qu'il n'y avait pas de perspectives en dehors du sport. Environ trois semaines avant sa sortie, l'assuré avait annoncé qu'il avait la possibilité d'entrer dans un club de ligue B à G\_\_\_\_\_. Cette situation paraissait fragile pour ce patient et les médecins le lui avaient exprimé en insistant sur le risque de l'arrêt de la médication. Néanmoins, au vu des circonstances, elle paraissait la meilleure solution disponible.

11. Dès le 30 avril 2007, l'assuré a intégré le G\_\_\_\_\_ à l'essai et a repris les entraînements.
12. L'assuré a été suivi par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale.
13. Du 1<sup>er</sup> août 2007 au 29 février 2008, l'assuré a été titularisé en tant que joueur de hockey au G\_\_\_\_\_ et a été engagé à ce titre par J\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) sise à Sierre.

14. Dans le cadre de cet emploi, l'intéressé a été assuré pour la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation commune LPP pour le travail temporaire (ci-après la fondation commune), dont les actifs et les passifs ont été repris, le 1<sup>er</sup> janvier 2014, par la Caisse de pension Pro (ci-après la caisse de pension ou la défenderesse subsidiaire).
15. Du 6 novembre 2007 au 18 janvier 2008, l'assuré a été hospitalisé à Belle-Idée pour une décompensation psychotique. Par rapport du 25 janvier 2008, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une psychose non organique, sans précision (F29.X) et des troubles mentaux et du comportement sur cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F14.20). Le médecin a expliqué que suite à la dernière hospitalisation, l'assuré avait retrouvé du travail et était suivi en consultation psychiatrique à Sion. Il présentait une nouvelle décompensation psychotique sur rupture de traitement depuis deux semaines. Au status à l'entrée, l'assuré était sur la défensive, avec une attitude collaborante alors qu'il tentait manifestement de cacher ses hallucinations. Il avait des sourires immotivés, un regard persécuté, une attitude d'écoute et une thymie triste. Il niait toute hallucination, toute idée suicidaire et toute prise de toxiques. Le début de l'hospitalisation s'était caractérisé par une attitude très méfiante et en retrait. Il était peu dans le contact lors des entretiens et peu preneur de soins. Il niait toute symptomatologie psychotique, alors que visiblement il avait des attitudes d'écoute, des barrages et des rires immotivés. Sur un mode délirant, il déclarait ne pas avoir de parents à Genève et refusait les affaires qu'ils lui avaient apportées. Sous traitement, les médecins ont constaté progressivement une amélioration permettant rapidement à l'assuré de réinvestir son projet professionnel et les contacts avec ses parents. Il avait pu se rendre compte de ses troubles à l'origine de son hospitalisation, il avait notamment pu parler de ses hallucinations auditives ainsi que de son sentiment de persécution. Enfin, il s'était fait une entorse à la cheville gauche et une radiographie du 16 janvier 2008 montrait une importante tuméfaction. L'assuré quittait l'unité pour reprendre son activité professionnelle à G\_\_\_\_\_.
16. Du 31 mai au 4 juillet 2008, l'assuré a été hospitalisé en Thaïlande en milieu psychiatrique.
17. Rapatrié en Suisse, l'assuré a été, du 5 juillet 2008 au 25 mai 2009, hospitalisé à Belle-Idée. Le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, dans son rapport du 4 juin 2009, une schizophrénie paranoïde (F20.0). Suite à sa blessure à la cheville, l'assuré avait dû stopper l'entraînement. Il était alors reparti en Thaïlande où il avait été hospitalisé pour des troubles du comportement et une décompensation psychotique (rires immotivés, hallucinations, déni de reconnaissance de sa famille). Au cours de la présente hospitalisation, vu l'absence de perspective de retrouver une place dans une équipe de hockey ainsi que de tout moyen financier, les médecins avaient aidé l'assuré à reconstruire un projet de vie et ils avaient appuyé la demande du père de l'assuré à la mise en place des mesures tutélaires. Une amélioration progressive de l'état psychique avait été notée

dès la fin du mois de novembre 2008, concrétisée par l'acceptation de commencer des démarches auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).

18. Le 4 décembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.
19. Par rapport du 13 janvier 2009 à l'OAI, le Dr K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, une schizophrénie paranoïde (F20.0). Il a résumé les hospitalisations et notamment indiqué que c'était lors de l'hospitalisation qui avait eu lieu à fin novembre 2007 que pour la première fois, un tableau clinique compatible avec celui que l'assuré présentait actuellement était décrit, soit de la méfiance, un déni massif de ses troubles et une idéation délirante. L'assuré présentait actuellement un retrait social, une méfiance et quelques idées délirantes résiduelles, une anxiété très importante et invalidante, ainsi que du déni. L'incapacité de travail médicalement attestée était totale depuis mars 2008 au moins. Ses restrictions étaient mentales et psychiques. Sa désorganisation, son apragmatisme et les paroxysmes anxieux qu'il présentait ne lui permettaient pas de reprendre son activité lucrative habituelle; celle-ci n'était plus exigible. Un traitement correctement conduit et suivi pourrait permettre d'envisager sa participation à des mesures de réadaptation professionnelle. Il était cependant trop tôt pour les envisager.
20. Le 5 février 2009, l'assuré a été mis sous tutelle.
21. Par avis du 12 mars 2009, le docteur L\_\_\_\_\_ du service médical régional AI (ci-après SMR) a retenu une schizophrénie paranoïde et une incapacité de travail totale durable depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008. L'assuré avait commencé une carrière de hockeyeur professionnel qui avait été interrompue suite à des problèmes de comportement. Il avait déjà été hospitalisé à quatre reprises en psychiatrie, où le diagnostic avait finalement été posé et lequel était actuellement totalement incapacitant. Bien que le pronostic soit réservé, un traitement médicamenteux correctement conduit et suivi pourrait permettre d'envisager la participation de l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle. Une révision d'ici un an devait donc avoir lieu.
22. Par projet de décision du 20 mars, confirmé par décision du 3 juillet 2009, l'OAI a retenu que depuis le 1<sup>er</sup> mars 2008, l'assuré présentait une capacité de travail considérablement restreinte. Dès le 1<sup>er</sup> mars 2009 (fin du délai d'attente d'un an), le droit à une rente d'invalidité entière était reconnu. Cependant, le début du versement était fixé au 1<sup>er</sup> juin 2009, vu le dépôt tardif de la demande.
23. Le 13 mai 2009, l'assuré a sollicité de la fondation collective le versement de prestations d'invalidité.
24. Par courrier du 29 juin 2009, la fondation collective a nié le droit de l'assuré à des prestations étant donné que l'incapacité de travail déterminante à l'origine de l'invalidité, fixée au 1<sup>er</sup> mars 2008 par l'OAI, n'était pas survenue pendant la période d'assurance, étant précisé que la sortie de service de l'assuré avait été annoncée pour le 31 janvier 2005.

