



# RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

---

*LPP 17 / 2013 + AJ 18 / 2013*

Président : Philippe Guélat  
Juges : Daniel Logos et Sylviane Liniger Odiet  
Greffière : Gladys Winkler Docourt

## ARRET DU 13 MAI 2014

en la cause liée entre

**X.,**

- représenté par **Me Nicolas Theurillat**, avocat à Porrentruy,

**demandeur,**

et

**GastroSocial Caisse de pension**, Bahnhofstrasse 86, Postfach, 5001 Aarau,

- représentée par **Me Jacques-André Schneider**, avocat à Genève,

**défenderesse.**

---

## CONSIDERANT

### En fait :

- A. Du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 30 septembre 2007, X. (ci-après : le demandeur), né en 1976, et qui exploitait un restaurant avec sa sœur A., était affilié à GastroSocial (ci-après : la défenderesse). Le 24 mars 2010, il a demandé à GastroSocial de lui allouer une rente entière d'invalidité, compte tenu du fait qu'il bénéficiait d'une rente entière d'invalidité de la part de l'office AI depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 pour schizophrénie paranoïde (PJ 356).
- B. La défenderesse a dès lors instruit le dossier, prenant notamment des renseignements auprès des divers médecins traitants du demandeur. Elle a par ailleurs mis sur pied une expertise auprès de son médecin-conseil, le Dr B., psychiatre et psychothérapeute FMH, à .... Au vu des informations obtenues, elle a rejeté le 25 mars 2011 tout droit à la rente du demandeur, considérant que le début de l'incapacité de travail de 20 % au moins daterait des années 2000/2001. En effet, selon le rapport médical du Dr C., psychiatre traitant, les premiers signes de la maladie se seraient manifestés depuis plusieurs années avant 2007. L'intéressé a par ailleurs déclaré en novembre 2008 à un collaborateur de l'office AI que les premiers signes de la maladie sont apparus sept ou huit ans auparavant. Le Dr B.

considère finalement que l'incapacité de travail de 20 % au moins daterait des années 2000/2001 et que c'est en raison de son atteinte à la santé que l'intéressé n'a pas pu terminer sa formation professionnelle. Or la couverture d'assurance auprès de la caisse de pensions GastroSocial ne couvre pas les années 2000/2001, de sorte qu'elle n'est pas la caisse de pensions responsable (PJ 323).

La défenderesse a confirmé son refus le 11 juillet 2011 (PJ 310).

Le demandeur s'y est opposé le 21 juillet 2011 (PJ 307).

Par courrier du 6 septembre 2011, la défenderesse a souligné qu'elle ne rendait pas de décision formelle et qu'elle n'était pas liée par la décision de l'office AI. Le Dr B. est un expert de l'assurance-invalidité et son expertise est "impeccable". Elle confirme ainsi à nouveau son refus (PJ 306).

- C. Le demandeur a introduit, le 12 février 2013, une action à l'encontre de la défenderesse auprès de la Cour de céans, concluant à ce qu'elle soit condamnée à lui payer les prestations LPP d'invalidité dues en raison de son incapacité de travail totale avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2008, sous suite des frais et dépens, sous réserve des dispositions relatives à l'assistance judiciaire gratuite. Il considère que son incapacité de travail a été admise à partir du 4 juillet 2007, date à laquelle il était assuré auprès de la défenderesse, ainsi que cela ressort des différents éléments médicaux au dossier. Celle-ci invoque à tort et de manière aléatoire l'existence d'une incapacité de travail de 20 % au moins dès les années 2000/2001. Sur ce point, le début de la maladie est sans pertinence, puisqu'il se peut parfaitement qu'elle n'empêche pas l'intéressé de travailler. En outre, l'office AI a admis l'invalidité totale du demandeur à partir du mois de juillet 2007. Cette décision a un caractère impératif vis-à-vis de la défenderesse. Il convient dès lors de reconnaître le droit du demandeur de percevoir une rente d'invalidité LPP, à verser par la défenderesse, avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2008.

En parallèle à sa demande, l'intéressé a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

- D. La défenderesse a conclu le 21 mars 2013 au rejet de la demande, sous suite des frais. Elle souligne qu'elle n'a pas pu prendre part à la procédure devant l'office AI, si bien qu'elle n'a pu faire valoir son droit d'être entendue. Dans ces circonstances, les décisions de l'office AI ne lui sont pas opposables. En outre, au vu des différents documents médicaux au dossier, il faut admettre avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'intéressé était durablement atteint dans sa capacité de travail à hauteur de 20 % au moins depuis 2000 ou 2001, soit dès les premières manifestations de la maladie, éventuellement 2002, lorsqu'il a débuté son travail dans le restaurant familial. Il n'y a de ce fait pas de connexité temporelle, puisque l'intéressé n'était alors pas assuré auprès d'elle.

