

GE_GERICHTE ATAS/482/2014 vom 8. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_482_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/482/2014 du 8 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/482/2014 del 8 aprile 2014

Erwägungen

E. 4

Dans un jugement du 28 mars 2002, la Commission cantonale de recours AVS/AI, alors compétente, a relevé que l'instruction menée par l'OAI avait mis en évidence un status après une contusion cervico-dorsale, un conflit sous-acromial de l'épaule droite avec une déchirure partielle du sous-scapulaire et une tendinite du sus-épineux, ainsi qu'une cyphose dorsale. Elle a confirmé que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité légère adaptée et a retenu un taux d'invalidité de 31,6% au maximum, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 5

Le 16 janvier 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé.

E. 6

Par courrier du 4 février 2005, la Caisse a requis de l'assuré des informations sur sa capacité de travail et sa situation professionnelle, ainsi que la copie d'une éventuelle décision de l'OAI. Elle a ajouté que sans nouvelles de sa part, elle considérerait qu'il était à nouveau apte à travailler et transférerait sa prestation de libre passage auprès de l'institution supplétive. L'assuré lui a répondu en février 2005 qu'il n'avait pas repris d'activité professionnelle et que sa demande AI était en cours.

E. 7

Par décision du 24 novembre 2005, l'OAI a rejeté la deuxième demande de l'assuré, estimant qu'aucune nouvelle atteinte à la santé ayant valeur de maladie ne permettait de justifier une incapacité de travail durable. Copie de cette décision a été adressée à la Caisse.

E. 8

Par courrier du 1er juin 2006, cette dernière a écrit à l'assuré qu'elle entendait lui transférer son avoir de libre-passage, compte tenu du refus de prester de l'OAI.

A/2778/2013 - 4/19 -

E. 9

Le 8 juin 2006, l'assuré lui a répondu que la décision de l'OAI faisait l'objet d'un recours, de sorte qu'il la priait d'attendre la fin de la procédure.

E. 10

Par décision sur opposition du 2 juillet 2007, laquelle a été communiquée à la Caisse, l'OAI a confirmé sa décision du 24 novembre 2005.

E. 11

Le 12 juillet 2007, la Caisse a invité l'assuré à lui fournir les indications nécessaires au transfert de sa prestation de libre passage puisque sa demande de rente avait été refusée.

E. 12

En date du 26 juillet 2007, l'assuré lui a répondu que son opposition était toujours en cours.

E. 13

Par arrêt du 19 février 2008, la Chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition du 2 juillet 2007. Elle a rappelé que selon la décision initiale de refus du 11 septembre 2000, confirmée par la Commission cantonale de recours, les troubles somatiques présentés par l'assuré ne permettaient pas de retenir un degré d'invalidité suffisant pour justifier l'octroi de prestations AI. Quant aux troubles diagnostiqués dans le cadre de la procédure de révision, à savoir un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, ainsi qu'un trouble dépressif, ils ne constituaient pas une aggravation susceptible d'être prise en considération au sens de l'AI, de sorte que les conditions de la révision n'étaient pas réunies (ATAS/201/2008). Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral (ATF 9C_310/2008 du 12 février 2009).

E. 14

Le 20 avril 2009, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, mentionnant souffrir de dépression, d'angoisse et d'idées noires depuis 1999.

E. 15

Le 7 octobre 2010, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente duquel il ressort que son service médical avait admis, sur la base notamment d'une expertise pluridisciplinaire, une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le mois de janvier 2008 en raison d'un trouble psychiatrique. L'assuré avait droit à un trois-quarts de rente basé sur un degré d'invalidité de 66% dès le 1er octobre 2009, soit six mois après le dépôt de sa demande. Copie de cette missive a été communiquée à la Caisse.

E. 16

Le 14 octobre 2010, la Caisse a écrit à l'assuré qu'elle avait appris qu'il avait été reconnu invalide à 66% dès le 1er octobre 2009. Elle a sollicité qu'il lui communique le montant de ses rentes d'invalidité afin qu'elle puisse calculer celles du 2ème pilier.

E. 17

Par décision du 3 décembre 2010, l'OAI a confirmé son projet du 7 octobre 2010 et octroyé à l'assuré un trois-quarts de rente ordinaire d'un montant de 798 fr. dès le mois d'octobre 2009, ainsi qu'une rente complémentaire pour enfant d'un montant de 319 fr. pour les mois de septembre à novembre 2010.