25. Dans le cadre de la révision du droit à la rente mise en œuvre par l'OAI, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, par rapport du 10 septembre 2010, a diagnostiqué une schizophrénie paranoïde, rémission incomplète et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé. Le pronostic était réservé chez cet assuré souffrant d'une psychopathologie grave. Toutefois, on assistait à une lente et laborieuse amélioration mais dans un environnement protégé. Ses limitations résultaient d'une intolérance au stress même faible avec une exacerbation des angoisses psychotiques et un risque de décompensation psychotique, ainsi que des troubles cognitifs liés au stress.
26. Le 14 septembre 2010, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à rente entière d'invalidité.
27. L'assuré a mandaté le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Monsieur O\_\_\_\_\_, psychologue, afin de clarifier les anamnèses, poser un diagnostic et déterminer les répercussions des atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Par rapport du 8 décembre 2014, ces spécialistes ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F19.20; actif depuis février 2005) et une schizophrénie paranoïde, rémission incomplète (F20.04; actif depuis janvier 2007). L'assuré avait montré d'excellentes capacités pendant toute la période qui avait précédé l'émergence de sa maladie en février 2005. De septembre 2005 à janvier 2007, une incapacité de travail à 50% était imputable à ses troubles psychiatriques, dont les problèmes d'addiction faisaient alors majoritairement partie. Par la suite, ses capacités d'intégration, d'adaptation et d'autonomie avaient continué à se dégrader, justifiant une rente entière d'invalidité dès 2009.
28. La fondation collective a renoncé à invoquer l'exception de la prescription en date des 7 septembre 2012, 9 décembre 2013 et 8 décembre 2014.
29. La fondation commune a renoncé à invoquer la prescription jusqu'au 31 décembre 2014 (courrier du 5 décembre 2013), puis la caisse de pension a fait de même jusqu'au 31 décembre 2015 (courrier du 18 décembre 2014).
30. Par courrier du 28 mai 2015, la fondation collective a maintenu son refus de prester.
31. Par acte du 22 juin 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a déposé une demande de paiement contre la fondation collective et la caisse de pension concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la production par les défenderesses de leur règlement de prévoyance en vigueur en mars 2009 et du dernier certificat de prévoyance, principalement, au versement par la fondation collective d'un montant correspondant aux rentes entières d'invalidité dues du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 30 juin 2015 avec intérêts à 5% dès le 22 juin 2015 ainsi qu'au versement d'une rente entière d'invalidité mensuelle à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015

avec intérêts à 5% dès le 22 juin 2015, et subsidiairement, le demandeur a pris les mêmes conclusions à l'égard de la caisse de pension.

Le demandeur a expliqué que suite à la consommation régulière de cannabis et de de cocaïne, le B\_\_\_\_\_ avait décidé de l'écarter de l'équipe. Dès le 21 février 2005, il s'était retrouvé en incapacité de travail et n'avait jamais recouvré une capacité depuis. Il a indiqué que pour démontrer l'évolution de sa maladie et le caractère constant de son incapacité de travail depuis sa première hospitalisation en février 2005, il avait confié un mandat d'expertise au Dr N\_\_\_\_\_.

L'incapacité de travail invalidante était survenue en février 2005, soit durant les rapports de prévoyance du demandeur et de la défenderesse principale. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait retenu qu'il avait été hospitalisé en février 2005 pour un trouble psychotique lié à l'utilisation de substances toxiques, qu'entre janvier et avril 2007, il avait été hospitalisé pour une psychose en l'absence de consommation de toxiques, qu'entre novembre 2007 et avril 2008, il avait été hospitalisé pour une crise psychotique et qu'entre mai 2008 et mai 2009 il avait été hospitalisé en raison d'une schizophrénie paranoïde aggravée. Selon le demandeur, il souffrait par conséquent d'une atteinte à la santé psychique et cette atteinte était générée/liée à sa consommation de toxiques.

Le lien de connexité matérielle ne s'était pas rompu. En effet, selon le Dr N\_\_\_\_\_, il souffrait de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, syndrome de dépendance, actuellement abstinente, depuis février 2005 et d'une schizophrénie paranoïde, rémission incomplète, depuis janvier 2007. Selon le demandeur, ces deux atteintes étaient incontestablement liées, voire similaires. L'existence d'un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue en février 2005 et l'invalidité était donc établie.

Par ailleurs, depuis le mois de février 2005, le demandeur n'avait jamais recouvré une capacité de travail durable. Chaque fois qu'il avait interrompu son traitement et/ou tenté de reprendre une activité professionnelle, il avait dû être à nouveau hospitalisé. Lorsqu'il était parti en Thaïlande en 2006, ses journées étaient rythmées par la consommation de drogues et il souffrait alors d'un état paranoïaque persécutoire quasi permanent, d'hallucinations visuelles et auditives, d'attaques de panique et d'un effet d'éveil important. En décembre 2006, il avait tenté de reprendre une activité au P\_\_\_\_\_ HC qui avait duré quelques jours, puis son contrat auprès du HC E\_\_\_\_\_ n'avait duré que deux mois, puis il avait été hospitalisé. Ce scénario s'était reproduit lorsqu'il avait été engagé en août 2007 au HC G\_\_\_\_\_, puis hospitalisé dès le 6 novembre 2007. Depuis, il n'avait jamais repris d'activité professionnelle. Il était donc incontestable que le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail en février 2005 et l'invalidité n'avait pas été rompu.

