

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4025/2015

ATAS/989/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 novembre 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

demandeur

contre

CIEPP - CAISSE INTER-ENTREPRISES DE PREVOYANCE
PROFESSIONNELLE, sise rue de Saint-Jean 67, GENÈVE

défenderesse

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : le demandeur, l'assuré ou le patient) a été engagé par la B_____ (B_____, ci-après : l'employeur) en date du 1^{er} juin 2008 en tant que secrétaire patronal, affilié à ce titre pour la prévoyance professionnelle auprès de la CIEPP Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle (ci-après : la CIEPP, la caisse ou la défenderesse).
2. Le 19 septembre 2008, il a été hospitalisé aux HUG suite à une tentative de suicide, puis a été transféré à la Clinique psychiatrique de la Métairie à Nyon (ci-après : la clinique) jusqu'au 14 novembre 2008.
3. Selon la lettre de sortie des médecins de la clinique, le docteur Dr C_____ directeur médical psychiatre et psychothérapeute FMH et la Dresse D_____, médecin adjoint, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Le patient avait été hospitalisé dans les suites d'une intoxication médicamenteuse volontaire (5cp d'Imovane) associé à un état d'alcoolisation aiguë dans un contexte dépressif réactionnel à des problèmes professionnels et personnels. Sur le plan anamnestique, il est relevé que l'assuré décrit des idées dépressives en relation à des problèmes de solitude affective qu'il associe à son statut HIV diagnostiqué en 2005. Il décrit un sentiment d'insatisfaction par rapport à sa situation professionnelle actuelle. Selon lui le facteur déclencheur de sa tentative de suicide est un conflit de travail le jeudi 18 septembre 2008 au cours duquel il s'est senti dévalorisé. Il travaille comme secrétaire aux syndicats patronaux depuis huit (sic !) mois, après avoir travaillé dans les relations publiques, puis comme gérant administratif d'une radio. Antécédents psychiatriques personnels : deux tentamens non pris en charge, intoxication médicamenteuse volontaire 2005 et veinosection en mars 2008. Le patient ne signale pas de comportements addictifs. À son admission, on note un traitement à base de Cipralex 6 2cp/jour depuis deux ans, prescrits par la doctoresse E_____, spécialiste FMH médecine interne et maladies infectieuses, qui le suit depuis 2005 pour une séropositivité HIV stabilisée sous trithérapie. Sur le plan médico-chirurgical on signale en outre une fasciite nécrosante en 2006, antécédents d'hépatite B guérie et une syphilis primaire traitée. Tabagisme : 2 paquets par jour. Status psychiatrique à l'admission : bonne orientation temporo-spatiale, discours cohérent et structuré, absence d'éléments de la lignée psychotique. Contacts non réticents. Thymie triste. Anhédonie. Sentiment de dévalorisation. Absence d'idéation suicidaire actuelle avec critique autolytique du geste. L'évolution clinique a été favorable durant l'hospitalisation. Un traitement antidépresseur à base d'Efexor associé à un traitement anxiolytique à base de Xanax en cas d'anxiété. Le travail psychothérapique a été centré sur une revalorisation narcissique. Sensibilité marquée ou remarques négatives des autres et labilité thymique. Défense du patient : celui-ci décrit la présence d'angoisses de type phobies sociales depuis le début de l'âge adulte, moyennement compensées à travers des conduites d'évitement. Non

satisfait dans son travail actuel il envisage un changement d'orientation professionnelle.

4. Le cas a été annoncé à la Zurich Assurances, assureur perte de gain maladie de l'employeur qui a versé des indemnités journalières.
5. Le 12 novembre 2008, il a reçu un courrier de licenciement de son employeur, pour le 31 décembre 2008.
6. Annoncé à l'AI, par l'assureur perte de gain maladie, le 24 avril 2009, dans le cadre d'une détection précoce, il a été invité, par courrier du 24 juin 2009, à déposer une demande auprès de l'OAI ; ce qu'il a fait le 1^{er} juillet 2009.
7. Par courrier du 11 février 2014, l'OAI a adressé un projet d'acceptation de rente à l'assuré, copie de cette décision étant également notifiée à la CIEPP ainsi qu'aux autres assureurs sociaux ou perte de gain maladie, et n'a fait l'objet d'aucune contestation. Depuis le 19 septembre 2008 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré est considérablement restreinte. Dès le 1/12/2009 et jusqu'au 28/2/2011 l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité basée sur le taux de 87 % ; du 1/3/2011 au 31/8/2013, il a droit à une rente entière d'invalidité basée sur le taux de 100 % ; depuis le 1/9/2013 la rente entière d'invalidité est basée sur le taux de 72 %.
8. Le 20 février 2014, l'assuré a adressé une demande de prestations invalidité à la CIEPP.
9. Une décision conforme au projet de décision du 11 février 2014 a été rendue par l'OAI le 16 avril 2014.
10. Après plusieurs courriers, et un entretien le 6 mars 2015 entre l'assuré, alors représenté par un conseil, et la CIEPP, plusieurs échanges de correspondance sont encore intervenus entre les parties, notamment le 7 mai 2015 : la CIEPP, répondant à un courrier lui demandant de communiquer à l'assuré sa position dans ce dossier, demandait préalablement que lui soient communiquées par écrit les explications/informations ainsi que tout document en lien avec le tentamen du mois de mars 2008.
11. Le 6 novembre 2015, l'assuré a indiqué à la CIEPP qu'il n'était désormais plus représenté par un conseil, et qu'il lui communiquait ainsi, pour répondre de manière définitive aux questions posées par la caisse trois documents :
 - une attestation de MM. F_____ et G_____, respectivement ancien président du conseil d'administration de H_____ SA (H_____), certifiant que le demandeur avait été employé en tant qu'administrateur par H_____ jusqu'au 31 décembre 2007. Des raisons strictement économiques avaient conduit le conseil d'administration à mettre un terme aux activités de l'intéressé auprès de H_____. Les soussignés lui avaient toutefois confié un mandat pendant le premier trimestre 2008, pour le recouvrement de créances ouvertes en faveur de H_____ SA. Durant sa période d'activité à ou en faveur de H_____,

l'intéressé avait agi de manière consciencieuse et professionnelle et le conseil d'administration s'est toujours félicité de la qualité de son engagement et de son travail ;

- un courrier du 19 mai 2015 de la Dresse E_____ à son patient, lui confirmant ne pas avoir d'arguments médicaux pouvant lui faire suspecter qu'il n'était pas en pleine capacité de travail au mois de mars 2008 ;
- un courrier du 8 juin 2015 de M. I_____ président de J_____ (J_____) au demandeur, confirmant à ce dernier qu'il avait particulièrement apprécié la collaboration avec lui entre juin et septembre 2008. En plus de la qualité et la rapidité de son travail, le comité avait également remarqué son amabilité et sa courtoisie. Ces commentaires concernaient tout autant les activités déployées auprès de J_____ qu'au sein de la K_____ (K_____) dont il était également en charge. Concernant la K_____ il tenait à souligner à titre personnel qu'il ne débordait jamais de son rôle de secrétaire patronal tout en faisant part de ses bons conseils. Ceux-ci avaient entre autres évité que la convention collective qui arrivait à l'époque à échéance soit caduque. Ils auraient aimé pouvoir continuer à collaborer avec lui, après septembre 2008, malheureusement son état de santé ne lui permettait plus de tels engagements.

En conclusion, l'assuré demandait à la CIEPP de lui faire parvenir un décompte précis dans les sept jours, et de verser les montants dus sur son compte bancaire, à défaut de quoi il saisirait les tribunaux compétents.

