

GE_GERICHTE ATAS/446/2011 vom 18. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_446_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/446/2011 du 18 avril 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/446/2011 del 18 aprile 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) 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 ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 ; art. 142 code civil). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). S'agissant du for de l'action, celui-ci 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, la demanderesse a exercé son activité à Genève. La compétence *ratione loci* du Tribunal de céans est ainsi donnée, et n'est par ailleurs pas contestée. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La novelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première 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). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). En l'espèce, le présent litige concerne le droit à des prestations d'invalidité à compter de février 2006, de sorte qu'il sera examiné au regard des nouvelles

A/2366/2010 - 11/18 - normes dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si les défenderesses sont tenues de verser en faveur de la demanderesse des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle.

E. 4

A titre préalable, la Cour de céans constate que les défenderesses contestent la qualité d'assurée de la demanderesse, au motif que son salaire annuel était inférieur au minimum légal. Sont soumis à l'assurance obligatoire, les salariés qui ont plus de 17 ans et qui

reçoivent d'un même employeur un salaire annuel supérieur à un certain montant fixé à l'art. 2 al. 1 LPP (23'880 fr. en 1998, 24'120 fr. en 1999 et 2000, 24'720 fr. en 2001 et 2002 ; art. 5 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP 2 ; RS 831.441.1)). L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail et cesse notamment lors de leur dissolution. 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 (art. 2 et 10 al. 1 et 3 LPP). En l'occurrence, il ressort des pièces versées au dossier que la demanderesse a commencé son activité auprès de son dernier employeur en février 1998 et que le contrat a été résilié pour le 31 décembre 2002 (pièce 2bis chargé demanderesse). Par conséquent, dans l'hypothèse où la demanderesse aurait reçu un salaire supérieur au montant limite fixé par l'art. 5 de l'OPP2, il y aurait lieu de retenir que la période d'assurance a débuté en février 1998 et a pris fin le 31 janvier 2003, soit un mois après la fin des rapports de travail. Au vu des considérations qui suivent, la question du montant du salaire pourra cependant rester ouverte.

E. 5

Selon l'art. 23 LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 pour cent 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. 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 126 V 311 consid. 1 in fine; consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force

A/2366/2010 - 12/18 - contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003. L'institution de prévoyance est touchée au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73). 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 273 s. consid. 3.1, 129 V 76). Dans le cas particulier, l'OAI n'a pas notifié sa décision aux défenderesses. Celles-ci ne sont donc pas liées par la fixation par les organes de l'assurance-invalidité du moment de la survenance de l'incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir si les dispositions réglementaires des défenderesses reprennent la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité.

E. 6

Ont droit à des prestations d'invalidité, les personnes invalides qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23, 2e partie de la phrase, LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004). 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, d'au moins 20% (TFA du 14 mars 2005, B 105/03), 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. 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 B 35/00 du 22 février 2002). 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

A/2366/2010 - 13/18 - constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 263 consid. 1a, 118 V 45 consid. 5). 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 (ATF 130 V 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant 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 (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa).

E. 7

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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes

A/2366/2010 - 14/18 - directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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/bb et cc).

E. 8

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la demanderesse est invalide en raison de troubles psychiques, soit une dysthymie chronique et un trouble mixte de la personnalité. Les parties ne contestent pas non plus que ces troubles psychiques ont entraîné une incapacité de travail totale à compter de février 2005 à juillet 2005, puis de 70% d'août 2005 à décembre 2006 et de 50% dès le 1er janvier 2007, comme l'a retenu le TCAS dans son arrêt du 28 janvier 2008 (ATAS/115/2008), confirmé par le TF le 26 juin 2009 (cause 9C_200/2008). Il résulte en effet de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR - qui a pleine valeur probante - que quand bien même la demanderesse avait été en incapacité de travail depuis décembre 1999 pour des troubles somatiques, il apparaissait que ceux-ci n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail. Par contre, elle souffrait de troubles psychiques, qui s'étaient décompensés dès février 2005 et qui avaient entraîné depuis cette date, une incapacité de travail totale, qui s'était par la suite améliorée.

A/2366/2010 - 15/18 - b) La demanderesse fait valoir, dans le cadre de la présente procédure, que les troubles psychiques avaient, en janvier 2001 déjà, une incidence sur sa