Par conséquent, la défenderesse principale était tenue de verser une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, celle-ci n'étant pas prescrite.

Si, par impossible, la chambre de céans devait retenir que l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité était postérieure à mars 2005, il convenait alors de condamner la défenderesse subsidiaire à verser les rentes entières d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2009. En effet, dès août 2007, le demandeur était assuré auprès d'elle et il avait alors souffert d'une incapacité de travail. Cette défenderesse avait également renoncé à exciper de la prescription.

32. Par réponse du 12 août 2015, la défenderesse subsidiaire a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet des conclusions dirigées contre elle.

Elle a fait valoir que les affections justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité étaient des troubles de nature psychotique compte tenu de la constance de ce diagnostic dans l'anamnèse. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de psychotropes ainsi que les troubles de nature psychotique étaient à l'origine de l'incapacité de travail invalidante survenue en février 2005, de sorte que le lien de connexité matérielle entre celle-ci et l'invalidité était donnée. Les atteintes à la santé diagnostiquées de manière continue dépassaient largement les simples conséquences relevant purement de la toxicomanie.

Par ailleurs, suite au licenciement du demandeur en février 2005, les engagements successifs de brève durée n'avaient pas été à même d'interrompre le lien de connexité temporelle dans la mesure où même l'engagement le plus long auprès du HC G\_\_\_\_\_ devait être qualifié de simple tentative de reprise d'un travail. Cet engagement avait été subordonné à la poursuite du traitement psychiatrique et il avait été jugé précoce compte tenu de la fragilité du demandeur. Les craintes exprimées par les médecins s'étaient avérées fondées vu la décompensation intervenue au mois de novembre 2007, soit quelques mois après le début de l'engagement. Cette décompensation, à peine trois mois après la titularisation de l'assuré, était intervenue pour les mêmes atteintes que les deux précédentes hospitalisations. Pour un ancien joueur professionnel de ligue A, l'engagement dans un club de ligue B, était plutôt une rétrogradation par rapport à son ancien club et cela se traduisait notamment par le montant de son salaire. Ainsi, l'engagement auprès du HC G\_\_\_\_\_ devait être considéré comme une simple tentative de reprise de travail qui s'était malheureusement rapidement soldée par un échec. Cet engagement ne pouvait interrompre le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail intervenue en février 2005 et l'invalidité subséquente. Il ne pouvait donc fonder la compétence de la défenderesse subsidiaire pour l'octroi des prestations d'invalidité.

En conclusion, à la suite de son licenciement en février 2005 et de la première hospitalisation non volontaire avec une incapacité de travail en février-mars 2005, le demandeur n'avait jamais recouvré sa pleine capacité de travail. Faute d'interruption du lien de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de

travail initiale de février 2005 et l'invalidité, la défenderesse subsidiaire ne pouvait être tenue au versement des prestations. Enfin, elle produisait le règlement de prévoyance en vigueur en 2009 et un certificat de prévoyance au 30 juin 2008.

33. Par réponse du 14 août 2015, la défenderesse principale a conclu, sous suite de frais de la procédure, au rejet de la demande. Le demandeur, qui avait été en incapacité de travail dès le 25 février 2005, avait été assuré jusqu'au 31 janvier 2005 auprès d'elle et il avait bénéficié de la prolongation de la couverture.

Le demandeur reconnaissait que la consommation régulière de cannabis et de cocaïne avait entraîné son licenciement. Cela démontrait que son incapacité de travail résultait directement de la consommation de drogues et non pas d'une schizophrénie préexistante. Le demandeur confirmait par ailleurs que la première hospitalisation avait été due à l'augmentation de la consommation de drogues et non pas à une schizophrénie. L'incapacité de travail survenue en février 2005 n'était pas due à une schizophrénie et la toxicomanie ne constituait pas, en soi, une invalidité.

La défenderesse principale a contesté par ailleurs l'existence d'un lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue dès le 25 février 2005 et celle ayant mené à l'octroi d'une rente dès juin 2009. Il n'y avait aucun document démontrant que le demandeur avait été en incapacité de travail lors de son séjour en Thaïlande de février à décembre 2006, soit pendant dix mois, et la simple consommation de drogues n'impliquait pas une incapacité de travail durable. Enfin, elle a invoqué la prescription.

34. Le 21 août 2015, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier OAI du demandeur.
35. Par pli du 18 septembre 2015, la défenderesse subsidiaire a maintenu ses conclusions, faisant valoir que le dossier AI ne faisait pas ressortir d'éléments nouveaux ayant une incidence sur ses arguments.
36. Par écriture du 21 septembre 2015, le demandeur a conclu, préalablement, à ce que les défenderesses indiquent le montant de la rente entière d'invalidité au 1<sup>er</sup> mars 2009, et sur partie, à ce que la défenderesse subsidiaire soit condamnée à verser l'avance de rente minimale entière avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> mars 2009 majorée des indexations légales dès le 1<sup>er</sup> mars 2012.

Selon le demandeur, dans la mesure où la défenderesse subsidiaire considérait qu'il incombait à la défenderesse principale de verser la rente d'invalidité, il lui revenait, en tant que dernière institution à laquelle il avait été affiliée, de verser une avance de rente d'invalidité, conformément aux dispositions légales. La question du versement de l'avance de rente légale minimale étant en état d'être jugée, le demandeur concluait à ce qu'il soit immédiatement statué sur ce point.

