

GE_GERICHTE ATAS/307/2019 vom 10. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_307_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/307/2019 du 10 avril 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/307/2019 del 10 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

a. Selon l'art. 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP - RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. La voie à suivre est celle de l'action (ATF 115 V 224 consid. 2), étant précisé que 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). À Genève, 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 depuis le 1er 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 LPP; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

A/250/2017 - 22/41 - b. 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 autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (cf. Ulrich MEYER-BLASER, Die Rechtsprechung vom Eidgenössischen Versicherungsgericht und von Bundesgericht zum BVG, 2000-2004, in RSAS 49/2005, p. 258 ss). Cette compétence est également limitée par le fait que la loi désigne de manière non équivoque les parties pouvant être liées à une contestation, à savoir les institutions de prévoyance, les employeurs et les ayants droit (ATF 127 V 29 consid. 3b et les références ; voir aussi Ulrich MEYER-BLASER, Die Rechtswege nach dem BVG, RDS 1987 I p. 610 et Hans Rudolf SCHWARZENBACH-HANHART, Die Rechtspflege nach dem BVG, RSAS 1983 p. 174). c. Un cumul d'actions selon l'art. 7 aLFors (art. 15 du Code de procédure civile suisse, en vigueur depuis le 1er janvier 2011 [CPC – RS 272]) doit être admis dans le cadre de la réglementation du for de l'art. 73 al. 3 LPP. Grâce à celui-ci, le tribunal compétent pour une partie défenderesse est compétent pour toutes les parties défenderesses. Ceci vaut également si le droit litigieux relève du droit public (ATF 133 V 488 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2012 du 12 mars 2012 consid. 3.4 et les références citées ; MEYER/UTTINGER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n° 99 ad. art. 73 LPP). d. En l'espèce, le demandeur est un ayant droit au sens de l'art. 73 al. 1 LPP et

l'objet du litige relève manifestement du droit de la prévoyance professionnelle, puisqu'il porte sur le droit à une rente d'invalidité. Le demandeur travaillait dans le canton de Genève au service de B_____ lorsqu'il était affilié auprès de la défenderesse principale, de sorte que la compétence de la chambre de céans à l'égard de celle-ci est donnée. Il s'ensuit que le for situé dans ce canton doit être également admis à l'égard de la défenderesse subsidiaire, ce que cette dernière ne conteste pas. Par conséquent, la chambre de céans est donc compétente pour connaître du litige, tant *ratione materiae* que *ratione loci*.

E. 2

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (ATAS/390/2016 du 17 mai 2016). La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). Partant, elle est recevable.

A/250/2017 - 23/41 -

E. 3

Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité.

E. 4

a. 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 dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI (let. a), à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins (let. b), à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins (let. c), et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (let. d). b. Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; ATF 118 V 45 consid. 5). 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). c. L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur en changeant en même temps d'institution de prévoyance et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (ATF 120 V 112 consid. 2c). Cependant, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait

débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c; ATF 120 V 112 consid. 2c).

A/250/2017 - 24/41 - L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.48/05 du 25 avril 2006 consid. 4). La connexité matérielle doit être niée lorsque l'octroi d'une rente d'invalidité résulte uniquement de problèmes psychiques et que même une interprétation très large des rapports médicaux et des expertises ne permet pas de retenir des indices en faveur de l'existence de tels troubles et - élément déterminant en matière de prévoyance professionnelle - d'une incapacité de travail qui en aurait résulté pendant les rapports d'assurance. Cela vaut quand bien même les problèmes somatiques à la base de l'incapacité de travail avaient déjà à l'époque une influence sur l'état psychique de la personne assurée et sur sa situation psychosociale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.9/06 du 21 novembre 2006 consid. 4.1 et 4.2). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 138 V 409 consid. 6.2). L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée (ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa).