capacité de travail, de l'ordre de 20% à 40%. S'agissant de l'apparition des troubles psychiques, l'expertise de la CRR retient que la dysthymie chronique s'est installée probablement après le décès de la mère de la demanderesse, soit en 1993. Elle avait décompensé une personnalité à traits évitants et anxieux dominés par l'appréhension, le sentiment d'infériorité, la difficulté de nouer des relations sociales et dépendants. Les experts ont précisé que la dysthymie chronique, associée au trouble mixte de la personnalité dominé par les traits évitants (anxieux) et dépendants, constituait indéniablement une atteinte à la santé psychique avec un impact sur la capacité de travail. S'agissant de déterminer à partir de quand les troubles psychiques avaient eu une répercussion sur la capacité de travail de la demanderesse, les experts ont estimé que si l'évolution dysthymique datait certainement de 1993, elle avait clairement une valeur incapacitante à partir de février 2005. A partir de cette date, la décompensation de la dysthymie avait nécessité une prise en soins psychiatrique spécialisée et entraîné une incapacité de travail de longue durée liée à diverses limitations fonctionnelles, à savoir des plaintes diffuses et envahissantes, une anticipation anxieuse et pessimiste avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, une tendance à l'évitement et au repli, un adynamisme. Qui plus est, la Dresse R_____, psychiatre traitant, a également diagnostiqué la présence, depuis février 2005, d'une dépression récurrente grave entraînant une incapacité de travail totale (rapport du 17 janvier 2007). Pour faire valoir que sa capacité de travail était déjà diminuée par les troubles psychiques en janvier 2001, la demanderesse se fonde sur les conclusions du Prof. P_____ et du Dr L_____. La Cour de céans constate que le Prof. P_____ a certes indiqué, dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2003, que la demanderesse paraissait ralentie. Cet expert a ajouté que malgré le fait que l'expertise psychiatrique de 2002 avait conclu à l'absence d'un état dépressif, on pouvait se demander si cela était encore valable. Selon lui, l'incapacité de travail était de 20% au moins depuis janvier 2001 en raison du ralentissement et du manque d'activité pendant plusieurs années. Le Dr L_____ a, quant à lui, effectivement diagnostiqué un état dépressif existant depuis 1999 et des lombalgies chroniques sur troubles statiques. Selon lui, l'incapacité de travail était totale (rapport du 8 mars 2001). La Cour de céans relèvera cependant que dans la mesure où ces médecins ne sont pas spécialisés en psychiatrie, l'on ne saurait retenir, sur la base de leurs rapports uniquement, que la demanderesse présentait, en janvier et mars 2001, une incapacité de travail en raison de troubles psychiques. De surcroît, s'il est

A/2366/2010 - 16/18 - vraisemblable que la demanderesse a présenté un ralentissement au moment de l'examen effectué par le Prof. P_____ - le 10 novembre 2003 - aucune pièce au dossier ne permet cependant de faire remonter la présence de ce ralentissement au mois de janvier 2001, soit presque trois ans auparavant. Il y a lieu encore de relever qu'avant de rendre leurs conclusions, les experts de la CRR ont pris connaissance des rapports invoqués par la demanderesse avant de rendre leurs conclusions, de sorte que s'ils avaient estimé que les troubles psychiques avaient eu, avant février 2005, une quelconque incidence sur la capacité de travail de la demanderesse, on ne voit pas pour quelles raisons ils ne l'auraient pas mentionné. La demanderesse fait également valoir qu'un traitement antidépresseur avait déjà été initié en 2001. On relèvera à cet égard que la Dresse M_____, qui suit la demanderesse depuis le 3 mars 2000, a expliqué au Dr O_____, le 12 novembre 2002, que sa patiente n'avait jamais présenté de signes d'un état dépressif et qu'elle avait prescrit le Séropram uniquement dans le but d'atténuer les douleurs ostéo-articulaires de la demanderesse (rapport du 16 novembre 2002 du Dr O_____, p. 2). Un traitement antidépresseur avait d'ailleurs été également conseillé

par le Dr N_____ pour diminuer le seuil de la douleur et quand bien même la demanderesse ne lui était pas apparue dépressive (rapport du 27 novembre 2000). De surcroît, c'est seulement le 15 juin 2004 que la Dresse M_____ évoque pour la première fois la présence d'un trouble psychique chez la demanderesse, soit une dépression modérée. En conclusion, aucun avis médical ne permet à la Cour de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise de la CRR, ni de retenir que la demanderesse présentait, en 2001 déjà, une incapacité de travail due à des troubles psychiques. Force est dès lors de constater que la survenance de l'incapacité de travail en raison des troubles psychiques remonte au mois de février 2005, au plus tôt, soit bien après la fin de l'éventuelle période d'assurance, fixée au 31 janvier 2003. La demanderesse sera par conséquent déboutée de toutes ses conclusions. Compte tenu de ce qui précède, la question de la légitimité passive de la défenderesse I peut rester ouverte.

E. 9

Les défenderesses prétendent à l'octroi de dépens. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère

A/2366/2010 - 17/18 - par l'assuré; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4). Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits évoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable (ATF 124 V 287 consid. 3b). Même si elle a échoué à faire reconnaître un droit à des prestations d'invalidité, la demanderesse n'a pas défendu une position insoutenable, de sorte qu'elle ne saurait être condamnée à verser une indemnité aux défenderesses.

E. 10

La demande doit par conséquent être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 3 LPA).

A/2366/2010 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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