12. Enfin, le 17 novembre 2015, l'assuré constatant qu'aucune réponse n'avait été donnée à son courrier précédent, a indiqué qu'à défaut d'une réponse par retour fax, il se verrait contraint de déposer une demande en paiement auprès de la chambre de céans.
13. En date du 18 novembre 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'une demande en paiement d'une rente invalidité à l'encontre de la CIEPP). Il a conclu à ce que la défenderesse soit condamnée à payer son dû depuis le 1^{er} décembre 2009 avec intérêts à 5 %.
14. Par courrier du 19 novembre 2015, la chambre de céans a adressé copie de la demande à la CIEPP en l'invitant à lui faire parvenir sa réponse et son dossier d'ici au 17 décembre 2015.
15. Par courrier du 4 décembre 2015, la défenderesse s'est adressée à la chambre de céans, sollicitant, d'entente avec le demandeur, la suspension de la procédure jusqu'au 25 février 2016, des discussions étant actuellement en cours.
16. Par ordonnance du 17 décembre 2015, le président de la chambre de céans a suspendu l'instruction de la cause, et réservé la suite de la procédure.
17. Par courrier du 22 décembre 2015, le demandeur se référant à l'ordonnance susmentionnée, a sollicité la reprise de la procédure, considérant qu'au vu de la teneur des entretiens qu'il avait eus avec des représentants de la défenderesse les

10 et 21 décembre 2015, cette demande de suspension n'apparaissait que comme une mesure dilatoire de la part de la défenderesse.

18. Sur quoi l'instruction de la cause été reprise par ordonnance du 8 janvier 2016, un délai étant imparti à la défenderesse au 1^{er} mars 2016 pour répondre à la demande et produire son dossier.
19. Par mémoire-réponse du 1^{er} mars 2016, la défenderesse a principalement conclu au déboutement du demandeur de toutes ses conclusions et subsidiairement, si la compétence de la défenderesse devait être reconnue pour la prise en charge de ce cas d'invalidité, dire que le début du droit à la rente et le montant de celle-ci devraient être fixés en application des dispositions réglementaires de la défenderesse.

Répondant aux allégués du demandeur, la défenderesse a précisé que ce dernier a été assujetti à la CIEPP du 1^{er} juin au 31 décembre 2008, dans le cadre du plan Optima. Il présente des troubles dépressifs depuis l'enfance et a fait trois tentatives de suicide entre 2005 et 2008, plus une durant l'enfance. Il n'était pas nécessaire qu'elle recourût contre la décision AI pour contester sa compétence pour la prise en charge de ce cas d'invalidité, la décision de l'assurance-invalidité ayant d'ailleurs été rendue dans le cadre d'une demande tardive au sens de l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). Avant d'être en mesure de prendre position sur ce dossier en toute connaissance de cause, la défenderesse avait dû préalablement procéder à une instruction détaillée. Les renseignements demandés à l'intéressé en mars 2015 n'avaient reçu réponse que par courrier du 6 novembre 2015, le demandeur ayant saisi la justice douze jours après.

S'agissant de l'assujettissement du demandeur auprès de la CIEPP, et de son état de santé pendant les années précédant cette affiliation, la défenderesse a observé que depuis 2003 les revenus du demandeur provenaient essentiellement de son statut d'indépendant. Le mandat qui le liait alors à la H_____ avait été rompu en novembre 2007. Depuis lors, l'assuré s'était trouvé sans revenu. Il ressortait d'ailleurs de l'évaluation médicale du 12 février 2009 du Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mise en œuvre par le Centre d'expertise médicale CEMED SA à la demande de l'assureur perte de gain maladie du demandeur, que durant sept à huit mois le demandeur était resté sans activité jusqu'au mois de mai 2008. Le demandeur avait subi un premier épisode dépressif en relation avec une première tentative de suicide; un second épisode en 1997; un troisième épisode dépressif avec une deuxième tentative de suicide en 2005 à la découverte de sa séropositivité HIV. Depuis cette époque il a reçu du Ciprex et du Xanax contre ses troubles dépressifs, prescrits jusqu'à la fin de l'année 2008 par son médecin traitant, la Dresse E_____. En 2008, l'assuré a présenté un nouvel épisode dépressif avec de nouvelles tentatives de suicide, la première en mars 2008, soit moins de trois mois avant son assujettissement à la CIEPP, et la seconde en septembre 2008. Lors de l'expertise du 8 avril 2009, le demandeur avait également précisé au Dr L_____, avoir présenté des épisodes d'anxiété paroxystique durant

les six mois qui ont précédé sa tentative de suicide du mois de septembre 2008. Le demandeur a toujours minimisé les problèmes de santé liés à sa dépression. Selon le résumé du suivi psychothérapeutique de la clinique La Métairie, du 18 novembre 2008, « (le patient) n'a jamais initié de travail thérapeutique alors qu'il reconnaît en avoir besoin. Il a tendance à banaliser les événements difficiles de sa vie. » La thérapeute a également mis en évidence que « souffrant de dépression depuis plusieurs années, il dit avoir cherché à résoudre le problème par lui-même ». Il ressort ainsi de ce document que l'assuré n'avait accepté d'aide spécifique qu'après la tentative de suicide du mois de septembre 2008, étant rappelé que ce tentamen avaient été précédé de trois autres (1979, 2005 et mars 2008). Dans cet esprit de déni quant à la gravité de ses problèmes de santé, le demandeur n'a pas sollicité de suivi spécialisé lors de sa troisième tentative de suicide en mars 2008. D'ailleurs l'existence de ce tentamen ne figure pas dans les pièces du dossier AI. Il n'a jamais non plus été mentionné par le médecin traitant du demandeur, questionné par la défenderesse. Il ne fait aucun doute, selon la défenderesse, que ce tentamen a eu un impact important sur la capacité de travail du demandeur. En effet, l'état psychique dans lequel il se trouvait étant tel qu'il a tenté de mettre fin à ses jours, il ne fait aucun doute que le demandeur n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. D'ailleurs, interrogé à ce sujet par le médecin-conseil de la défenderesse le 10 décembre 2015, le demandeur a confirmé qu'il n'aurait pas été en mesure de travailler en raison de ce tentamen. Le demandeur n'était alors pas sous contrat de travail et ne percevait pas d'indemnités de chômage. Dans ces conditions il n'avait pas de justificatifs à fournir sur sa capacité de travail. On ne saurait admettre la valeur de l'attestation de la Dresse E_____ du 19 mai 2015, produite par le demandeur, selon laquelle elle n'aurait pas d'arguments médicaux pouvant lui faire suspecter que le patient n'était pas en pleine capacité de travail au mois de mars 2008. Interrogé par la défenderesse dans le cadre de l'instruction du dossier, ce médecin n'a, dans un premier temps pas déclaré spontanément avoir traité le demandeur pour état dépressif ni lui avoir prescrit des médicaments en lien avec ce problème de santé. Il s'avère toutefois que pendant cette période elle avait prescrit au demandeur des médicaments ayant pour but de soigner la dépression. Quant à l'état de santé du demandeur lors de son assujettissement, deux mois après le tentamen de mars 2008, l'assuré a tenté de reprendre une activité professionnelle pour laquelle il était assujetti à la défenderesse dès le 1^{er} juin 2008. Moins de quatre mois après le début de son assujettissement, le demandeur a fait une quatrième tentative de suicide en septembre 2008, mettant un terme définitif à sa tentative de reprise d'une activité professionnelle. L'ensemble des renseignements médicaux complémentaires demandés par la défenderesse aux HUG, à la clinique La Métairie, à l'assureur-maladie du demandeur, ainsi qu'à sa pharmacie ont permis de mettre en évidence l'incapacité de travail du demandeur lors de l'assujettissement, compte tenu de l'existence de troubles dépressifs depuis de nombreuses années avec plusieurs tentatives de suicide ; d'une tentative de suicide en mars 2008, soit moins de trois mois avant le début de l'assujettissement à la défenderesse ; les déclarations

du demandeur selon lesquelles il ne disposait pas de ses capacités de travail lors du tentamen de mars 2008 ; les déclarations du demandeur selon lesquelles il présente des épisodes d'anxiété paroxystique depuis le début du printemps 2008, soit avant le début de son assujettissement à la défenderesse ; la tentative de reprise de travail échouée. Alors que l'instruction du dossier du demandeur était en cours, ce dernier a déposé la présente demande en justice en date du 18 novembre 2015.