E. 5

Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6 et la référence citée). Le fait que les décisions de l'assurance-invalidité fédérale lient en principe les institutions de prévoyance (ATF 123 V 270 consid. 2a, ATF 115 V 208 consid. 2b, ATF 129 V 73 consid. 4.2) n'y change rien. Ce principe trouve en effet sa limite lorsque la décision de l'assurance-invalidité n'est pas soutenable (ATF 126 V 308 consid. 1 in fine, ATF 120 V 106 consid. 3c) et lorsque la décision des organes de l'assurance-invalidité est fondée sur des éléments sans pertinence pour la détermination du droit à une pension de prévoyance. Tel est précisément le cas lorsque le degré d'invalidité fixé par les organes de l'assurance-invalidité résulte de plusieurs causes dont seules certaines sont à l'origine d'une incapacité de travail survenue durant l'affiliation à une institution de prévoyance au sens de

A/250/2017 - 25/41 - l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.92/06 consid. 4.3 et la référence citée).

E. 6

Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). La perte de la capacité de travail doit être d'une certaine importance, ce qui signifie qu'elle doit atteindre 20% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.105/03 du 14 mars 2005 consid. 1). En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pour le rattachement selon l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3; Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, n. 7 ad art. 23 LPP). Le moment de la survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. Étant donné que le versement d'une rente d'invalidité dépend de la survenance de l'incapacité de travail, la fixation la plus exacte et fiable possible du moment de cette survenance est, au vu de sa portée économique, extrêmement importante. La jurisprudence exige pour cette raison que le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle soit prouvé « en temps réel », c'est-à-dire que la preuve ne peut pas être remplacée par des suppositions et des réflexions commerciales ou médicales spéculatives ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.51/04 du 2 décembre 2004 consid. 5.3), mais doit au contraire résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B.62/01 du 24 juin 2002 consid. 1b; B.35/00 du 22 février 2002 consid. 1b; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 9 ad art. 23 LPP). Une appréciation subséquente et médico-théorique (abstraite) de la capacité de travail ne suffit pas pour fixer la survenance de l'incapacité de travail pertinente selon le droit de la prévoyance professionnelle. Est, en revanche, prépondérant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée durablement, tant du point de vue du droit du travail que de par sa nature (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.61/06 du 23 octobre 2006 consid. 2.2. RSAS 2007 p. 481). Peu importe le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.90/02 du 23 mai 2003; RSAS 2004 p. 443).

E. 7

a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de

A/250/2017 - 26/41 - prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 143 V 434 consid. 2.2; ATF

138 V 409 consid. 3.1; ATF 126 V 308 consid. 1). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid. 2a et les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance- invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4). Le Tribunal fédéral (consid. 2.3.2 non publié de l'ATF 130 V 501, mais dans SVR 2005 BVG n° 5 p. 14) a encore précisé que la force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes. Elle ne vaut dès lors qu'en ce qui concerne les constatations et appréciations des organes de l'assurance-invalidité qui étaient déterminantes dans la procédure de l'assurance- invalidité pour établir le droit à une rente d'invalidité et qui devaient effectivement faire l'objet d'une détermination. Dans le cas contraire, les organes de la prévoyance professionnelle sont tenus d'examiner librement les conditions du droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 4.1). Le fait que l'assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n'exclut donc pas que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue (dans une mesure plus restreinte) plus d'une année auparavant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3). b. Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance- invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance- invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 130 V 270 consid. 3.1; ATF 126 V 308 consid. 2a). Le caractère insoutenable d'une décision

A/250/2017 - 27/41 - relève d'une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 4.2).

E. 8

a. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations (art. 26 al. 1 LPP). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (art. 26 al. 2 LPP). b. Le droit aux prestations s'éteint au décès du bénéficiaire ou, sous réserve de l'art. 26a, à la disparition de l'invalidité (art. 26 al. 3 1ère phrase LPP). Pour déterminer le moment où le droit à la rente d'invalidité LPP est perdu, il faut, selon l'ATF 133 V 67, appliquer par analogie les dispositions régissant l'assurance- invalidité. D'après l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), l'invalidité est dans tous les cas réputée disparue lorsque l'amélioration de la capacité de travail a duré trois mois sans

interruption notable, sans qu'une complication prochaine soit à craindre (HÜRZELER, op. cit., n° 27 ad art. 26 LPP).