- E. Le demandeur a repris son argumentation antérieure dans sa prise de position du 29 avril 2013. Il ajoute qu'il ne lui appartenait pas de notifier à la défenderesse les décisions de l'office AI, dont on ne saurait lui reprocher les manquements. En outre, la défenderesse aurait dû soulever cet argument bien plus tôt, dans la mesure où il lui a fait parvenir le 24 mars 2010 déjà une copie de la décision de l'office AI du 13 novembre 2009. Sa position est contraire au principe de la bonne foi. En considérant, contrairement à la plupart des documents médicaux au dossier, que le demandeur était atteint durablement dans sa capacité de travail à hauteur de 20 % au moins à partir de 2000/2001, la défenderesse se substitue au rôle des médecins.
- F. La défenderesse s'est exprimée le 13 mai 2013. Elle conteste être de mauvaise foi, soulignant que lorsqu'elle a reçu la décision de l'office AI de la part du demandeur, elle ne disposait d'aucun élément permettant de remettre en question la validité de cette décision, puisqu'elle n'avait pas encore étudié son droit aux prestations. Elle a par la suite invité le demandeur à se soumettre à une expertise médicale, faisant ainsi clairement état de son intention de déterminer de manière autonome l'étendue du droit du demandeur à des prestations. Pour le surplus, la défenderesse ne s'est pas substitué au rôle des médecins, mais s'est au contraire basée sur l'expertise du Dr B.
- G. La Cour de céans a ordonné l'édition du dossier AI de l'intéressé le 25 juillet 2013.
- H. Elle a tenu une audience d'instruction le 27 septembre 2013. A cette occasion, outre les parties, ont été entendus les deux sœurs du demandeur avec lesquelles il travaillait au sein du restaurant familial, soit A. et D., ainsi que E., employeur du demandeur de 1999 à fin avril 2002.
- I. Les parties se sont exprimées une ultime fois les 16/17 octobre 2013, reprenant leurs conclusions antérieures.
- J. Il sera revenu ci-après en tant que besoin sur les autres éléments du dossier.

**En droit :**

1. La Cour de céans est compétente pour connaître de la présente affaire, la demande ayant été introduite dans les formes légales par une personne disposant de la qualité pour agir (art. 73 LPP ; 146 ss et 169 Cpa).
2. Selon l'article 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte ou diminution de la capacité fonctionnelle de rendement de l'assuré dans sa profession ou son domaine d'activité. Afin que cette perte puisse devenir pertinente pour le droit de la prévoyance, elle doit, aussi bien qualitativement que quantitativement, atteindre une

certain importance. Ainsi, une perte d'au moins 20 % est exigée d'après une pratique bien établie. Une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pas pour le rattachement (HÜRZELER, Commentaire LPP et LFLP, Berne 2010, n. 7 ad art. 23 LPP et les références citées ; TF 9C\_865/2012 du 15 avril 2013 consid. 3 et les références citées).

3. Le demandeur prétend que la défenderesse est liée par la décision AI lui octroyant une rente.

3.1 Les constatations de l'assurance-invalidité sont en principe contraignantes pour les institutions de prévoyance, non seulement par rapport à la fixation du taux d'invalidité, mais également par rapport à la survenance de l'incapacité de travail invalidante. En revanche, si la notification n'a pas été dûment effectuée, la décision de l'AI n'a pas de force contraignante à l'égard de l'institution de prévoyance. La décision AI qui n'est pas dûment notifiée n'est par conséquent pas obligatoire pour l'institution de prévoyance lorsque cette dernière en prend connaissance ultérieurement (HÜRZELER, op. cit. n. 12 ad art. 23 LPP et les réf. citées, notamment ATF 118 V 35). Il n'y a ainsi pas de motif de lui ouvrir une voie de droit dans les cas où elle prend connaissance de la décision d'octroi de rente ultérieurement (ATF 132 V 1).