E. 18

Le 1er février 2011, la Caisse a indiqué à l'assuré qu'il avait droit à une rente d'invalidité de 976 fr. 35 au titre du 2ème pilier dès le 1er octobre 2009, ainsi qu'à

A/2778/2013 - 5/19 - une rente mensuelle de 195 fr. 30 au titre d'enfant d'invalide pour les mois de septembre à novembre 2010.

E. 19

En date du 15 février 2011, la Caisse a informé l'assuré du versement rétroactif d'un montant de 16'597 fr. 95 correspondant à sa rente d'invalidité du 1er octobre 2009 au 28 février 2011.

E. 20

Statuant sur le recours de l'assuré, la Chambre de céans a jugé, le 16 mai 2011, que les documents médicaux ne permettaient pas d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'elle a annulé la décision de l'OAI du 3 décembre 2010 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 21

Le 26 juillet 2011, la Caisse a communiqué le dossier de l'assuré à son réassureur, lequel a répondu, dans une lettre du 3 août 2011, qu'il n'était pas tenu de prester. En effet, l'OAI avait rejeté en 2007 la demande de prestations de l'assuré pour l'incapacité de travail survenue en 1999 et le projet de décision de l'OAI du 7 octobre 2010 stipulait que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis janvier 2008, alors que les rapports de travail avaient pris fin en avril 1999.

E. 22

En date des 23 août et 12 septembre 2011, la Caisse a annoncé à l'assuré qu'elle avait mis en suspens le paiement de sa rente d'invalidité et qu'elle devait réexaminer son dossier suite à un courrier de son assurance. Elle se réservait le droit de lui demander le remboursement des prestations déjà versées en cas de modification des conditions d'octroi.

E. 23

Le 29 septembre 2011, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a exhorté la Caisse à reprendre le versement de sa rente d'invalidité.

E. 24

La Caisse lui a écrit le 12 janvier 2012 qu'elle n'était pas tenue de lui verser des prestations puisqu'il était reconnu invalide à partir du 1er octobre 2009 et que cette invalidité n'était pas en relation avec l'incapacité de travail de 1999. Dès lors, elle le considérait comme sortant de l'institution de prévoyance, de sorte qu'elle le priait de lui communiquer les coordonnées d'un compte bloqué afin qu'elle puisse lui transférer sa prestation de libre passage.

E. 25

Par courriers des 20 février et 24 avril 2012, l'assuré a contesté cette position et a derechef requis la reprise du versement de la rente.

E. 26

Le 4 octobre 2012, l'OAI a rendu une nouvelle décision après avoir repris l'instruction du dossier suite à l'arrêt de la Chambre de céans du 16 mai 2011. Il a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100% du 3 au 7 janvier 2008 et de 50% dès le 8 janvier 2008. Celui-ci avait droit à un trois-quarts de rente d'invalidité basé sur un taux de 66% dès le 1er octobre 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 21 avril 2009, dont le montant mensuel était de 798 fr., porté à 812 fr. dès le 1er janvier 2011. En outre, il pouvait bénéficier d'une rente complémentaire pour enfant de 319 fr. pour les mois de septembre à novembre 2010.

E. 27

Par acte du 30 août 2013, l'assuré saisit la Chambre de céans d'une demande en paiement dirigée contre la Caisse. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement, à ce que la défenderesse produise l'intégralité de son dossier, notamment les certificats de prévoyance le concernant depuis 1989 et les échanges de correspondances avec le réassureur. Principalement, il conclut à la condamnation de la défenderesse au paiement de la somme de 29'991 fr. 25, avec intérêts à 5% dès le 1er septembre 2012, ainsi qu'au versement d'une rente d'invalidité mensuelle de 976 fr. 35 et d'une rente pour enfant d'invalidité mensuelle de 195 fr. 30 dès le 1er septembre 2013. A l'appui de sa demande, il invoque qu'il était toujours assuré auprès de la défenderesse en 2009 lors de l'ouverture de son droit à la rente. Il affirme en effet avoir été victime d'un accident en 1998 et être resté en incapacité de travail de manière continue depuis 1999, date à laquelle ses rapports de travail ont cessé pour cause d'invalidité. Il considère ainsi être demeuré assuré depuis le début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. Si tel n'était pas le cas, la défenderesse aurait dû l'informer des possibilités de maintien de la prévoyance et virer sa prestation de sortie à l'institution supplétive dans le mois suivant sa sortie, ce qu'elle n'avait pas fait.