E. 9

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

A/250/2017 - 28/41 - le droit litigieux (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 10

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

E. 11

a. En l'espèce, le demandeur fait valoir qu'il a droit à une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse principale en se fondant sur la décision de l'OAI du 8 avril 2015. b. Il n'est pas contesté que les rapports de travail du demandeur auprès de B_____ ont débuté le 1er décembre 2003 et ont pris fin le 31 janvier 2011. Le demandeur n'ayant pas été engagé par un nouvel employeur à l'expiration du délai d'un mois à compter du 1er février 2011, il est donc resté assuré auprès de la défenderesse principale jusqu'au 28 février 2011 inclus, pour les risques de décès et d'invalidité (cf. art. 10 al. 3 LPP). c. Selon l'art. 35 du Règlement de prévoyance de la défenderesse principale (édition 1.1.2007), ont droit à des

prestations d'invalidité notamment les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient affiliées à la Caisse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. a). La naissance du droit à la rente d'invalidité est régie par les dispositions correspondantes de l'AI (art. 36.1). Selon l'art. 37.1 du Règlement, la rente d'invalidité et la rente complémentaire sont allouées proportionnellement au degré d'invalidité reconnu par l'AI. Selon l'al. 2, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI (let. a); à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins (let. b); à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c) et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (let. d). Le Plan Media, applicable au demandeur, fixe une limite supérieure plus élevée que la LPP pour le salaire déterminant et des prestations invalidité et décès exprimées en pourcent du salaire assuré (primauté des prestations; art. 54 à 57 du Règlement). La chambre de céans constate ainsi que la notion d'invalidité adoptée par la défenderesse principale correspond à celle de la LAI, ce que les parties ne contestent pas. Par conséquent, compte tenu du fait que la décision de l'OAI a été notifiée à la défenderesse principale en tant qu'institution de prévoyance concernée et qu'elle est entrée en force sans avoir été attaquée ni par le demandeur, ni par la