3.2 En l'espèce, il n'est pas contesté que la défenderesse n'a pas participé à la procédure AI. Elle n'a eu connaissance de la décision octroyant une rente au demandeur que le 25 mars 2010, lorsque son mandataire a fait valoir ses droits à une rente LPP (cf. PJ 356). Elle n'est ainsi pas liée par la décision AI. A cet égard, il découle de la jurisprudence précitée qu'elle n'avait pas à la contester formellement une fois qu'elle en a appris l'existence. Du reste, elle a tout de suite indiqué, par retour de courrier, qu'elle examinerait un éventuel droit aux prestations et qu'elle prendrait pour ce faire des renseignements auprès des institutions qui avaient traité le cas d'invalidité (PJ 355). Elle a précisé le 4 juin 2010 que l'examen du cas n'était pas terminé (PJ 351), continuant à demander des informations notamment aux différents médecins traitants de l'intéressé.

Dans ces circonstances, il est sans pertinence pour la présente affaire que le demandeur bénéficie d'une rente AI depuis juillet 2008.

4. Il n'est pas contesté que le demandeur est en incapacité de travail à 20 % au moins en raison de troubles psychiques. Les parties ne s'entendent toutefois pas sur le début de cette incapacité.

5.

5.1 Conformément à l'article 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'article 28 al. 1

let. b LAI, mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires. Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'article 23 LPP est donc 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'article 26 al. 3 LPP. Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle. 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). 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. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'article 23 LPP, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.1 à 6.3 et les références citées).

- 5.2 Le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle doit être 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 mais doit au contraire résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales. Une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médicale et théorique après de nombreuses années ne suffit pas à elle seule. Est plutôt déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (HÜRZELER, op. cit., n. 9 ad art. 23 LPP). La notion d'invalidité telle qu'elle est valable dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire ne

peut exister que si la perte des possibilités de gain résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (HÜRZELER, op. cit., n. 19 ad art. 23 LPP). Afin de déclencher l'obligation de prestations d'une institution de prévoyance, une étroite connexité doit exister entre l'incapacité de travail initiale justifiant l'octroi d'une rente, tant du point de vue matériel que temporel. Par rapport au type d'atteinte à la santé, les maladies évoluant par poussée, à l'instar de la schizophrénie, occupent une place particulière concernant la connexité temporelle. La jurisprudence essaie de tenir compte de ce fait en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce s'agissant d'une éventuelle rupture de la connexité temporelle (HÜRZELER, op. cit., n. 25 ad art. 23 LPP).

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c et les références).

## 7.

- 7.1 L'intéressé a formellement cessé d'exercer une activité lucrative en juillet 2007 en raison de ses troubles dépressifs. Selon le rapport du 20 août 2007 du Dr F., médecin traitant, à l'attention d'Axa Winterthur, assureur perte de gain en cas de maladie, il souffre de troubles du sommeil, de surcharge psychologique avec dystonie neuro-végétative et de chondrocostalgie. L'incapacité totale de travail a débuté le 4 juillet 2007 (PJ 3 Me Theurillat). Dans son appréciation du 21 janvier 2008, le Dr H., qui a examiné l'intéressé sur demande d'Axa Winterthur, souligne que le demandeur souffre d'un épisode dépressif moyen (F32.1) depuis un an (PJ 67). Il ne fait nullement état du diagnostic de schizophrénie. Ce diagnostic de schizophrénie (F20.0) avec influence sur la capacité de travail n'a finalement été posé qu'en 2008, une fois que le demandeur a été examiné par le Dr C., psychiatre, à la demande du Dr F., qui lui a demandé un avis spécialisé le 6 mai 2008 (PJ 186). Le Dr C., dans un rapport du 20 octobre 2008 à l'attention de l'office AI, relève que le demandeur entend des voix depuis des années sans se rendre compte de leur caractère pathologique ; l'intéressé a par ailleurs fait une dépression en 2007-2008, actuellement améliorée (PJ 209). Sur le vu du dossier, et notamment des rapports

du Dr C., le Dr I., dans son rapport d'examen SMR du 27 août 2009, conclut qu'il existe une incapacité de travail entière depuis juillet 2007 en raison de la pathologie psychiatrique, laquelle se manifeste par des hallucinations, par un sentiment de persécution, par des troubles de la pensée et des bizarreries du discours (PJ 208).