Par ailleurs, il était établi qu'il souffrait de troubles mentaux, d'une schizophrénie paranoïde et de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples. Il n'était pas utile de déterminer si l'atteinte à la santé psychique

dont il souffrait constituait la cause ou la conséquence de sa toxicodépendance et il ne contestait pas qu'elles soient liées. Il était néanmoins établi que cette comorbidité psychiatrique diagnostiquée de manière continue depuis 2005 dépassait le degré de gravité et d'acuité qui justifiait, en soi, une incapacité de travail et de gain. Cette incapacité fondait également la décision de l'OAI du 3 juillet 2009.

S'agissant de la connexité matérielle, le demandeur a rappelé les diagnostics posés par les médecins depuis février 2005. Il a souligné notamment que le Dr N\_\_\_\_\_ avait confirmé l'existence d'un syndrome psychotique à vie. L'expert avait conclu que les pathologies ayant une répercussion sur sa capacité de travail étaient constituées, depuis février 2005, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance et, depuis janvier 2007, d'une schizophrénie paranoïde dont la rémission était incomplète. Par conséquent, selon le demandeur, son incapacité de travail initiale en 2005 était due pour l'essentiel à la même atteinte à la santé que celle qui fondait son invalidité. Le fait que la schizophrénie soit apparue en janvier 2007 n'était pas pertinent. En effet, celle-ci faisait partie de sa pathologie psychotique dont l'existence était établie depuis 2005 et qui, à l'époque et jusqu'à aujourd'hui, se traduisait essentiellement par des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples.

Par ailleurs, il était établi qu'il avait été en incapacité de travail avant et après son premier séjour en Thaïlande et la continuation de sa maladie en Thaïlande était confirmée par les rapports médicaux. Le fait qu'il ait été en mesure de se rendre en Thaïlande et de s'y procurer des substances psycho-actives ne permettaient pas d'attester une quelconque capacité de travailler. Le demandeur a fait valoir que le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail du 25 février 2005 et son invalidité n'avait pas été rompu par son engagement auprès du HC G\_\_\_\_\_, vu le préavis défavorable des médecins et son hospitalisation trois mois après sa titularisation. Si le lien avait été rompu, alors il incombait à la défenderesse subsidiaire de verser les prestations.

37. Le 22 octobre 2015, la défenderesse subsidiaire a conclu au rejet des conclusions relatives au versement des prestations préalables. Selon elle, il n'était pas établi que le demandeur était dans une situation financière extrême. Si tel avait été le cas, ce dernier aurait requis un tel versement lors du dépôt de sa demande le 22 juin 2015 déjà. En outre, la cause était en état d'être jugée au fond puisque l'incapacité de travail ayant mené à l'invalidité était survenue indubitablement en février 2005. Enfin, elle a indiqué que le certificat d'assurance au 30 juin 2008 faisait état d'un montant de CHF 726.- à titre de rente mensuelle d'invalidité.
38. Le 30 octobre 2015, la défenderesse principale a fait valoir qu'il n'était pas établi que la schizophrénie avait été à l'origine de la dépendance, ni qu'elle existait déjà en 2005. Les médecins avaient attesté l'existence de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives, soit des troubles qui n'étaient pas invalidants en eux-mêmes. Dans le cas de la schizophrénie, pour que

des constatations ultérieures sur la survenance de l'incapacité de travail, déterminée de manière rétrospective, puissent être suivies, il fallait encore que les effets négatifs de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail pendant les rapports de prévoyance soient attestés en temps réel. Or, en l'occurrence, une telle attestation faisait défaut. Jusqu'en janvier 2008, seuls des troubles liés à la toxicomanie étaient constatés, lesquels n'étaient pas invalidants. L'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, du 8 décembre 2014, ne donnait qu'une appréciation rétroactive.

De plus, l'état de santé du demandeur pendant son séjour de dix mois en Thaïlande en 2006 n'avait pas été documenté. Il n'y avait pas d'indices d'une incapacité de travail pendant cette période, ni de traitements médicaux. Le fait qu'il ait séjourné à l'étranger ne dispensait pas le demandeur d'apporter des indices ou la preuve de son incapacité de travail.

Enfin, cette défenderesse a produit le règlement de prévoyance en vigueur en 2009.

39. Le 10 novembre 2015, le demandeur a fait valoir, en réponse à la défenderesse principale, que si l'institution de prévoyance n'était pas en mesure de prouver un début d'incapacité de travail avant le début des rapports de travail ou une reprise de capacité de travail durable de plus de trois mois après la fin des rapports de travail, elle devait verser les prestations d'invalidité consécutives à la schizophrénie. Selon la jurisprudence, la schizophrénie était une maladie spéciale que les médecins avaient souvent de la peine à diagnostiquer. Cela pouvait avoir pour conséquence que le début de l'incapacité de travail déterminante soit diagnostiqué plus tard, avec un effet rétroactif. Il y avait lieu de tenir compte de cet élément central dans la détermination du début de l'incapacité de travail déterminante. En l'occurrence, il n'était pas discutable que des atteintes psychiques graves étaient survenues pendant les rapports de travail entraînant une incapacité de travail durable, même si la schizophrénie avait été diagnostiquée plus tard. Il était donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la défenderesse principale était tenue de verser les prestations en raison de l'atteinte à la santé ayant entraîné une incapacité de travail durable en 2005, à la suite d'une atteinte psychique grave qui s'était avérée être une schizophrénie. Enfin, s'agissant du versement des prestations préalables par la défenderesse subsidiaire, celle-ci refusait sans pertinence aucune de les verser puisque le demandeur ne recevait qu'une rente de l'OAI et qu'un arrêt sur partie était d'ores et déjà possible.
40. Par écriture du 27 novembre 2015, la défenderesse principale a fait valoir notamment que s'il était vrai que la schizophrénie était une maladie difficile à diagnostiquer, il n'en demeurait pas moins que les atteintes psychiques qu'avait présentées le demandeur en 2005 résultaient de la toxicomanie et non pas d'une schizophrénie. Par ailleurs, était déterminante l'absence de preuve d'une incapacité de travail pendant une période de plus de dix mois, soit pendant le séjour du demandeur en Thaïlande.
41. La défenderesse subsidiaire ne s'est pas déterminée.