Pour qu'une institution de prévoyance soit tenue à prestations, il faut qu'il existe entre l'incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité matérielle et temporelle. Si la condition de connexité matérielle est indéniablement remplie, tel n'est toutefois pas le cas de la connexité temporelle. Au vu des éléments du dossier, le demandeur ne disposait pas de sa capacité de travail en mars 2008, l'avis de son médecin traitant n'est à cet égard pas crédible, ayant fait preuve d'un manque d'impartialité tout au long de l'instruction du dossier. Il est d'autre part en contradiction avec la déclaration même du demandeur qui a indiqué au médecin-conseil de la défenderesse qu'il n'était pas capable de travailler lors du tentamen de mars 2008. L'attestation du médecin traitant de mai 2015 a d'autre part été établie alors que le litige entre les parties était latent. Suite aux tentamens de mars 2008 l'assuré a tenté de reprendre une activité professionnelle dès le 1^{er} juin 2008, mais cette tentative n'a été que temporaire puisque moins de 4 mois après le début de celle-ci, l'assuré a fait un nouveau tentamen en septembre 2008. Il a accepté dès cette date un suivi spécialisé. Ainsi, la tentative de reprise de l'activité entre juin et septembre 2008 n'a pas rompu le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail débuté avant juin 2008 et l'invalidité puisqu'il ne s'agissait que d'une simple tentative de reprise qui ne pouvait pas être à l'évidence durable. Force est ainsi de constater que la défenderesse n'est pas compétente pour la prise en charge de l'invalidité du demandeur. Quand bien même la décision de l'assurance-invalidité du 16 avril 2014 fixe le début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité en septembre 2008, cela ne se ne signifie pas pour autant que la caisse compétente soit forcément celle auprès de laquelle le demandeur était assujetti en septembre 2008. En tant qu'il s'agit d'une demande tardive au sens de l'art. 29 LAI, la défenderesse n'est pas tenue par les constatations et appréciation de l'OAI. Conformément à l'abondance doctrine et jurisprudence en matière de définition de la prise en charge du cas d'invalidité entre deux institutions de prévoyance et plus singulièrement au regard de la connexité temporelle, l'ancienne institution de prévoyance est seule compétente pour la prise en charge d'un cas d'invalidité tant que le lien de connexité temporelle n'a pas été rompu. Ce lien n'est jamais rompu tant que subsiste une incapacité de travail de 20 % au moins.

20. A l'appui de sa réponse, la défenderesse a produit divers documents médicaux :

- rapport d'évaluation médicale du 12 février 2009 du CEMED SA (Dr L._____) à l'attention de la Zurich Assurances : l'expert a posé le diagnostic justifiant l'incapacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec syndrome somatique (F33.11). Sur le plan anamnestique, l'assuré est en arrêt de

travail depuis le 19 septembre 2008 à la suite d'une tentative de suicide. Avant cette tentative, il n'y avait pas eu de prise en charge psychothérapeutique. Hospitalisé à la Métairie à sa demande jusqu'au 14 novembre 2008, on lui a prescrit lors de son séjour du Séroquel, interrompu au profit de l'Efexor 300 mg par jour, en plus du Zolpidem et du Xanax en réserve, que l'assuré ne prend pas. Les entretiens ont eu lieu façon hebdomadaire chez le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'évolution est très fluctuante. Dans l'ensemble il évite les contacts, supporte mal le bruit et la présence d'autres personnes. Il arrive quelque peu à se mobiliser grâce à son chien. Depuis 2005, la situation est plus difficile pour lui en raison de problèmes somatiques. En novembre 2007, il perd son emploi d'administrateur d'une radio. Durant sept à huit mois il reste sans activité jusqu'au mois de mai 2008. Il est alors engagé comme secrétaire par la FER. En septembre 2008, il est victime de propos désobligeants de la part d'un cadre de cette institution. Le soir-même il fait une tentative de suicide. Il n'y a pas eu, de la part de cette personne, de comportements agressifs répétés. Quant aux plaintes subjectives de l'expertisé, celui-ci manque d'énergie, en a « ras-le-bol », a des problèmes de concentration ce qui rend la lecture difficile. La mémoire lui revient progressivement ; il n'y a pas de ralentissement psychomoteur mais l'assuré se fatigue très vite. Il présente quelques ruminations. Il est angoissé à l'idée que cette amélioration s'atténue depuis sa sortie de clinique, mais déjà auparavant il avait présenté des épisodes d'anxiété paroxystique durant les six mois qui ont précédé sa tentative de suicide. Il n'y a pas véritablement de cognition agoraphobie. L'assuré est plutôt extraverti. Actuellement il se sent moins capable de s'affirmer. Il n'y a pas d'éléments d'anxiété généralisée ni de doute pathologique. Pas de troubles de perception ni d'idées délirantes. Il est quelque peu émotif mais ceci est en atténuation. Il ressent une fatigue assez marquée, avec une tendance à s'endormir en début d'après-midi. Les affects sont plutôt neutres. Il y a une certaine anhédonie, mais ce n'est pas marqué, l'assuré reprend plaisir à faire de la peinture. Il ressent parfois un sentiment de culpabilité et surtout de dévalorisation. Il présente encore des idées noires mais pas d'idées suicidaires. Il avait déjà fait une première tentative de suicide en 2005. Le sommeil est conservé sous traitement, malgré des réveils nocturnes, l'assuré peut se rendormir sans trop de difficultés. L'appétit est diminué, tout comme la libido. L'assuré se décrit un peu cyclique (« je suis du signe du cancer ») il a des phases d'activité plus marquée, mais on ne retrouve toutefois pas les signes caractéristiques d'une phase maniaque ou hypomaniaque. Quant aux constatations médicales, l'assuré est ponctuel à son rendez-vous, il se déplace sans difficulté ; il présente quelques troubles cognitifs et notamment de concentration et de mémoire. On constate un ralentissement psychomoteur. L'assuré apparaît triste. Il semble assez fragile (fragilité narcissique). Il se livre avec une certaine méfiance et ne présente pas d'éléments psychotiques. Du point de vue médical il y a un épisode dépressif antérieur à 2005, également

avec une tentative de suicide. L'assuré s'est dit très réticent à bénéficier d'un suivi. Depuis sa récente tentative de suicide et son séjour en milieu hospitalier il a accepté l'idée d'une prise en charge psychothérapeutique. Il bénéficie actuellement d'entretiens hebdomadaires et d'un traitement pharmacologique assez conséquent. Du point de vue de son parcours de vie, l'assuré est né à Genève. L'enfance s'est bien déroulé, ses parents sont toujours en vie, il est issu d'une fratrie de trois. Il a quitté la maison en 1998. Actuellement il est célibataire. En guise de commentaire, l'expert a notamment observé que la prise en charge psychothérapeutique actuelle était adéquate. Le suivi semble bien investi. Il a été procédé à un monitoring thérapeutique (dosage médicamenteux), dont les résultats n'étaient pas encore à disposition moment du rapport. A terme le pronostic est favorable, mais il est compliqué par une personnalité qui paraît quelque peu pathologique (très probables traits narcissiques). Quant à la capacité de travail, une reprise de travail au moins à 50 % devrait avoir lieu au début du mois d'avril. Si cela ne se réalisait pas une réévaluation de la situation serait indiquée ;