- 7.2 S'agissant des déclarations du demandeur lors de l'audience du 27 septembre 2013, aux termes desquelles il n'entendait des voix que depuis 2006, elles doivent être appréciées avec circonspection. Il a en effet déclaré le 7 mai 2009 au collaborateur AI en charge de son dossier qu'il entendait des voix depuis sept à huit ans ; cela lui posait des problèmes pendant son travail (PJ 200). Il a tenu des propos similaires au Dr C. Or les premières déclarations données par l'assuré alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques doivent être privilégiées, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a).
- 7.3 Dans ces circonstances, il est établi que le demandeur souffre de schizophrénie depuis plusieurs années, avant le début de son incapacité formelle de travail en juillet 2007.
8. Dans son expertise du 11 novembre 2010, le Dr B., psychiatre et médecin-conseil de GastroSocial, confirme le diagnostic de schizophrénie. L'expert relève que statistiquement, les symptômes de cette maladie apparaissent chez les hommes vers 20-25 ans. Ainsi, au vu de l'ensemble du dossier, en particulier des déclarations de l'assuré lui-même et de sa sœur, ainsi que des rapports du Dr C., il retient que l'intéressé entend des voix depuis plusieurs années et que la maladie a commencé vers la fin des années 90, début des années 2000. Partant, il estime que c'est avec une grande vraisemblance que le demandeur souffrait déjà de sa maladie au moment de commencer son activité de restaurateur et que sa capacité de gain était diminuée de 20 % au moins dès 2000/2001.

Cette expertise constitue toutefois une évaluation médico-théorique rétrospective de l'incapacité de travail du demandeur. Le Dr B. ne se fonde sur aucun élément concret, mais uniquement sur des données médicales théoriques, ainsi que cela ressort de son expertise (« *Statistisch gesehen erkrankten Männer sehen erstmals an einer Schizophrenie im Alter von 20 bis 25 Jahren* »). L'expert considère également comme hautement probable que c'est à cause de la maladie que le demandeur n'a pas terminé sa première formation (PJ 175 ss, sp. 182). A cet égard, le fait que l'intéressé n'ait pas achevé de formation peut toutefois s'expliquer par des considérations sociales, à savoir qu'issu d'une famille d'immigrés, il a effectué toute sa scolarité obligatoire (huit ans) dans son pays d'origine et sa langue maternelle est un dialecte. Il est arrivé en Suisse en 1992, à l'âge de seize ans, pour y travailler dans des fabriques (PJ 63 ss).

L'expertise du Dr B. ne peut de ce fait pas être prise en considération pour déterminer le début de l'incapacité de travail du demandeur.

9.

9.1

Pour justifier sa position, la défenderesse souligne également que dans la mesure où le demandeur était indépendant, il disposait d'une large flexibilité dans l'organisation de son travail ; sa sœur faisait également preuve de tolérance. Il faut toutefois souligner que l'intéressé a formellement réduit son taux d'occupation en 2007 seulement (PJ 201). Même s'il y a lieu d'apprécier avec circonspection les déclarations faites par les sœurs du demandeur lors de l'audience du 27 septembre 2013, en raison du lien de parenté qui les unit au demandeur, il sied de relever que A., sœur et associée du demandeur, occupait un autre emploi à 74 % en parallèle à l'exploitation du restaurant. Elle s'occupait en outre de la gestion administrative du restaurant, comme elle l'a expliqué en audience. Elle a également précisé qu'elle était plutôt timide pour le service (cf. p. 9 du PV d'audience du 27 septembre 2007). Il apparaît ainsi difficilement concevable qu'elle ait encore pu compenser par son travail les éventuelles déficiences de son frère pendant de nombreuses années. D., autre sœur du demandeur, travaillait également au restaurant comme sommelière, à 50 % d'abord puis à 100 % à partir de 2007. Elle n'était toutefois pas associée et ne percevait dès lors aucune participation au bénéfice éventuel. On ne voit ainsi pas pourquoi elle aurait le cas échéant pallié sans aucune contrepartie les absences de son frère, d'autant que le salaire qu'elle percevait était manifestement moindre. Il faut à cet égard souligner que les charges en personnel s'élevaient à CHF 36'262.05 dans les comptes 2006 (PJ 279) et à CHF 47'048.50 pour 2007 (PJ 286). Il est du reste notoire que la restauration exige un engagement significatif de la part des travailleurs indépendants. Dans ces circonstances, si le demandeur ne travaillait pas de manière efficace au restaurant, on peine à croire que lui et sa sœur, respectivement ses sœurs, auraient pu exploiter le restaurant pendant près de sept ans, à savoir de 2002 à 2008. On doit au contraire admettre que le comportement du demandeur a changé à partir de 2006 – 2007, années qui apparaissent déterminantes. D. a ainsi déclaré que son frère travaillait efficacement jusqu'en 2007, qu'au début, son frère n'avait aucune difficulté pratique pour exercer son travail et que les choses avaient changé la dernière année, sans qu'elle n'en connaisse véritablement les raisons (p. 7 et 8 du PV d'audience). A. a confirmé que son frère avait eu des problèmes de santé la dernière année du restaurant, depuis 2007, qu'elle n'avait jamais rien remarqué auparavant (p. 10 du PV d'audience).