42. Par écriture du 6 janvier 2016, le demandeur a fait remarquer notamment qu'il avait apporté la preuve de son incapacité de travail avant son départ en Thaïlande, pendant son séjour de neuf mois dans ce pays et après son retour en Suisse. L'incapacité de travail avait débuté le 21 février 2005, elle avait été suivie d'une hospitalisation dès le 28 février 2005 en raison de troubles mentaux et du comportement et des troubles psychotiques avec des idées délirantes au premier plan.

Le lien de connexité temporelle ne pouvait être rompu tant et aussi longtemps qu'il n'y avait pas eu de guérison durable de l'atteinte à la santé déterminante et s'il n'y avait pas eu de reprise durable de la capacité de travail. Selon la jurisprudence, dans le cas de maladies par poussées, telle que la schizophrénie, il n'y avait pas lieu d'appliquer des critères trop stricts pour établir la connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité. Dans le cas de maladies par poussées, l'ensemble des circonstances du cas individuel acquiert une importance particulière. La défenderesse principale n'avait pas apporté la preuve d'un début d'incapacité de travail durable avant le début des rapports de travail ou de la reprise d'une pleine capacité de travail d'au moins trois mois permettant de considérer objectivement vraisemblable que le demandeur avait récupéré durablement sa capacité de gain.

43. Après avoir adressé cette écriture aux défenderesses, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 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]).

b. En matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

Un cumul d'actions selon l'art. 7 aLFors (art. 15 du Code de procédure civile suisse, en vigueur depuis le 1er janvier 2011 [CPC – RS 272]) doit être admis dans le cadre de la réglementation du for de l'art. 73 al. 3 LPP. Grâce à celui-ci, le tribunal compétent pour une partie défenderesse est compétent pour toutes les parties défenderesses. Ceci vaut également si le droit litigieux relève du droit public (ATF 133 V 488 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_41/2012 du 12 mars 2012

---

consid. 3.4 et les références citées ; MEYER/UTTINGER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n° 99 ad. art. 73 LPP).

c. En l'occurrence, le demandeur travaillait dans le canton de Genève au service de B\_\_\_\_\_ SA lorsqu'il était affilié auprès de la défenderesse principale, de sorte que la compétence de la chambre de céans à l'égard de celle-ci est donnée.

Il s'ensuit que le for situé dans ce canton doit être également admis à l'égard de la défenderesse subsidiaire, ce que cette dernière ne conteste pas.

La compétence de la chambre de céans 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 (ATAS/708/2015).

La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

Partant, elle est recevable.

3. La nouvelle modifiant la LPP (première révision) du 3 octobre 2003, sous réserve de certaines dispositions, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle.

Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 445 consid. 1).

4. Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente entière d'invalidité, singulièrement, sur la question de savoir s'il était assuré auprès d'une des défenderesses au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.
5. Il convient dans un premier temps d'examiner si le demandeur a droit au versement d'une prestation préalable.
6. a. Selon l'art. 26 al. 4 LPP, si l'assuré n'est pas affilié à l'institution de prévoyance tenue de lui fournir des prestations au moment où est né le droit à la prestation, l'institution de prévoyance à laquelle il était affilié en dernier est tenue de verser la prestation préalable. Lorsque l'institution de prévoyance tenue de verser la prestation est connue, l'institution tenue de verser la prestation préalable peut répercuter la prétention sur elle.

L'art. 26 al. 4 LPP traite de la situation d'un assuré qui a été affilié successivement à diverses institutions de prévoyance. L'obligation de verser la prestation préalable suppose l'existence d'un droit à des prestations avec comme seule incertitude l'identité de l'assureur qui doit les fournir (ATF 136 V 131; OFAS, Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 117 du 31 mars 2010).

Il est difficile de savoir quelle doit être la proximité temporelle entre les différents rapports de prévoyance avec les institutions potentiellement compétentes pour que

les conditions de l'obligation de verser la prestation préalable soient remplies. Exiger une couverture continue serait irréaliste, car il arrive souvent que des périodes sans travail (telles que des vacances) séparent des changements de postes. Une application par analogie des règles concernant la relation d'étroite connexité temporelle au sens de l'art. 23 LPP semble raisonnable, de sorte que de brèves interruptions de trois à six mois ne constitueraient pas un obstacle à l'obligation de verser une prestation préalable (Marc HÜRZELER in Jacques-André SCHNEIDER / Thomas GEISER / Thomas GÄCHTER [édit.], Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 40 ad art. 26 LPP).

b. En l'occurrence, force est de constater que le demandeur n'a pas été affilié – de manière successive - à des institutions de prévoyance. En effet, il résulte de ses explications, que plus de deux ans et demi se sont écoulés entre la fin de son affiliation auprès de la défenderesse principale (début 2005) et son affiliation auprès de la défenderesse subsidiaire (mi-2007), étant précisé que le demandeur n'allègue pas avoir été affilié à une autre institution de prévoyance pendant cette période.

Il n'est par conséquent nullement établi, à ce stade, que le demandeur a droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Le demandeur ne se trouve donc pas dans la situation visée par l'art. 26 al. 4 LPP, soit le cas où l'existence d'un droit à des prestations est indéniable avec comme seule incertitude l'identité de l'assureur qui doit les fournir.

La conclusion tendant au versement par la défenderesse subsidiaire d'une prestation préalable sera par conséquent rejetée.

7. a. Selon l'art. 23 let. a LPP, dans sa teneur en force depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI.