A/250/2017 - 29/41 - défenderesse principale, la décision de l'assurance-invalidité lie cette dernière, en déployant ses effets contraignants aussi en matière de prévoyance professionnelle obligatoire, ceci sous réserve d'une inexactitude manifeste. Il convient par conséquent d'examiner si la décision de l'OAI est manifestement erronée. d. En l'espèce, le demandeur a été reconnu invalide par l'OAI (à 100% dès le 25 janvier 2011 et à 79% dès le mois de juillet 2013) de sorte que par décision du 8 avril 2015, il a été mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1er mars 2011. Selon sa décision, l'OAI a retenu que le demandeur a présenté une incapacité de travail totale durable dans toute activité dès le 25 janvier 2010. À l'échéance du délai d'attente d'une année, la capacité de travail était nulle dans toute activité. Dès le mois d'avril 2013, la capacité de travail dans l'ancienne activité de cadre était encore nulle, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (résistance au stress et capacité d'adaptation diminuées, épargne du dos, des genoux et de l'épaule droite), la capacité de travail était de 50%. La rente de l'OAI se fonde ainsi à la fois sur des troubles psychiques et ostéo- articulaires. Il convient par conséquent 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 auprès de la défenderesse principale et si elle est à l'origine d'une invalidité. La défenderesse principale ne conteste pas que le début de l'incapacité de travail durable pour les troubles psychiques, tel que retenu par l'OAI, soit en janvier 2010, est survenu pendant l'affiliation du demandeur auprès d'elle. S'agissant des troubles ostéo-articulaires, la défenderesse principale fait toutefois valoir qu'aucune incapacité de travail pour cette atteinte n'est survenue pendant l'affiliation du demandeur. La défenderesse subsidiaire fait, quant à elle, valoir que les troubles somatiques sont survenus au moment où le demandeur était affilié auprès de la défenderesse principale, soit avant son inscription au chômage. La chambre de céans relèvera que dans la mesure où le SMR n'a pas examiné le début de l'incapacité de travail durable pour les troubles ostéo-articulaires, il convient de déterminer la date de la première survenance de l'incapacité de travail en raison de ces troubles qui a constitué la cause de l'invalidité (art. 23 let. a LPP) en procédant à une appréciation du cas au regard des rapports versés au dossier. On rappellera notamment que 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. À la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il apparaît que la thèse que soutient la défenderesse subsidiaire, soit la survenue de troubles ostéo-articulaires invalidants avant l'inscription au chômage en juin 2011, n'est ni documentée, ni rendue vraisemblable. Elle ne trouve en effet aucun appui auprès des spécialistes qui ont examiné le demandeur. Si les rapports médicaux font certes état de A/250/2017 - 30/41 - l'existence de troubles en 1985, 1989 et dès juillet 2011 (rapports du Dr I_____ du 9 janvier 2012, du Dr J_____ du 30 mars 2012, du Dr L_____ du 13 août 2012, du Dr I_____ du 13 septembre 2012 et du Dr L_____ du 15 mai 2013), aucun médecin n'a toutefois attesté que la capacité de travail du demandeur aurait été réduite en raison de telles affections avant juin 2011. En outre, contrairement à ce qu'avance la défenderesse subsidiaire, le Dr C_____ n'a fait état d'aucun diagnostic somatique ayant une répercussion sur la capacité de travail du demandeur (rapport du 23 juillet 2010). Qui plus est, le 5 octobre 2010, la Dresse E_____ confirmait que le demandeur présentait des diagnostics somatiques, mais sans effets sur sa capacité de travail. Par ailleurs, il apparaît qu'une incapacité de travail pour des troubles ostéo-articulaires n'a été attestée qu'à compter du 4 avril 2012 (cf. certificat d'arrêt de travail établi par la Dresse E_____ en date du 4 avril 2012 ; rapport du Dr L_____ du 6 juin 2012, rapport de la Dresse E_____ du 20 août 2012). On relèvera par ailleurs que si le Dr I_____ a estimé que l'incapacité de travail du demandeur était de 50% en janvier 2012 (rapport du 9 janvier 2012), il n'en demeure pas moins qu'aucun arrêt de travail établi à cette date ne figure au dossier. Ainsi, il n'existe pas au dossier d'attestation médicale dont on puisse déduire que les troubles de la colonne vertébrale ont été à l'origine d'une incapacité de travail déterminante pendant l'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse principale, soit entre le 1er décembre 2003 et le 28 février 2011. Partant, force est de constater que l'incapacité de travail durable déterminante au sens de l'art. 23 LPP pour les troubles ostéo-articulaires a débuté le 4 avril 2012, soit après la fin de l'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse principale. Il s'ensuit que le demandeur ne peut pas prétendre à une rente de la défenderesse principale en raison de son invalidité due aux troubles ostéo-articulaires. S'agissant des troubles psychiques, la défenderesse principale ne conteste pas que lors de son affiliation, le demandeur a subi une incapacité de travail pour de tels troubles, donnant droit à une rente d'invalidité entière de mars à juin 2011, voire juillet 2011. La défenderesse principale fait toutefois valoir que c'est de manière insoutenable que l'OAI a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle pour des motifs psychiques au-delà du 1er juillet ou du 1er août 2011. Selon elle, le demandeur a recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1er juillet, voire dès le 1er août 2011. Le demandeur ne conteste pas avoir recouvré une capacité de travail à 50% dès le 1er juin 2011 et totale dès le 1er août 2011 dans une activité adaptée à ses troubles psychiques. Toutefois, il estime avoir été durablement incapable d'exercer son activité habituelle de cadre, avec les responsabilités qui en découlaient, en raison de son état anxio-dépressif et du fait qu'il restait vulnérable au stress, comme l'a retenu l'OAI.