- un rapport du Dr M_____ du 20 juillet 2009 à l'intention de l'OAI : il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11), depuis l'enfance (traitée depuis 2005) ; HIV (voir médecin généraliste traitant) depuis 2005. Le patient est en traitement ambulatoire régulier hebdomadaire à long terme à son cabinet depuis le 19 novembre 2008. Il rappelle l'hospitalisation aux HUG et à la Clinique de la Métairie, de septembre à novembre 2008. Sur le plan anamnestique, l'intéressé, né le 29 juin 1968, est le cadet d'une fratrie de trois. L'enfance dans le cadre familial est sans particularité. Elle est solitaire, souffre-douleurs, avec « difficultés relationnelle s », mal-être dans le cadre scolaire avec baisse de l'humeur progressive. Il n'a pas de loisirs en groupe mais pas d'angoisse de séparation ou de timidité. Ses problèmes ont été constatés par les parents, au point que le père disait à son fils : « *Ne parle pas de suicide devant ta mère* ». Dès 1979, en raison de ses difficultés, il a été placé en école privée jusqu'en 1983, fin de la scolarité obligatoire. Il a fait une première tentative de suicide dans le Bois-de-la-Bâtie. Baisse de l'humeur avec troubles du sommeil, de l'appétit, manque de concentration, manque d'intérêt, « ennui » sévère. Ce premier épisode dépressif est resté non traité. De 1983 à 1987 il a fréquenté l'Ecole de commerce avec l'obtention d'un CFC avec mention. En 1986, nouvelles difficultés relationnelles dans le cadre de l'école avec changement de lieu de formation. En 1997 « ras-le-bol » caractérisé par une fatigue, découragement, manque d'intérêt ; ce deuxième épisode dépressif est resté non traité. En 1999 il quitte le domicile parental. En 2005 séropositivité HIV, troisième épisode dépressif avec deuxième tentative de suicide, constatée par le médecin traitant et traitée par antidépresseurs; 2008 nouvel épisode dépressif avec troisième tentative de suicide, suivi d'hospitalisation aux HUG puis à la Métairie. Dès le 19 novembre 2008, premier suivi psychiatrique spécialisé chez

l'auteur du rapport. Quant au pronostic, depuis le début de la prise en charge en novembre 2008, le patient présente une évolution globalement légèrement favorable avec cependant des fluctuations importantes. Une reprise du travail à 30 % est possible depuis le 1^{er} juin 2009 sans augmentation envisageable actuellement. La sensibilité au stress est élevée, de même que le risque d'une nouvelle péjoration. Quant à l'incapacité de travail, elle est de 100 % depuis le 19 septembre 2008 et de 70 % depuis le 1^{er} juin 2009. Le patient a d'abord entrepris une forme de réinsertion très progressive dans un cadre privé, à raison de quelques heures par semaine, à partir d'avril 2009 dans une agence de voyages. Depuis le 1^{er} juin jusqu'au jour du rapport, il est en incapacité de travail à 30 % dans un cadre très protégé, à savoir que la grande partie du travail est effectuée à domicile avec le soutien d'une connaissance, agent de voyages professionnel indépendant. Le travail qu'effectue le patient actuellement est moins qualifié et moins rémunéré que son travail précédent. Il n'a cependant actuellement pas l'énergie ni la concentration ni la résistance d'effectuer un travail plus exigeant, tel que celui qu'il exerçait auparavant. Il a par exemple une capacité très partielle actuelle de s'occuper de ses propres affaires administratives et financières. Une capacité de travail à 50 % est envisageable dans les prochaines semaines, dans le même contexte. Des mesures de réadaptation professionnelle sont indiquées dès à présent. Il est motivé à entreprendre une formation qui dans un premier temps ne devrait pas excéder un taux de 50 % de travail. Une tentative de réinsertion pourrait être bénéfique à son état de santé. De ce point de vue il a entrepris lui-même des démarches pour une formation d'agent de voyages (diplôme IATA) qui débute fin septembre 2009. Une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail est possible à long terme. Cependant un risque de nouvelle péjoration est présent et reste élevé ;

- un résumé de séjour des HUG du 20 octobre 2008 relative à l'hospitalisation du 20 au 23 septembre 2008, suite à son tentamen de septembre 2008. Les diagnostics posés selon DSM-IV, selon Axe I : intoxication aux hypnotiques. Intoxication alcoolique aiguë. Trouble dépressif récurrent épisode actuel majeur d'intensité modérée. Axe II : trouble de personnalité non spécifié. Axe III : sida. Axe IV : néant. Axe V:65. Conversion code (CIM-10) : F13.0, F10.0, F33.1 et F 60. 9. Sur le plan anamnestique, on relève que le patient a deux antécédents de tentamens non pris en charge (une intoxication médicamenteuse volontaire en 2005, et une veinosection en mars 2008). Il est sous antidépresseurs depuis deux ans prescrits par son médecin traitant, qui le suit depuis 2005 pour une séropositivité VIH stabilisée sous trithérapie. Son traitement habituel est composé de Cipralex 10 mg par jour et Trizivir (trithérapie) un comprimé deux fois par jour. Célibataire, homosexuel travaillant comme secrétaire aux syndicats patronaux depuis huit mois, après avoir travaillé dans les relations publiques puis avoir géré une radio. Il n'est pas satisfait de sa situation professionnelle actuelle. Son HIV est connu depuis 2005, apparu dans le

contexte d'une relation sexuelle. Depuis, il n'a plus eu de vraie relation de couple, a régulièrement des idées noires. Le jeudi 18 septembre 2008 il s'est senti dévalorisé dans son travail et c'est dans ce contexte qu'il explique avoir fait un bilan de vie négatif et décidé de mourir. Il est découvert le lendemain par sa femme de ménage qui prévient son meilleur ami. En réalisant qu'il est toujours vivant malgré son geste, il déclare qu'une chance lui est peut-être donnée de changer certaines choses, en tout cas sur le plan professionnel. Son status à la sortie: de présentation calme il est collaborant et orienté. Sa thymie et ses anxiétés sont meilleures, il n'a pas d'idéation suicidaire actuelle et critique son geste ; son état thymique reste encore fragile et s'il se sent moins pessimiste sur son avenir, il souhaite une mise à distance de son milieu de vie actuelle. Il ne présente pas d'éléments délirants ni dissociatifs. Le cadre de l'hospitalisation a permis tant une mise à distance des idéations suicidaires, qu'une confrontation à un vécu dépressif ancien. Au travers de l'intervention de crise, il a pu revenir sur les facteurs déclenchants de son geste (conflits au travail avec une association), ainsi que sur les facteurs anciens entretenant une mauvaise estime de lui-même. Il a rapidement formulé la demande de pouvoir poursuivre les soins à la clinique de la Métairie et a accepté une modification de son traitement antidépresseur ;

- une copie de la lettre de sortie de la clinique La Métairie du 20 novembre 2008 adressé au médecin-conseil de la défenderesse ;
- des relevés de prescriptions médicamenteuses fournies par la Pharmacie de la Plaine, de fin novembre 2007 à juillet 2008, ainsi qu'un détail des prescriptions concernées avec le nom du médecin prescripteur ;
- un courrier de questionnement de la défenderesse à la Dresse E_____, comprenant les réponses manuscrites aux diverses questions : il en ressort que le demandeur a été en consultation auprès de son médecin traitant à raison d'une fois tous les trois mois environ, pendant la période du 1^{er} octobre 2007 au 30 juin 2008, pour son problème de séropositivité HIV, cette atteinte ne limitant pas l'exercice d'une activité lucrative. Le traitement administré était une trithérapie antirétrovirale. Pendant cette période, le patient a par ailleurs consulté le docteur N_____, spécialiste FMH gastroentérologie, pour une coloscopie de dépistage. Enfin, à sa connaissance le patient n'a pas eu de période d'incapacité de travail pendant cette période ;
- un rapport du SMR du 28 octobre 2013, qui pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent évoluant depuis l'âge de 15 ans dont l'épisode actuel est en rémission partielle (F 33. 4) ; troubles de la personnalité sans précision (F 60. 9). En tant que diagnostics associés non du ressort de l'AI : dysthymie. Troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, utilisation occasionnelle. Ce rapport situe le début de la longue maladie à septembre 2008 la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle est de 0 % et dans une activité adaptée de 30 % dès le mois de juin 2009 et de 0 % d'avril 2010

jusqu'en mai 2013 50 % d'juin 2013. Le début de l'aptitude à la réadaptation se situe au 1^{er} juin 2009. Les limitations fonctionnelles sont fatigue et fragilité psychique, impliquant une capacité d'adaptation et une tolérance au stress diminuée. L'assuré craint les relations interpersonnelles dans le cadre professionnel. Fragilité psychique et faible tolérance au stress dans une activité indépendante.