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

b. L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur en changeant en même temps d'institution de prévoyance et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 120 V 112 consid. 2c). Cependant, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1).

c. Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c; ATF 120 V 112 consid. 2c). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.48/05 du 25 avril 2006 consid. 4). La connexité matérielle doit être niée lorsque l'octroi d'une rente d'invalidité résulte uniquement de problèmes psychiques et que même une interprétation très large des rapports médicaux et des expertises ne permet pas de retenir des indices en faveur de l'existence de tels troubles et - élément déterminant en matière de prévoyance professionnelle - d'une incapacité de travail qui en aurait résulté pendant les rapports d'assurance. Cela vaut quand bien même les problèmes somatiques à la base de l'incapacité de travail avaient déjà à l'époque une influence sur l'état psychique de la personne assurée et sur sa situation psychosociale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.9/06 du 21 novembre 2006 consid. 4.1 et 4.2). Le Tribunal fédéral a également nié un rapport de connexité matérielle dans le cas d'un assuré dont l'incapacité de travail survenue pendant le rapport de prévoyance reposait sur une lésion de la colonne vertébrale, alors qu'une maladie psychique avait en fin de compte fondé le droit à une rente d'invalidité, et qui aurait pu continuer d'exercer une activité légère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.62/01 du 24 juin 2002 consid. 4a). La supposition d'une superposition psychogène de malaises physiques avec une tendance à l'aggravation n'est pas susceptible, en tant que trouble psychique, de limiter sensiblement la capacité de travail, dans la mesure où elle ne revêt pas encore un caractère de maladie – mis en évidence par un médecin – au moment de l'arrêt de travail. Il n'y a ainsi pas de connexité avec l'évolution de l'atteinte psychique qui, reconnue comme ayant un caractère de maladie, débouchera sur l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.73/05 du 3 mai 2006; RSAS 2007 p. 163).

Un rapport de connexité matérielle doit être admis lorsque des problèmes psychiques sont en rapport avec des douleurs dorsales, tous deux existants pendant le rapport de prévoyance, et qui ont conduit à une incapacité de travail, même si l'assuré était moins atteint psychiquement que pendant la période postérieure à la résiliation du contrat de travail, du moment que l'état de santé de l'assuré n'a pas changé de manière substantielle, étant précisé que l'atteinte psychique doit déjà avoir été diagnostiquée pendant l'existence du rapport de prévoyance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.3/03 du 31 décembre 2003 consid. 2.2; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 26 ad art. 23 LPP).

d. La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 138 V 409 consid. 6.2). L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée (ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa).

Les maladies évoluant par poussées telles que la sclérose en plaques ou la schizophrénie occupent une place particulière lorsqu'il s'agit d'apprécier la connexité temporelle. Les tableaux cliniques de ces maladies sont caractérisés par des symptômes évoluant par vagues, avec des périodes alternantes d'exacerbation et de rémission. La jurisprudence essaie de tenir compte de ce fait en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 29 ad art. 23 LPP). Des critères trop sévères dans l'appréciation de la connexité temporelle dans les cas de maladies évoluant par poussées conduiraient à ce que l'institution de prévoyance tenue à prestations lorsque la maladie s'est déclarée serait régulièrement appelée à verser les rentes lors de poussées ultérieures invalidantes, quand bien même l'assuré aurait connu depuis d'assez longues périodes durant lesquelles sa capacité de travail se serait rétablie et aurait été mise en valeur dans le cadre de plusieurs contrats de travail, même brefs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.12/03 du 12 novembre 2003 consid. 3.2.1). En matière de maladies évoluant par poussées, il est toutefois central que la question de l'existence d'une connexité temporelle se pose seulement si la survenance d'une incapacité de travail invalidante pendant la durée de rapport de travail et du rapport de prévoyance pertinent, est suffisamment prouvée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 30 ad art. 23 LPP).

8. a. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée

---

jusqu'à ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). La perte de la capacité de travail doit être d'une certaine importance, ce qui signifie qu'elle doit atteindre 20% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.105/03 du 14 mars 2005 consid. 1). En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pour le rattachement selon l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 7 ad art. 23 LPP).

b. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. Étant donné que le versement d'une rente d'invalidité dépend de la survenance de l'incapacité de travail, la fixation la plus exacte et fiable possible du moment de cette survenance est, au vu de sa portée économique, extrêmement importante. La jurisprudence exige pour cette raison que le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle soit prouvé « en temps réel », c'est-à-dire que la preuve ne peut pas être remplacée par des suppositions et des réflexions commerciales ou médicales spéculatives ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.51/04 du 2 décembre 2004 consid. 5.3), mais doit au contraire résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.62/01 du 24 juin 2002 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.35/00 du 22 février 2002 consid. 1b; Marc HÜRZELER, op. cit. n. 9 ad art. 23 LPP). Une appréciation subséquente et médico-théorique (abstraite) de la capacité de travail ne suffit pas pour fixer la survenance de l'incapacité de travail pertinente selon le droit de la prévoyance professionnelle. Est, en revanche, prépondérant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée durablement, tant du point de vue du droit du travail que de par sa nature (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.61/06 du 23 octobre 2006 consid. 2.2.; RSAS 2007 p. 481). Peu importe le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.90/02 du 23 mai 2003; RSAS 2004 p. 443).

9. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi (comme en l'espèce, cf. art. 2.6 al. 1 du règlement de prévoyance de la défenderesse principale et art. 23 al. 1 du règlement de prévoyance de la défenderesse subsidiaire [états au 1er janvier 2009]) - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308 consid. 1 in fine). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui

---

concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4).

Par ailleurs, lorsque l'annonce pour obtenir des prestations de l'assurance-invalidité a été faite tardivement, il n'y a aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà de la période précédant le dépôt de la demande. Ainsi, pour ce qui est de la période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont *a priori* aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_53/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1 et les références; Hans-Ulrich STAUFFER, *Berufliche Vorsorge*, 2ème éd. 2012, p. 316 n. 874).

10. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).
11. a. En l'espèce, le demandeur a été reconnu invalide à 100% par l'OAI en raison d'une schizophrénie paranoïde (F20.0), de sorte que par décision du 3 juillet 2009, il a été mis au bénéfice d'une rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2009. Les défenderesses ne contestent ni le degré de l'invalidité, ni le début du droit à la rente.

Le demandeur fait valoir que l'incapacité de travail en lien avec cette atteinte est survenue, principalement dès le 25 février 2005, soit au moment où il était affilié auprès de la défenderesse principale, et subsidiairement dès le 6 novembre 2007, soit au moment où il était assuré auprès de la défenderesse subsidiaire.