A/250/2017 - 31/41 - En l'occurrence, si le demandeur a certes présenté une incapacité de travail durable dès le 25 janvier 2016, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces au dossier, qu'il a effectivement présenté une amélioration de sa capacité de travail dès mi-2011, comme le SMR l'a, à plusieurs reprises, relevé dans ses rapports en constatant une capacité de travail totale dès le 1er juillet 2011 ou dès le

septembre 2011 (avis des 10 octobre 2011, 17 janvier et 13 juin 2013). Il convient par conséquent de déterminer si le demandeur a recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée uniquement. Il n'est pas contesté que le demandeur, qui exerçait la fonction de secrétaire général auprès d'une fondation privée depuis décembre 2003, a souffert d'un burn-out professionnel entraînant une incapacité de travail dès le mois de janvier 2010. Après une aggravation de son trouble psychique en janvier 2011, le demandeur a recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1er juin 2011 et à 100% dès le 1er août 2011, attestée par le Dr D_____. Si, comme le fait valoir la défenderesse subsidiaire, aucun arrêt de travail en raison de troubles psychiques n'a ensuite été attestée, il n'en demeure pas moins qu'il résulte de la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier que le demandeur présentait des limitations fonctionnelles rendant inexigible la reprise d'une fonction à hautes responsabilités comme celle qu'il exerçait préalablement en tant que secrétaire général. En effet, avant même que le demandeur ne subisse une aggravation de ses troubles psychiques, son psychiatre traitant avait déjà indiqué que l'activité habituelle restait exigible à la reprise, mais qu'il était plus adapté que le demandeur choisisse à l'avenir un poste avec moins de responsabilités et donc moins de stress (rapport du 30 novembre 2010). Par ailleurs, selon une note de travail de l'OAI du 28 juin 2011, il convenait que le demandeur évite les postes avec des impératifs de productivité trop élevés, des postes de direction, ainsi que des postes « tournés vers l'extérieur ». En outre, au moment de la reprise à 100%, le Dr D_____ a estimé que le demandeur pouvait être considéré comme guéri de son trouble dépressif. Néanmoins, il a précisé que la situation restait fragile et que le demandeur présentait un risque de rechute (rapport du 12 septembre 2011). Il apparaît en outre que dès le 28 septembre 2011, le demandeur a poursuivi un traitement auprès d'une psychiatre, la Dresse H_____. Celle-ci a diagnostiqué, en date du 30 janvier 2012, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère et prolongé depuis janvier 2009. Le demandeur présentait alors des symptômes dépressifs résiduels, avec une dysthymie modérée, des problèmes de concentration, une fatigabilité, de l'anxiété et des troubles du sommeil. Si ce médecin a estimé que les symptômes ne représentaient pas un handicap important pour la reprise du travail, elle a toutefois précisé que le demandeur présentait des limitations, soit des problèmes de concentration, une adynamie, une fatigabilité, une perte de confiance en ses capacités, lesquelles étaient probablement un peu réduites. À la question de savoir si l'activité habituelle était encore exigible, le médecin a répondu positivement, progressivement jusqu'à

A/250/2017 - 32/41 - 100%, mais avec des tâches moins stressantes et moins complexes. Le rendement était réduit car le demandeur était plus lent et moins performant. Il n'y avait pas de vraie incapacité de travail sur le plan psychique. À titre de limitations fonctionnelles, le demandeur présentait une limitation de sa capacité de concentration et de sa résistance (rapport du 30 janvier 2012). Par la suite, la Dresse H_____ a certes exposé que les affections neuro-orthopédiques étaient au premier plan et les seules causes de l'incapacité de travail et que les troubles psychiques étaient très atténués. Elle a toutefois expliqué qu'elles avaient une influence sur la thymie qui s'était dépréciée, le rendement, la concentration et la confiance en soi. Le demandeur poursuivait des entretiens de soutien et une médication anti-dépressive (rapport du 23 juillet 2012). En outre, dans un courriel du 7 novembre 2014, le SMR a encore retranscrit les explications données par la Dresse E_____, selon laquelle la capacité de travail du demandeur restait nulle dans son activité habituelle de cadre vu sa résistance au stress et sa capacité d'adaptation diminuées, ce que la