21. Le demandeur a répliqué par courrier du 21 mars 2016. La défenderesse présente à de nombreuses reprises les extraits de rapports médicaux ayant été écrits postérieurement à sa demande en paiement. Ceux-ci insistent sur son incapacité de travail après son emploi auprès de la B_____ et non avant. La défenderesse prétend que son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle depuis de nombreuses années, alors qu'il en a toujours eue. Du reste elle persiste à nier, malgré les preuves apportées dans son courrier du 6 novembre 2015 et annexes, qu'il avait une activité professionnelle continue jusqu'en mars 2008 et n'a donc eu qu'un mois de « disponibilité » ce terme devant être relativisé dans la mesure où pendant le mois d'avril il a fait de très nombreuses recherches dès lors que c'est à partir du mois de mai qu'il a eu ses premiers contacts avec la B_____ avec qui il signait son contrat de travail le 15 mai 2008. Ce contrat a parfaitement été respecté puisqu'il était confirmé dans ses fonctions à la fin des trois mois d'essai. Enfin l'événement du mois de mars 2008 auquel la défenderesse fait référence n'a fait l'objet ni d'hospitalisation ni même de visite médicale. Un léger « passage à vide » au moment où il s'est abruptement retrouvé sans activité professionnelle et sans droits au chômage ne permet pas de conclure à une incapacité de travail permanente. De nombreux reproches sont faits à son médecin traitant, son impartialité aussi bien que ses compétences étant mises en doute à plusieurs reprises par la défenderesse remarquant que ce médecin traitant n'est pas spécialiste des maladies psychiatriques. La même question pourrait être soulevée par rapport à la spécialisation du médecin-conseil de la défenderesse, spécialiste FMH en néphrologie. Il a persisté dans ses conclusions.
22. La défenderesse a persisté dans ses conclusions par écriture du 14 avril 2016. La plupart des rapports médicaux qu'elle a produits en procédure ont été rédigés avant la demande en paiement et non après. Quoi qu'il en soit la date de rédaction des pièces produites ne modifie en rien les conclusions qu'il convient d'en déduire et qui sont décrites dans le mémoire de réponse du 1^{er} mars 2016, savoir que le demandeur présentait une atteinte à la santé incapacitante avant son assujettissement à la défenderesse. Le demandeur indique par ailleurs avoir une activité professionnelle continue jusqu'en mars 2008, en invoquant l'attestation signée le 9 juin 2015 par les anciens dirigeants de H_____. Cette attestation ne permet pas de déduire qu'une réelle et complète activité lucrative aurait été déployée durant le premier trimestre 2008. On rappellera d'ailleurs à ce sujet que le Dr L_____ a rapporté que le demandeur était sans activité durant sept à huit mois jusqu'en mai 2008 et que l'extrait du CI ne mentionne pas l'existence d'un revenu en

lien avec ce mandat. Le fait qu'un mandat ait été confié au demandeur pendant cette période ne permet pas de conclure qu'il aurait eu durant celle-ci sa pleine capacité de travail.

23. Par ordonnance du 4 octobre 2016, la chambre de céans a ordonné la production par l'OAI de son dossier.
24. L'OAI a donné suite à l'ordonnance susmentionnée par courrier du 13 octobre 2016.
25. Par courrier du 19 octobre 2016, la chambre de céans a imparti aux parties un délai pour venir consulter les pièces du dossier, et formuler des remarques éventuelles et joindre toutes pièces utiles.
26. Par fax et courrier du 20 octobre 2016, le demandeur a indiqué à la chambre de céans que le dossier AI était déjà en sa possession et que rien dans celui-ci n'infirmerait sa position.
27. Par courrier du 7 novembre 2016, la défenderesse a indiqué ne pas avoir de remarques à formuler suite à la communication du dossier de l'assurance-invalidité. Elle a persisté dans ses précédentes écritures et conclusions.
28. Par courrier du 9 novembre 2016, la chambre de céans a informé les parties que la suite de la procédure était réservée.
29. Hormis les renseignements déjà relevés précédemment, les éléments suivants ressortent du dossier de l'OAI apporté à la présente procédure :
 - Dans un avis du 10 mars 2010, le SMR a notamment retenu que l'assuré est en incapacité entière de travail dès le 19 septembre 2008 en raison d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, et possibles troubles de la personnalité encore à définir. Avant son incapacité durable, il occupait un poste de secrétaire patronal. Les diagnostics sont confirmés par expertise psychiatrique du 12 février 2009 effectuée par le Dr L_____. Depuis cette expertise, qui permettait de retenir une capacité de 50 %, l'assuré reste en incapacité de 70 % sans que l'on comprenne pour quelles raisons. Son traitement est correctement monitoré, mais est resté le même depuis le début des soins, alors qu'il apparaît insatisfaisant. Pour comprendre ce qu'il en est, le SMR propose un complément d'expertise par le Dr L_____.
 - Rapport d'expertise du Dr L_____ du 25 juillet 2010, ce prononçant sur l'évolution de l'état de santé de l'expertisé depuis sa précédente évaluation de 2009. Il ressort notamment au sujet des antécédents psychiatriques que l'expertisé a bénéficié d'un suivi psychiatrique après son hospitalisation à la clinique de la Métairie. Toutefois il avait bénéficié d'un traitement médicamenteux dans les années 90. Ce traitement avait été plus ou moins efficace. L'intéressé avait à nouveau bénéficié d'un traitement antidépresseur (Cipralax), après l'annonce de sa séropositivité, jusqu'à la tentative de suicide en 2008 (première hospitalisation et prise en charge par le Dr M_____. - qui avait noté l'épisode d'une veinosection en mars 2008, dans son rapport à l'intention

de l'assureur perte de gain maladie en février 2009 -, n'a pas repris cet élément à l'anamnèse, ni dans la discussion du cas ; répondant aux questions posées par l'OAI, il a indiqué que du point de vue médical il y avait une incapacité de travail (de 20 % au moins) depuis septembre 2008.

- Le SMR a sollicité, par un avis du 9 novembre 2012, un nouveau complément d'expertise auprès du Dr L_____, compte tenu d'une évolution fluctuante et dans la mesure où le psychiatre traitant faisait état, dans un rapport du 13 juillet 2012, d'une aggravation de l'état de santé depuis le début de l'année 2011.
- Dans son rapport d'expertise du 27 mai 2013, le Dr L_____, faisant la synthèse de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, depuis la tentative de suicide du 19 septembre 2008, ayant entraîné l'incapacité totale de travail, rappelle notamment dans les antécédents psychiatriques que l'expertisé a bénéficié d'un suivi psychiatrique après son hospitalisation à la clinique de la Métairie. Toutefois il avait bénéficié d'un traitement médicamenteux dans les années 90. Ce traitement avait été plus ou moins efficace. L'intéressé avait à nouveau bénéficié d'un traitement antidépresseur (Cipralex), après l'annonce de sa séropositivité, jusqu'à la tentative de suicide en 2008 (première hospitalisation et prise en charge par le Dr M_____).
- La copie du courrier de la CIEPP du 18 février 2014 sollicitant de l'OAI la copie intégrale du dossier, qui lui a été transmis par courrier du 21 février 2014.

30. Les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO – RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 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. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006; RO 2004 1700), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Elle est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'incapacité de travail se sont déroulés

postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

A défaut de disposition de la LPP le prévoyant, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 2 LPGA) en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA) qui ne concernent pas le présent litige (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1).

3. Dans le cadre de contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, la compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie. Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (ATF 128 V 254 consid. 2a, ATF 127 V 35 consid. 3b et les références). En ce qui concerne, en particulier, la notion d'institution de prévoyance au sens de l'art. 73 al. 1 LPP, elle n'est pas différente de celle définie à l'art. 48 LPP. Il s'agit des institutions de prévoyance enregistrées qui participent au régime de l'assurance obligatoire (art. 48 al. 1 LPP), avec la possibilité d'étendre la prévoyance au-delà des prestations minimales (institutions de prévoyance dites « enveloppantes »; art. 49 al. 2 LPP). Ces institutions doivent revêtir la forme d'une fondation ou d'une société coopérative, ou être une institution de droit public (art. 48 al. 2 LPP et art. 331 al. 1 CO; ATF 128 V 254 consid. 2a).