E. 28

Dans sa réponse du 15 octobre 2013, la défenderesse conclut au rejet de la demande. Elle expose en premier lieu que l'affiliation du demandeur a pris fin un mois après la dissolution des rapports de travail. Elle soutient que la fin du rapport d'assurance n'est pas conditionnée au transfert de la prestation de libre passage, lequel a été suspendu jusqu'en 2011 compte tenu de la longue et complexe procédure AI. Elle précise que les institutions de prévoyance évitent de transférer la prestation de libre passage lorsque et tant qu'une procédure AI est en cours, afin d'éviter des transferts de fonds inutiles si l'invalidité est reconnue et l'institution de prévoyance redevable. Elle invoque ensuite l'absence de connexité entre l'incapacité de travail de 1999 et l'invalidité reconnue par l'OAI en 2010, rappelant que cet office a considéré que le demandeur souffrait d'une aggravation de son état de santé dès le mois de janvier 2008 seulement, sur la base d'un trouble inhérent à sa personnalité. Partant, l'affection à l'origine de l'invalidité n'est pas celle qui s'est manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné l'incapacité de travail. Elle affirme en outre que le demandeur a été informé des possibilités de maintenir sa prévoyance par le formulaire reçu et qu'elle s'est crue à tort redevable de prestations en 2011. Tenant compte de sa part de responsabilité à l'origine du versement injustifié des prestations, elle renonce toutefois à solliciter le remboursement des prestations indûment touchées.

E. 29

Dans ses observations du 8 novembre 2013, le demandeur persiste et conclut en outre, subsidiairement et à titre préalable, à ce qu'une expertise médicale portant sur la question du lien de connexité entre l'incapacité de travail survenue en 1998 et l'invalidité reconnue depuis 2009 soit au besoin ordonnée. Il soutient en substance que ses problèmes psychiques découlent de l'accident de 1998, que la défenderesse

A/2778/2013 - 7/19 - l'a considéré comme invalide et comme faisant partie de ses assurés jusqu'à la fin de l'année 2011, qu'elle a continué à alimenter son compte de prévoyance et n'a pas procédé au transfert de sa prestation de libre passage. Par ailleurs, la position de la défenderesse lui causerait un dommage, lequel correspond au montant capitalisé des rentes

dont il se trouverait privé à défaut d'avoir pu maintenir sa prévoyance. Il considère que la défenderesse ne saurait, plus de dix ans après l'ouverture du cas d'assurance, prétendre soudainement et rétroactivement qu'il n'était finalement plus assuré depuis la date de cessation des rapports de travail sans violer l'interdiction de l'abus de droit. Il ajoute que la défenderesse est obligée de procéder à une appréciation anticipée de l'invalidité pour déterminer si un assuré doit être considéré comme invalide et rester assuré auprès d'elle, ou au contraire comme licencié et sortant de ses affiliés, et que lorsqu'elle reconnaît un assuré comme invalide lors de la cessation des rapports de travail, il demeure assuré.

E. 30

Par écriture du 4 décembre 2013, la défenderesse maintient ses conclusions et conteste qu'une expertise soit nécessaire, rappelant que le projet d'acceptation de l'OAI du 7 octobre 2010 mentionne expressément que l'aggravation de l'état de santé du demandeur depuis janvier 2008 résulte d'un trouble psychiatrique. Elle fait valoir l'absence de lien de connexité entre l'incapacité de travail de 1999 et l'invalidité reconnue par l'OAI. Elle relève qu'elle a régulièrement invité le demandeur à lui communiquer les informations nécessaires pour le transfert de sa prestation de sortie, mais que celui-ci lui a systématiquement demandé de patienter. Elle soutient avoir octroyé des prestations au demandeur sur la base d'une appréciation erronée de la situation puisqu'elle méconnaissait l'absence de causalité entre l'atteinte à l'origine de l'incapacité de travail et celle pour laquelle des prestations AI avaient finalement été accordées. Il n'en résulte aucun dommage pour le demandeur dans la mesure où son épargne a porté intérêts le temps des procédures AI et où il n'aurait de toute façon pas pu souscrire une nouvelle assurance pour le risque invalidité puisqu'il se déclarait en incapacité totale de travailler et qu'une procédure AI était en cours.