Dresse E_____ a encore confirmé en indiquant que le demandeur n'était plus apte à occuper un poste de cadre avec des responsabilités étant donné qu'il restait vulnérable au stress (rapports des 17 décembre 2014, 25 février et 2 mars 2015). Compte tenu de ce qui précède, s'il apparaît que les médecins n'ont pas établi, postérieurement au 31 juillet 2011, d'arrêt de travail en raison de troubles psychiques. Il ne fait néanmoins pas de doute, à la lecture de l'ensemble des rapports médicaux, que suite à son burn-out survenu en 2009/2010, la symptomatologie psychique du demandeur ne s'est pas amendée dans une mesure propre à lui permettre de reprendre durablement l'exercice d'une fonction de cadre avec de hautes responsabilités ainsi que des tâches complexes et stressantes comme celles qu'il avait auprès de son ancien employeur. Le fait que le demandeur se soit inscrit au chômage le 21 juin 2011 ne suffit pas encore à retenir l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle. Par conséquent, en tant que l'OAI a retenu que le demandeur présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès janvier 2010, sa décision n'est pas manifestement erronée. Cela étant, s'il y a lieu de retenir que le demandeur n'a plus présenté une capacité de travail dans un poste à hautes responsabilités, il n'en demeure pas moins qu'une amélioration de son état psychique lui a permis de recouvrer une capacité de travail à 50% dès le 1er juin 2011 et à 100% dès le 1er août 2011, dans une activité adaptée, sans stress, avec moins de responsabilités et moins de tâches complexes. Or, force est de constater que l'OAI, à tort, n'a pas pris en compte cette amélioration de l'état de santé du demandeur dès la mi-2011, pourtant dûment relevée à plusieurs reprises par le SMR (avis des 10 octobre 2011, 17 janvier et 13 juin 2013). En effet, l'OAI a omis de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité du demandeur (comme l'impose l'art. 17 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; LPGA - RS 830.1). Ce faisant, l'OAI a

A/250/2017 - 33/41 - considéré, à tort, qu'en raison de ses troubles psychiques, le demandeur a présenté, sans discontinuer, une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'en avril 2013. Partant, la décision de l'OAI est insoutenable sur ce point. Il convient dès lors de déterminer le degré d'invalidité du demandeur suite à l'amélioration de son état de santé dès mi-2011. 12. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_543/2008 du 4 mars 2009 consid. 7). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1). S'agissant du revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des

circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut,

A/250/2017 - 34/41 - sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).
b. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).
c. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du

E. 17

Compte tenu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise, le demandeur ayant droit, de la défenderesse principale, à une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 octobre 2011, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 23 janvier 2017, sous réserve d'un éventuel différé des prestations et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation, et de la défenderesse subsidiaire, à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2013, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 23 janvier 2017, sous déduction des rentes versées à titre provisoire et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.

E. 18

Contrairement aux autres branches des assurances sociales, la législation en matière de prévoyance professionnelle ne contient aucune disposition relative à la fixation des dépens pour la procédure devant le tribunal cantonal désigné pour connaître des litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 73 al. 2 LPP). Il appartient par conséquent au droit cantonal de procédure de déterminer si et à quelles conditions il existe un droit à une indemnité de dépens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_590/2009 du 26 mars 2010, consid. 3.1). Selon l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative (LPA ; RSG E 5 10), une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause, étant précisé que le terme recourant vise l'assuré, soit également le demandeur (arrêt du Tribunal fédéral

4A_382/2008 du 12 novembre 2008). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA – E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.-. Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/565/2018 du 21 juin 2018). En l'espèce, au vu du nombre d'échanges d'écritures et de leur pertinence, il se justifie d'allouer une indemnité de CHF 6'000.- au demandeur à titre de dépens, soit CHF 3'000.- à charge de la défenderesse principale et CHF 3'000.- à charge de la défenderesse subsidiaire.

E. 19

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

A/250/2017 - 41/41 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Dit que la défenderesse principale doit verser au demandeur une rente d'invalidité entière du 1er mars au 31 octobre 2011, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le

E. 23

janvier 2017, et dès la date de leur exigibilité pour les rentes échues postérieurement à la demande en justice, sous déduction des rentes versées à titre provisoire et sous réserve d'une éventuelle surindemnisation. 5. Condamne la défenderesse principale à verser au demandeur le montant de CHF 3'000.- à titre de dépens. 6. Condamne la défenderesse subsidiaire à verser au demandeur le montant de CHF 3'000.- à titre de dépens. 7. Dit que la procédure est gratuite. 8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.