9.2

En outre, E., ancien employeur du demandeur de 1999 à 2002, a déclaré, lors de l'audience précitée, qu'il dirigeait une entreprise de petite taille, dans laquelle il travaillait avec deux collaborateurs, dont le demandeur. Il était très satisfait du travail de celui-ci, qui accomplissait beaucoup d'heures, venant même le samedi. Il a quitté l'entreprise de son propre chef pour reprendre l'exploitation du restaurant avec sa sœur. Si le demandeur a eu une période difficile, c'était en lien avec le décès de l'une de ses sœurs (p. 5 et 6 du PV d'audience). Rien ne permet de remettre en cause les déclarations de E., le fait qu'il connaisse le père du demandeur depuis de nombreuses années n'étant sur ce point pas déterminant, d'autant moins que le demandeur n'a apparemment pas de contact avec son père (PJ 120). Il est par ailleurs invraisemblable que dans une telle petite entreprise, le patron puisse garder à son service pendant plusieurs années un employé qui



n'aurait pas le rendement attendu. Il est en outre constaté que l'intéressé a vu son salaire significativement augmenter lorsqu'il travaillait pour E. Son salaire AVS, qui était CHF 40'518.- en 2000, s'est en effet élevé à CHF 45'320.- en 2001. Pour les sept premiers mois de l'année 2002, il a perçu CHF 28'580.-, soit plus de CHF 4'000.- par mois (cf. PJ 301). Le demandeur n'aurait selon toute vraisemblance pas bénéficié d'une augmentation salariale si son travail n'avait pas donné satisfaction à son employeur ou si son rendement avait été insuffisant.

10. Au vu de l'ensemble des éléments au dossier, il doit être retenu que la schizophrénie dont souffre le demandeur n'est invalidante que depuis l'année 2007.

Or, à cette époque, le demandeur était assuré auprès de la défenderesse. Il a ainsi droit, au vu de la connexité temporelle, au versement par celle-ci des prestations de prévoyance professionnelle prévues en cas d'invalidité, et ce à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008 (cf. PJ 310).

La demande doit dès lors être admise.

11. La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP). Le demandeur, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à verser par la défenderesse (art. 227 al. 1 Cpa).
12. La requête à fin d'assistance judiciaire gratuite déposée par le demandeur est dès lors sans objet.

**PAR CES MOTIFS  
LA COUR DES ASSURANCES**

**condamne**

la défenderesse à verser au demandeur, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, les prestations de prévoyance professionnelle qui lui sont dues en raison de son invalidité ;

**charge**

la défenderesse de procéder au calcul et au versement desdites prestations ;

**dit**

que la procédure est gratuite ;

**alloue**

au demandeur une indemnité de dépens de CHF 4'000.- (y compris débours et TVA), à verser par la défenderesse ;

**constate**

que la requête précitée à fin d'assistance judiciaire gratuite est devenue sans objet ;

**informe**

les parties des voies et délai de recours selon avis ci-après ;

**ordonne**

la notification du présent arrêt :

- au demandeur, par son mandataire, Me Nicolas Theurillat, avocat à Porrentruy ;
- à la défenderesse, par son mandataire, Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

Porrentruy, le 13 mai 2014

**AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES**

**Le président : La greffière :**

Philippe Guélat

Gladys Winkler Docourt

**Communication concernant les moyens de recours :**

*Le présent arrêt peut faire l'objet, dans les trente jours suivant sa notification, d'un recours au Tribunal fédéral. Le recours en matière de droit public s'exerce aux conditions des articles 82 ss de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF - RS 173.110), le recours constitutionnel subsidiaire aux conditions des articles 113 ss LTF. Le mémoire de recours doit être adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit être rédigé dans une langue officielle, indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit. Si le recours n'est recevable que s'il soulève une question juridique de principe, il faut exposer en quoi l'affaire remplit cette condition. Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire, pour autant qu'elles soient en mains de la partie; il en va de même de la décision attaquée.*