E. 31

Copie de cette écriture a été transmise au demandeur le 5 décembre 2013. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ ; RSG E 2 05) en vigueur dès 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 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP ; RS 831.40] ; art. 142 du Code civil [CC ; RS 210]). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/2778/2013 - 8/19 - 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 (cf. Raymond SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; Hans Rudolf SCHWARZENBACH-HANHART, *Die Rechtspflege nach dem BVG*, SZS 1983, p. 182). La demande du 30 août 2013, introduite dans les formes prévues par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RSG E 5 10), est donc recevable. 3. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006 ; RO 2004 1700), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans

le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). S'agissant du droit applicable *ratione temporis*, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés pour partie avant et après l'entrée en vigueur de la nouvelle, l'ancien droit est applicable jusqu'au 31 décembre 2004 et le nouveau droit dès cette date (ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Les dispositions de la LPP seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants. 4. Le litige porte sur le droit du demandeur à des prestations de la prévoyance professionnelle, singulièrement à une rente d'invalidité de la part de la défenderesse. 5. Dans un premier moyen, le recourant invoque qu'il a droit à des prestations de la part de la défenderesse car il était toujours assuré auprès d'elle lors de l'ouverture de son droit à la rente d'invalidité. Il s'agit donc de déterminer si un cas d'invalidité est survenu avant la fin du rapport d'assurance entre le demandeur et la défenderesse. a) En vertu de l'art. 10 al. 2 aLPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004), l'obligation d'être assuré cesse, entre autres éventualités, en cas de dissolution des rapports de travail. L'al. 3 précise que 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. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente.

A/2778/2013 - 9/19 - Dans le domaine de la prévoyance professionnelle, l'affiliation d'un travailleur salarié à l'institution de prévoyance choisie par son employeur est une conséquence légale du contrat de travail qui lie le premier au second. Le travailleur ne peut en principe choisir ni le partenaire, ni le contenu des rapports juridiques avec l'institution de prévoyance. Cette prérogative revient à l'employeur auquel il appartient de déterminer auprès de quelle institution de prévoyance il entend assurer ses employés soumis à l'assurance obligatoire (ATFA B 14/91 du 26 mai 1993 consid. 4a, in RSAS 1994 p. 373). De même, lorsqu'il change d'employeur, le salarié sort de l'institution de prévoyance auprès de laquelle il était assuré jusque-là et entre au sein de celle à laquelle le nouvel employeur a affilié son personnel (sous réserve du cas où les employeurs sont affiliés à la même institution de prévoyance; cf. art. 21 LFLP). Le travailleur n'a alors pas un droit au maintien dans l'ancienne institution de prévoyance; l'appartenance à l'institution de prévoyance de l'employeur est l'expression de l'obligation de celui-ci de s'affilier à une institution de prévoyance et d'y assurer les salariés soumis à l'assurance obligatoire (ATF non publié 9C_691/2013 du 26 décembre 2013, consid. 3.1.1). b) La loi ne prévoit la possibilité pour le travailleur de maintenir son affiliation auprès de la même institution de prévoyance que dans des cas particuliers. Ainsi, selon l'art. 47 al. 1 LPP, l'assuré qui cesse d'être assujéti à l'assurance obligatoire peut maintenir sa prévoyance professionnelle ou sa seule prévoyance vieillesse, dans la même mesure que précédemment, soit auprès de la même institution de prévoyance, si les dispositions réglementaires le permettent, soit auprès de l'institution supplétive. Les institutions de prévoyance peuvent donc prévoir dans leur règlement la possibilité de poursuivre le rapport de prévoyance dans le cadre d'une affiliation externe même après que les rapports de travail ont pris fin. c) L'art. 2 LFLP règle la prestation de sortie. Selon son al. 1, l'assuré a droit à une prestation de libre passage lors de son départ de l'institution de prévoyance. Ce droit ne peut cependant naître que s'il n'y a pas eu