Savoir si le point litigieux est ou non l'objet d'une réglementation expresse de la LPP ou de ses dispositions d'exécution n'est toutefois pas déterminant, en ce qui concerne la recevabilité de l'action devant le tribunal cantonal ou du recours subséquent devant le Tribunal fédéral des assurances. Au contraire, les tribunaux institués par l'art. 73 LPP sont appelés à connaître aussi des litiges qui opposent une institution de prévoyance à un employeur ou à un ayant droit, même s'ils n'appellent l'application d'aucune disposition du droit public fédéral, quant au fond, et qui doivent être tranchés exclusivement au regard du droit privé, du droit public cantonal ou du droit public communal (ATF 117 V 50 consid. 1).

Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

En l'espèce, le demandeur réclame le versement d'une rente pour invalidité de la prévoyance professionnelle. La contestation porte dès lors sur une question spécifique à la prévoyance professionnelle régie par la LPP et relève par là-même

des autorités juridictionnelles mentionnées à l'art. 73 LPP. Par ailleurs, le lieu où le demandeur a travaillé en 2008 se trouve à Genève. La compétence « *rationae materiae et loci* » de la chambre de céans est ainsi établie.

4. 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). L'action déposée par la demanderesse est dès lors recevable.

5. a. Alors que dans le contentieux administratif traditionnel soit l'administration soit l'institution de droit public ou privé chargée d'exécuter la législation en la matière rend une décision pour régler un rapport de droit avec un administré ou un assuré qui peut ensuite faire l'objet d'une opposition et/ou d'un recours, la voie de l'action n'est imposée par le droit fédéral que dans le domaine de la prévoyance professionnelle (cf. ATF 112 Ia 180 consid. 2a; voir aussi ATF 129 V 450 consid. 2 et les références). L'art. 73 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant-droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier nommé par une écriture qui doit désigner les personnes recherchées, contenir des conclusions ainsi qu'une motivation; c'est elle qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige et les parties en cause (maxime de disposition; ATF 129 V 450 consid. 3.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1). L'objet du litige est donc déterminé par l'action introduite par une partie et cas échéant par l'action reconventionnelle de la ou des parties défenderesses (ATF 141 V 170 consid. 3; ATF 135 V 23 consid. 3.1; ATF 129 V 452 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 91/05 du 17 janvier 2007 consid. 2.1).

b. En l'espèce, selon les conclusions de la demande, le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse est tenue d'allouer au demandeur la rente d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle à laquelle il prétend, singulièrement de déterminer la date du début de l'incapacité de travail, le principe de l'invalidité entière du recourant ne faisant pas l'objet de contestation dans le cadre de cette procédure.

Au stade du projet de décision d'octroi de rente de l'OAI – puis de la décision d'octroi de rente conforme au projet -, la CIEPP n'a pas élevé la moindre contestation.

c. Selon l'art. 10 LPP l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (al. 1) et se termine (notamment) en cas de dissolution des rapports de travail (al. 2); 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 (al. 3).

d. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de

prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) déterminent les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

e. En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux art. 23 ss LPP.

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

L'art. 24 al. 1 LPP précise que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins.

En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions statutaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (al. 2).

D'après l'art. 29 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al.1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

f. La prévoyance professionnelle assure les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité. L'incapacité de travail en tant que telle ne constitue en revanche pas un risque assuré par la prévoyance professionnelle. La survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, n'est déterminante selon l'art. 23 LPP que pour la question de la durée temporelle de la couverture d'assurance (ATF 138 V 227 consid. 5.1). 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 (ATF 136 V 65 consid. 3.1; ATF 123 V 262 consid. 1a). L'obligation de prester en tant que telle ne prend naissance qu'avec et à partir de la survenance de l'invalidité et non pas déjà avec celle de l'incapacité de travail. Cette incapacité ne correspond donc pas au cas de prévoyance, qui ne se produit qu'au moment de la survenance effective de l'événement assuré, en cas de décès ou d'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 35 consid. 5). La survenance du cas de prévoyance invalidité coïncide dès lors du point de vue temporel avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP; ATF 134 V 28 consid. 3.4.2 et ATF 135 V 13 consid. 2.6). Ce droit prend naissance au même moment que le droit à une rente de l'assurance-invalidité pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ATF 123 V 269 consid. 2a), et pour la prévoyance plus étendue lorsque la notion d'invalidité définie par le règlement correspond à celle de l'assurance-invalidité (ATF 138 V 227 consid. 5.1). A cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 19/06 du 31 mai 2007 consid. 3).

g. Dans la règle, selon la jurisprudence, le moment de la survenance de l'incapacité de travail significative pour la prévoyance professionnelle doit être prouvé en temps réel au degré de la vraisemblance prépondérante, cette preuve ne pouvant être remplacée par des suppositions a posteriori et des considérations spéculatives. Cette incapacité de travail doit être attestée médicalement. L'incapacité de travail médico-théorique établie rétroactivement seulement après des années ne suffit pas. (notamment 9C_735/2010; 9C_353/2010, et les références qui sont citées). La jurisprudence admet toutefois quelques rares exceptions à ce principe, notamment dans le cas de maladies évolutives rares, telle la maladie Chorea Huntington, diagnostiquée tardivement, mais dont les effets se sont déjà manifestement fait sentir dans le passé, dans le cadre d'une dégradation progressive de la capacité de travail (ATF 9C_162 /2013). Encore faut-il que, de façon évidente, les symptômes de telles causes d'incapacité de travail est pu être de façon évidente constatée sur le lieu de travail (voir également ATAS/316/2016 du 25 avril 2016).

Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (ATF 136 V 65 consid. 3.2; ATF 123 V 262 consid. 1b; ATF 120 V 112 consid. 2b.).

6. a. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. 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). 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 129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid. 2a). Pour que l'institution de prévoyance, qui dispose d'un

droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, soit liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, il faut que l'institution de prévoyance ait été valablement intégrée à la procédure (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2; ATF 130 V 270 consid. 3.1; ATF 129 V 73 consid. 4.2). L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1 consid. 3). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. 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 consid. 4.2.2).

b. D'après la jurisprudence valable avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la 5^{ème} révision de la LAI (ATF 140 V 470 consid. 3.2 et 3.3), il y a lieu d'interpréter l'art. 26 al. 1 LPP en ce sens que le renvoi aux « dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) » applicables par analogie pour fixer la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle vise uniquement l'art. 29 LAI, à l'exclusion de l'art. 48 al. 2 LAI (ATF 132 V 159 consid. 4.4.2).

c. Selon le Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5e révision de l'AI) du 22 juin 2005, la notion d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire correspond à celle du premier pilier. En effet, selon l'art. 26, al. 1, LPP (RS 831.40), les dispositions de la LAI, en particulier l'art. 29 LAI, s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend – expressément ou par renvoi – la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 115 V 208, 123 V 271, 126 V 311). En raison de cette étroite relation entre les premier et deuxième piliers, la LPGa a introduit l'obligation, pour l'office AI, de notifier sa décision à l'institution de prévoyance professionnelle compétente si la décision concerne son obligation d'allouer des prestations (art. 49, al. 4, LPGa et 'art. 76, al. 1, let. i, du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI]). Les institutions de prévoyance pourront ainsi faire opposition aux décisions de l'AI qu'elles considèrent comme injustifiées. Avant l'entrée en vigueur de la LPGa, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que les organes de l'AI sont tenus de communiquer d'office les décisions de rente aux institutions de prévoyance intéressées et qu'à défaut, la fixation du taux d'invalidité (principe, étendue matérielle et temporelle) par les organes de l'AI ne lie pas les institutions de prévoyance (ATF 129 V 73). Comme les prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire sont basées sur celles du premier pilier, il est indispensable d'avoir une coordination entre la LPP et la LAI. C'est pourquoi la 1^{re} révision de la LPP a

introduit le quart et le trois-quarts de rente pour assurer une harmonisation avec la 4e révision de l'AI (FF 2005 4215 p.4252).

7. Le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt 9C_620/2012 -, qu'ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP, il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait... Toutefois la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 50/99 du 14 août 2000 consid. 2b). (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.2 e 2.3).