On relèvera que les défenderesses ne sont pas liées par la date du début de l'incapacité de travail durable (le 1<sup>er</sup> mars 2008) fixée par l'OAI, qui ne leur a pas

notifié sa décision. De surcroît, au vu du caractère tardif de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, le SMR n'a pas procédé à des investigations approfondies pour déterminer la date du début du délai de carence. Aussi, la chambre de céans ne peut-elle se contenter de retenir sans autre examen le début de l'incapacité de travail déterminante fixée par l'OAI.

Il y a donc lieu de déterminer la première survenance de l'incapacité de travail qui a constitué la cause de l'invalidité (art. 23 let. a LPP) en procédant à une appréciation du cas au regard des rapports versés au dossier.

Du 25 février au 31 août 2005, le demandeur a été en incapacité de travail totale. Au cours de son hospitalisation qui a eu lieu du 28 février au 7 mars 2005, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan (F14.51) et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis (F12.21) ont été diagnostiqués. Le demandeur est sorti de l'hôpital sans traitement spécifique, avec un suivi en toxicodépendance par la Dresse D\_\_\_\_\_ jusqu'en septembre 2005. Ce médecin a alors posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1; rapport du Dr N\_\_\_\_\_ et de M. O\_\_\_\_\_, p. 7). Après la fin du suivi en toxicodépendance, aucune incapacité de travail n'a été attestée avant une deuxième hospitalisation du 17 janvier au 29 avril 2007 en raison d'une psychose non organique, sans précision (F29.X) et de troubles du comportement sur cocaïne, syndrome de dépendance actuellement abstinant (F14.20 ; rapport du 14 mai 2007 du Dr F\_\_\_\_\_). À sa sortie de l'hôpital, le demandeur a alors été suivi par la Dresse I\_\_\_\_\_. Le 12 juillet 2007, il a été reçu en consultation par le Dr H\_\_\_\_\_ et la Dresse I\_\_\_\_\_ qui ont diagnostiqué une psychose non organique (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ et de M. O\_\_\_\_\_, p. 9). Par la suite, le demandeur a été hospitalisé du 6 novembre 2007 au 18 janvier 2008 en raison d'une psychose non organique, sans précision (F29.X) et de troubles du comportement sur cocaïne, syndrome de dépendance actuellement abstinant (F14.20; rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2008). Enfin, le demandeur a été hospitalisé en Thaïlande du 31 mai au 4 juillet 2008, puis à Belle-Idée du 5 juillet 2008 au 25 mai 2009, où le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0) a été posé par le Dr K\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 13 janvier 2009, ce médecin a relevé que c'est lors de la troisième hospitalisation - soit celle du 6 novembre 2007 au 18 janvier 2008 - qu'a été décrit, pour la première fois, un tableau clinique compatible avec celui que le demandeur présentait dès le 5 juillet 2008, à savoir de la méfiance, un déni massif de ses troubles et une idéation délirante.

À la lecture de ces pièces, il apparaît que le diagnostic de schizophrénie paranoïde n'a pas été posé avant l'hospitalisation du 5 juillet 2008. Toutefois, selon les constatations faites par le Dr K\_\_\_\_\_, c'est lors de l'hospitalisation du 6 novembre 2007 qu'a été décrit, pour la première fois, un tableau clinique

compatible avec celui que le demandeur présentait dès le 5 juillet 2008 (rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2009).

On doit ainsi admettre, sur la base des constats du Dr K\_\_\_\_\_, que la schizophrénie paranoïde n'a pas eu de répercussion sur la capacité de travail du demandeur avant le 6 novembre 2007, de sorte que les incapacités de travail survenues antérieurement à cette date étaient dues à d'autres troubles psychiques. Par conséquent, elles n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de connexité matérielle avec l'invalidité.

b. Le demandeur et la défenderesse subsidiaire font valoir que les diagnostics posés en février 2005 - soit des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan (F14.51) et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis (F12.21) - sont des atteintes incontestablement liées, voire similaires à la schizophrénie paranoïde (F20.0). Le fait que la schizophrénie soit apparue en 2007 ne serait pas pertinent, car cette atteinte ferait partie de la pathologie psychotique du demandeur dont l'existence est établie depuis 2005.

Les arguments du demandeur et de la défenderesse subsidiaire ne peuvent toutefois pas être suivis. En effet, le Dr N\_\_\_\_\_, mandaté par le demandeur, a également conclu, dans son rapport du 8 décembre 2014, que l'incapacité de travail en février 2005 n'était pas due à une schizophrénie paranoïde et que l'abus massif de substances toxiques dans les semaines qui avaient précédé son hospitalisation était à l'origine de l'émergence d'un trouble psychotique rapidement circonscrit (pp. 15-16). Il a relevé que la possibilité d'aggravation ou de déclenchement d'un trouble mental, notamment une schizophrénie, n'avait pas été abordée dans le rapport d'hospitalisation en février 2005. En revanche, cette hypothèse avait été brièvement avancée, puis écartée de manière officieuse par la Dresse D\_\_\_\_\_. Lors de son entretien téléphonique avec celle-ci, elle avait concédé avoir à l'époque suspecté une fragilité psychotique, sans présence de symptômes francs. Le Dr N\_\_\_\_\_ a ajouté que selon l'avis du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, les éléments cliniques en sa possession semblaient effectivement valider la présence d'un trouble psychiatrique d'ordre anxio-dépressif et addictologique en 2005 qui justifiait la poursuite de la prise en charge psychiatrique et psychosociale toujours en septembre 2005. Par ailleurs, le tableau clinique de cette période n'était pas encore compatible avec un diagnostic de psychose simple (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ et de M. O\_\_\_\_\_, p. 16).

Compte tenu de ce qui précède, et contrairement à l'avis du demandeur et de la défenderesse subsidiaire, on ne peut ni retenir que la schizophrénie paranoïde serait une atteinte similaire ou liée aux troubles diagnostiqués en février 2005, ni qu'elle faisait déjà partie de la pathologie du demandeur en 2005.