8. En l'espèce le règlement de prévoyance de la CIEPP (ci-après : le règlement) applicable au présent litige est celui valable au 1.1.2007, produit par le demandeur à l'appui de sa demande, et s'agissant de la prévoyance plus étendue (part surobligatoire) les dispositions du plan Optima. Ce règlement contient notamment les dispositions suivantes:

L'article 36 ch. 1 prévoit que la naissance du droit à la rente d'invalidité est régi par les correspondants de l'AI.

L'article 37 chiffre 1 prévoit que la rente d'invalidité et la rente complémentaire sont allouées proportionnellement au degré d'invalidité reconnue par l'AI.

Les articles 65 et suivants consacrent les spécificités du plan Optima.

Selon l'article 65, ce plan offre une prévoyance très étendue avec des prestations en cas d'invalidité et de décès exprimés en pour cent du salaire assuré (primauté des prestations). Il est basé sur un taux de cotisation uniforme. L'assuré est couvert pour les prestations de vieillesse, invalidité et de décès dès l'affiliation.

L'article 66 ch. 1 précise que le salaire assuré pour l'épargne est égal au salaire déterminant, limité à 3,5 fois le salaire annuel maximum selon la LPP pour les risques de décès et d'invalidité.

L'article 69 ch. 1 précise que la rente d'invalidité est égale à 50 % du salaire assuré au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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 LPGA), 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. A 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

- 10.** 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).

11. 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 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

12. a. Dans le cas d'espèce, il résulte de ce qui précède que l'élément essentiel pour la solution du litige est la détermination de la date du début de l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité du demandeur.

b. Dans la règle, lorsque la date du début de l'incapacité de travail, mais également le taux d'invalidité a été déterminé par l'OAI, ceux-ci lient l'assureur de la prévoyance professionnelle s'il a été amené à participer à la procédure de l'assurance-invalidité, ce qui dans le cas particulier fut le cas.

En l'occurrence, la question du taux d'invalidité retenu par l'OAI ne fait pas débat entre les parties : par décision du 16 avril 2014, l'OAI a notifié la décision de rente simple ordinaire entière à l'assuré, retenant que, selon les documents médicaux à disposition (et plus particulièrement les rapports d'expertise médicale des 8.04.2009, 25.7.2010 et 27.5.2013) l'atteinte à la santé de l'assuré a entraîné une incapacité de travail à 100% depuis le 19 septembre 2008. En tout état, le taux retenu par l'AI étant de toute manière supérieur à 70 %, il dépasse le seuil donnant droit à une rente entière, tant dans le système de l'assurance-invalidité que dans celui de la prévoyance professionnelle.

c. Il est admis et consacré par la jurisprudence, que la date déterminante du début de l'incapacité de travail est celle à laquelle l'incapacité de travail a été constatée médicalement. Ce principe n'est pas remis en cause en tant que tel par les parties, sous réserve de l'argumentation de la CIEPP, qui va suivre: la défenderesse rappelle qu'il doit exister entre l'incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité matérielle et temporelle, pour que l'institution de prévoyance soit amenée à servir les prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Elle admet que la condition de connexité matérielle est indéniablement remplie, mais considère que tel n'est toutefois pas le cas de la connexité temporelle..

13. a. La CIEPP se fondant sur divers documents médicaux versés au dossier, constatant que le demandeur présente des troubles dépressifs depuis l'enfance et a fait plusieurs tentatives de suicide: une durant l'enfance la seconde en 2005 et celle en cause en septembre 2008. De plus, elle considère, se référant en particulier à l'évocation d'un premier tentamen, par veinosection en mars 2008, soit de moins de

trois mois avant le début des rapports de travail coïncidant avec l'assujettissement de l'intéressé à la prévoyance professionnelle couverte par la défenderesse, que le demandeur se serait alors déjà trouvé, au printemps 2008, dans un état d'incapacité de travail, relevant des causes mêmes de l'incapacité de travail médicalement constatée après la tentative de suicide du 19 septembre 2008.

Au vu de la jurisprudence évoquée ci-dessus, notamment 9C_735/2010; 9C_353/2010, et les références citées, on ne saurait suivre la thèse soutenue par la défenderesse. Si les troubles dépressifs dont souffre le demandeur depuis l'enfance, - qui se sont notamment traduits par deux tentamens, au demeurant très espacés dans le temps (1979, non traité, et 2005, ayant reçu un traitement pharmacologique), le deuxième ayant été provoqué par l'annonce de sa séropositivité en 2005 -, force est tout d'abord de constater qu'en dépit de ces épisodes, l'intéressé a pu régulièrement mener à bien sa scolarité, obtenir un diplôme de capacités professionnelles à l'issue de l'École de commerce, et d'entrer dans la vie professionnelle dans des emplois stables et de longue durée, comme salarié ou comme indépendant, notamment de mars 1990 à avril 1997, pour le même employeur, en tant qu'assistant de relations publiques et de presse; puis en tant que free-lance pour une radio, WRS FM, de juin 1997 à mars 1998, entreprise dont il est devenu le directeur administratif d'avril 1998 à fin 2007. En marge de ses activités professionnelles, il a également été élu juge prud'hommes en 1999 et assumé la fonction de président d'audience dès 2004, après avoir obtenu le brevet de président d'audience et juge conciliateur entre 2002 et 2003. Pendant toutes ces années, on ne doit relever aucune période d'incapacité de travail. Le demandeur a certes expliqué qu'il avait longtemps pu gérer ses périodes de crise, sans avoir besoin de recourir à la moindre thérapie; mais force est de constater que du point de vue de la capacité de travail, son état dépressif ne l'a pas affecté, jusqu'en septembre 2008.

b. En relation avec l'incapacité de travail du demandeur, qui selon elle remonterait au printemps 2008, à l'époque de l'épisode de sa veinosection en mars 2008, la défenderesse a suggéré qu'entre le son licenciement de H_____ SA à fin 2007 et son engagement par la FER dès le 1^{er} juin 2008, il aurait été sans activité pendant sept à huit mois, se référant notamment à quelques remarques générales d'ordre anamnestique contenues dans certains documents. Elle en déduit que pendant cette période, l'intéressé aurait pu se trouver en état d'incapacité de travail, dès lors qu'il n'avait pas à en justifier, étant sans emploi et n'ayant pas droit à des prestations de chômage, vu son statut d'indépendant. Il convient tout d'abord de retenir que si le mandat du demandeur auprès de H_____ SA a été résilié à fin 2007, cela ne tenait ni à la qualité de ses prestations, et encore moins à des problèmes pouvant être liés à des problèmes de santé, voire à des comportements ayant pu laisser suspecter une affection psychique grave et incapacitante. En témoigne le certificat de travail élogieux de la RSR du 21 décembre 2007, produit par la défenderesse, décrivant les activités déployées et les résultats obtenus au long d'une dizaine d'années de

collaboration, et expliquant que la fin de cette collaboration était intervenue en raison du changement de statut de H_____ SA, dont l'ensemble des activités de gestion ont été reprises par la structure SSR, dès la fin 2007. Le demandeur conteste ces allégations: il a pour sa part produit, dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations par la défenderesse, une attestation de Messieurs F_____ et G_____, respectivement ancien président du conseil d'administration de H_____ SA (H_____), certifiant que le demandeur avait été employé en tant qu'administrateur par H_____ jusqu'au décembre 2007, les signataires du document lui ayant toutefois confié un mandat pendant le premier trimestre 2008, pour le recouvrement de créances ouvertes en faveur de H_____ SA, relevant encore que durant sa période d'activité à ou en faveur de H_____, l'intéressé avait agi de manière consciencieuse et professionnelle et que le conseil d'administration s'était toujours félicité de la qualité de son engagement et de son travail. Il avait donc eu une activité professionnelle continue jusqu'en mars 2008 et n'avait eu qu'un mois de « disponibilité », pendant lequel il a fait de très nombreuses recherches - qui se sont d'ailleurs révélées fructueuses -, dès lors que c'est à partir du mois de mai 2008 qu'il a eu ses premiers contacts avec la B_____ avec qui il signait son contrat de travail le 15 mai 2008. Quant à l'événement du mois de mars 2008 auquel la défenderesse fait référence il n'avait fait l'objet ni d'hospitalisation ni même de visite médicale. Il s'agissait d'un léger « passage à » au moment où il s'est abruptement retrouvé sans activité professionnelle et sans droit au chômage : cela ne permet pas de conclure à une incapacité de travail permanente.