---

Ainsi, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail survenue dès le 25 février 2005 a été causée par l'atteinte ayant mené à l'invalidité.

Le défaut d'un lien de causalité matérielle suffit à exclure la responsabilité de la défenderesse principale, de sorte que les conclusions prises à son encontre par le demandeur doivent être rejetées.

Au vu de l'ensemble des rapports versés à la procédure et en particulier du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2009, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail déterminante du demandeur a débuté le 6 novembre 2007. À cet égard, on relèvera que le Dr N\_\_\_\_\_ a certes estimé que le diagnostic de schizophrénie paranoïde était actif depuis le mois de janvier 2007 déjà. Toutefois, cette appréciation rétrospective - établie près de huit ans après les faits - ne saurait être retenue en l'absence d'éléments probants attestant que ce diagnostic avait déjà une influence sur la capacité de travail du demandeur en janvier 2007, ce d'autant moins que le Dr N\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quelles raisons il s'écarte de l'avis clair du spécialiste qui a suivi et traité le demandeur.

c. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que l'incapacité de travail en lien de connexité matérielle avec l'invalidité est survenue à compter du 6 novembre 2007, alors que le demandeur était affilié à la défenderesse subsidiaire. Par ailleurs, il n'y a eu, postérieurement à l'hospitalisation du demandeur du 6 novembre 2007 au 18 janvier 2008, aucune période pendant laquelle le demandeur aurait disposé d'une capacité de travail justifiant l'interruption du lien de connexité temporelle avec l'invalidité reconnue dès mars 2009, puisqu'à compter du 31 mai 2008 déjà, le demandeur a été à nouveau hospitalisé pendant une année. La défenderesse subsidiaire ne le conteste au demeurant pas.

12. a. L'incapacité de travail déterminante étant survenue durant les rapports d'affiliation avec la défenderesse subsidiaire, celle-ci est tenue de verser les prestations d'invalidité en faveur du demandeur.

Le demandeur conclut au versement d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009.

b. Les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP). Depuis l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI, le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle (obligatoire) commence avec la naissance du droit à une rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 29 al. 1 LAI et pas avec l'expiration de la période d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (ATF 140 V 470 consid. 3.2 et 3.3).

L'art. 24 al. 1 du règlement de la défenderesse subsidiaire, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, prévoit notamment que le droit à la rente d'invalidité prend naissance le jour de l'ouverture de droit à la rente AI.

---

En l'occurrence, le droit à la rente de l'assurance-invalidité est né le 1<sup>er</sup> juin 2009 conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, de sorte que le demandeur a droit à une rente entière d'invalidité de la défenderesse subsidiaire à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009, étant précisé que cette dernière n'invoque pas la prescription des prestations et que le juge ne saurait suppléer d'office le moyen résultant de la prescription (art. 142 CO; ATF 134 V 223 consid. 2.2.2; ATF 129 V 237 consid. 4; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_804/2007 du 29 avril 2009 consid. 1.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.66/99 du 29 février 2000 consid. 1b et les références).

c. S'agissant du montant des rentes à servir, le demandeur n'a pas émis de conclusions chiffrées. Son action tend principalement à ce que la chambre de céans détermine quelle institution de prévoyance est tenue de lui verser une rente d'invalidité, dont la quotité n'est pas litigieuse à ce stade de la procédure. La défenderesse subsidiaire a certes produit un certificat d'assurance, mais dans la mesure où il s'agit d'un certificat d'assurance au 30 juin 2008, la chambre de céans ne dispose pas de tous les documents permettant de calculer le montant de la rente à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009. Dans ces conditions, un renvoi à cette fin à la défenderesse subsidiaire respecte les principes de simplicité et d'économie de procédure ancrés à l'art. 73 al. 2 LPP (ATF 129 V 450 consid. 3.4).

13. a. Enfin, le demandeur conclut au versement d'intérêts moratoires sur les rentes dues.

En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) dans d'autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131). Les employés assurés étant liés à l'institution de prévoyance par un contrat innommé, il est également admis que ce contrat est soumis à la partie générale du code des obligations (ATF 112 II 241; ATF 101 Ib 231 consid. 3c), en particulier aux art. 102 ss CO; ATF 115 V 27 consid. 8c).

Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 98 II 23 consid. 7). À défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO; ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131 consid. 4d).

b. En l'occurrence, le règlement produit par la défenderesse subsidiaire, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, ne contient aucune disposition au sujet du taux de l'intérêt moratoire et elle n'allègue pas qu'un taux inférieur à 5% l'an serait prévu par son règlement en vigueur en 2015. Par ailleurs, la demande en paiement, notifiée à la défenderesse subsidiaire en courrier B le mercredi 24 juin 2015, a été reçue vraisemblablement le 26 juin 2015, de sorte qu'un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 26 juin 2015 sur les prestations d'invalidité.

14. La demande en paiement est donc partiellement admise à l'encontre de la défenderesse subsidiaire, en ce sens qu'elle sera condamnée à verser au demandeur une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2009 majorée d'un intérêt de 5% l'an dès le 26 juin 2015.

La demande est rejetée pour le surplus à l'encontre de la défenderesse subsidiaire.

Enfin, la demande est rejetée en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse principale.

15. Le demandeur obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
16. La défenderesse principale n'a pas droit à l'allocation de dépens. En effet, selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4 ; cf. également art. 73 al. 2 LPP). Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef.
17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP; art. 89H al. 1 LPA-GE).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement en tant qu'elle est dirigée contre la CAISSE DE PENSION PRO.
3. Condamne la CAISSE DE PENSION PRO à payer au demandeur une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009, avec intérêt à 5% dès le 26 juin 2015.
4. Condamne la CAISSE DE PENSION PRO à verser au demandeur une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Rejette la demande pour le surplus en tant qu'elle est dirigée contre la CAISSE DE PENSION PRO.
6. Rejette la demande en tant qu'elle est dirigée contre la FONDATION COLLECTIVE LPP D'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SUR LA VIE.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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