c. Il y a encore lieu de relever à l'égard de cet événement que s'il a été noté dans les renseignements anamnestiques des HUG, dans la lettre de sortie après la brève hospitalisation qui a précédé l'entrée de l'intéressé à la clinique de la Métairie, que ni les médecins des HUG, ni ceux qui ont pris l'intéressé en charge à la clinique susmentionnée, ni l'expert L_____ - qui n'a repris cet élément purement anamnestique que dans son premier rapport d'examen du printemps 2009 à l'intention de l'assureur perte de gain maladie - mais qui ne l'a même plus évoqué dans ses rapports d'expertise successifs, de 2010 et 2013 sur mandat de l'OAI, ni le psychiatre traitant, le Dr M_____, n'ont attaché à cet événement la moindre déduction ou conséquence par rapport à l'origine temporelle de l'incapacité de travail litigieuse. Il en est d'ailleurs de même de la Dresse E_____, qui a confirmé à deux reprises qu'elle n'avait aucun élément permettant de considérer la moindre incapacité de travail du demandeur en mars 2008. Du reste il n'est pas contesté que cet événement n'a donné lieu ni à une hospitalisation ni même à une consultation médicale. La défenderesse met toutefois en doute la valeur probante des attestations de la médecin traitante du demandeur. La CIEPP suggère que cette dernière, dans un premier temps, n'avait pas indiqué spontanément à la défenderesse qu'elle avait depuis 2005 prescrit des antidépresseurs au demandeur, traitement qui s'est poursuivi - pour être modifié - jusqu'à la tentative de suicide de septembre 2008, - qui elle a donné lieu à une hospitalisation et à une première prise en charge psychiatrique. La chambre de céans observera à cet égard que le traitement

dispensé par le médecin-traitant du demandeur, qui le suivait essentiellement par rapport à sa séropositivité, existait et était en cours depuis 2005 (consécutivement à l'annonce du diagnostic de VIH). Or, pendant toute cette période, et ceci jusqu'au 19 septembre 2008, cela n'a pas empêché le demandeur d'exercer en permanence une activité lucrative intense, qui, comme on l'a vu, a toujours pleinement donné satisfaction à ses employeurs, respectivement à ses mandants. Il n'en va du reste pas différemment des associations professionnelles qui ont travaillé avec lui, en sa qualité de secrétaire syndical, auprès de la FER, dès son engagement le 1^{er} juin 2008, jusqu'aux événements du 19 septembre 2008, ainsi qu'en a notamment témoigné le président de l'association genevoise des entrepreneurs en nettoyage et de services (J_____), s'exprimant non seulement pour cette association mais également pour la Commission paritaire de ce secteur, dans le cadre de laquelle le demandeur était également actif pendant cette période.

c. La chambre de céans remarque encore que le demandeur a été engagé, par contrat du 15 mai 2008, à un poste requérant des capacités non négligeables, non seulement sur le plan technique, mais également dans les relations interpersonnelles. À n'en point douter, cet engagement est intervenu après une étude approfondie du dossier du candidat, mais également après des entretiens personnels. À ce sujet, il est d'ailleurs vraisemblable au degré requis par la jurisprudence en matière d'assurances sociales, que les futurs employeurs qui ont interviewé le candidat n'auraient pas manqué de remarquer des comportements insolites, ou une attitude évitante, de la part du demandeur, s'il y avait eu de quoi les alerter, au printemps 2008. En effet, on peut imaginer que le domaine d'activité de cet employeur est tel que les cadres ayant la responsabilité d'examiner les candidatures en vue d'engagement de personnel ne peuvent qu'être particulièrement attentifs, et plus encore que d'autres, à tous les aspects du candidat qui pourraient laisser suggérer des doutes quant à une pleine capacité de travail. Or, aucun élément du dossier ne permet d'avoir le moindre doute quant à la pleine capacité du demandeur au moment où il a été engagé par la FER. Passé d'ailleurs le temps d'essai de trois mois, il a été confirmé dans ses fonctions, ce qui, ajouté à la lettre élogieuse du Président de la J_____, que l'on ne saurait considérer comme de pure complaisance, démontre que dès le début de son engagement et jusqu'au 19 septembre 2008 le demandeur disposait de sa pleine capacité de travail.

d. La défenderesse tente encore d'invoquer le principe jurisprudentiel selon lequel on devrait considérer la période de travail du demandeur depuis le 1^{er} juin 2008 comme une tentative de reprise d'activité lucrative, après une période déterminante d'incapacité de travail, reprise trop brève pour que puisse être rompu le lien de connexité temporelle entre la supposée incapacité de travail préalable et l'événement ayant conduit au constat de l'incapacité de travail dès le 19 septembre 2008. Pour les raisons qui précèdent, cette argumentation ne résiste pas à l'examen. Non seulement il a été démontré, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante que, pendant de très nombreuses années, jusqu'à son engagement par

la défenderesse, le demandeur n'avait pas été affecté par la moindre période d'incapacité de travail, dûment constatée, et à tout le moins significative, de sorte que l'on ne saurait considérer que l'engagement de l'intéressé auprès de la FER correspondrait à une tentative de reprise d'activité lucrative. De plus selon la jurisprudence à laquelle la défenderesse se réfère, on considère généralement et par analogie à l'art. 88a RAI que l'on doit retenir qu'au-delà d'un délai de trois mois, le changement intervenu dans la capacité de gain, ou en l'espèce le succès d'une tentative de reprise d'activité, serait durable, et ainsi de nature à rompre le lien de connexité temporelle. En effet, en tout état, le délai de trois mois depuis l'engagement du demandeur était dépassé au moment de la survenance de l'incapacité de travail constatée médicalement.

Il résulte ainsi de ce qui précède que la date de l'incapacité de travail déterminante au sens de l'art. 23 LPP doit bien être fixée au 19 septembre 2008, époque où le demandeur était affilié à la défenderesse, et en conséquence cette dernière est tenue de prendre en charge le cas d'invalidité litigieuse. En vertu du règlement de prévoyance, cette prise en charge est non seulement valable pour la prévoyance minimale LPP, mais également pour la prévoyance élargie, selon le plan Optima du règlement de prévoyance.

14. Au vu de ce qui précède, la CIEPP, caisse de pension auprès de laquelle le demandeur était assuré pour la prévoyance professionnelle le 19 septembre 2008, jour de la survenance de son incapacité de travail ayant entraîné son invalidité totale, doit être condamnée à verser à ce dernier une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2009, conformément à la décision de l'OAI du 16 avril 2014, rendue en application de l'art. 29 al. 1 LAI.
15. En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans d'autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131). Les employés assurés étant liés à l'institution de prévoyance par un contrat innommé, il est également admis que ce contrat est soumis à la partie générale du code des obligations (ATF 112 II 241; ATF 101 Ib 231 consid. 3c), en particulier aux art. 102 ss CO; ATF 115 V 27 consid. 8c).

Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO).

L'intérêt moratoire - 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). A 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 133 consid. 4d).

16. Ainsi, conformément aux conclusions de la demande, la rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle que la CIEPP devra verser au demandeur à compter du 1^{er} décembre 2009, devra être augmenté des intérêts à 5 % l'an dès le 20 novembre 2015, lendemain du jour où la demande a été communiquée à la débitrice.
17. Le demandeur, qui se défend en personne, quoiqu'obtenant gain de cause, n'a pas conclu à l'allocation d'une indemnité et n'a pas non plus démontré avoir exposé des frais particulier pour sa défense ne se verra pas allouer de dépens.
18. 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

1. À la forme :

2. Déclare la demande recevable.

3. Au fond :

4. Condamne la caisse de pension CIEPP - CAISSE INTER-ENTREPRISES DE PREVOYANCE PROFESSIONNELLE à verser à Monsieur A_____ une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle à compter du 1^{er} décembre 2009, avec intérêts à 5 % l'an dès le 20 novembre 2015.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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