survenance d'un cas de prévoyance (cf. Message concernant le projet de loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, FF 1992 III p. 567 ss). Selon la définition qu'en donne l'art. 1 al. 2 LFLP, le cas de prévoyance survient lorsque l'institution accorde sur la base de son règlement un droit à des prestations lors de l'atteinte de la limite d'âge, ou en cas de décès ou d'invalidité (ATF 126 V 89 consid. 5b). Le cas de prévoyance d'invalidité est réputé survenu lorsqu'un droit à une prestation d'invalidité prend naissance, et ce indépendamment du moment de l'incapacité de travail (ATF 134 V 28 consid. 3.4). La survenance du cas de prévoyance invalidité concorde temporellement avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP ; ATF 135 V 13 consid. 2.6). L'obligation de prester en tant que

A/2778/2013 - 10/19 - telle ne prend naissance qu'avec et à partir de la survenance de l'invalidité et non pas déjà avec celle de l'incapacité de travail. Cette incapacité ne correspond donc pas au cas de prévoyance, qui ne se produit qu'au moment de la survenance effective de l'événement assuré, en cas de décès ou d'invalidité (ATF non publié 9C_629/2011 du 4 mai 2012, consid.5.1). d) L'art. 26 al. 1 LPP prévoit que les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. D'après l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. 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 ; ATFA non publié B 45/03 du 13 juillet 2004, consid. 2). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance- invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'OAI 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. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; ATF 129 V 73). En revanche, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'a décidé l'organe de l'assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'assureur- LPP dans la procédure de l'assurance-invalidité n'a plus d'objet. Dans un tel cas, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23ss LPP, s'applique sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (ATFA non publié B 27/05 du 26 juillet 2006, consid. 3.3). Une inexactitude qualifiée de la décision AI est nécessaire à cet effet. Celle-ci doit pour ainsi dire être arbitraire (Marc HÜRZELER, Commentaire LPP, n. 15 ad art. 23 p. 346 et les références). e) L'art. 10 du règlement de la défenderesse de décembre 1999 mentionne que :

A/2778/2013 - 11/19 - « L'assurance prend fin le jour où cessent les rapports de travail pour une cause autre que l'invalidité, le décès et la retraite ou lorsque les conditions d'affiliation selon l'article 4 ne sont plus remplies. Durant un mois au maximum après la dissolution des rapports de travail, mais au plus tard jusqu'à la date de son nouvel engagement, le salarié demeure assuré auprès de la Caisse pour les risques d'invalidité et de décès. » L'art. 25 du règlement définit la notion d'invalidité comme suit : « Est invalide au sens du présent règlement l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale (AI), et qui était affilié auprès de la Caisse lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. »

A teneur de son art. 26 :

« Le droit aux prestations prend naissance en même temps que le droit aux prestations de l'AI. (...) » S'agissant de la prestation de sortie, l'art. 34 prévoit que : « Si les rapports de travail de l'assuré prennent fin sans qu'il ait droit à des prestations d'invalidité, de décès ou de vieillesse ou si son salaire minimum n'est plus atteint de manière durable, il est démissionnaire de la Caisse dès que l'employeur n'est plus tenu de lui verser un salaire ou dès que son salaire n'est plus suffisant. L'assuré démissionnaire a droit à une prestation de sortie. (...) » Selon l'art. 36 : « La prestation de sortie est exigible dès le jour où l'assuré quitte la Caisse. Elle porte un intérêt moratoire dès cette date. (...) Le montant de la prestation de sortie est transféré à l'institution de prévoyance du nouvel employeur. Si ledit montant ne peut être transféré à une nouvelle institution de prévoyance, le maintien de la prévoyance est garanti, sur demande de l'assuré, par la conclusion d'une police de libre passage auprès d'un assureur ou par l'ouverture d'un compte de libre-passage auprès d'un établissement bancaire agréé. A défaut de notification dans un délai d'un mois après la sortie de la Caisse, celle-ci verse la prestation de sortie à l'Institution supplétive. » 6. 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 le droit litigieux.

A/2778/2013 - 12/19 - 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 et les références ; cf. ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a). 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). 7. Dans le cas particulier, s'agissant de la survenance d'un cas d'invalidité, la Chambre de céans constate tout d'abord que la défenderesse se fonde sur les décisions de l'OAI, bien que toutes ne lui aient pas été communiquées, et que son règlement reprend les notions de l'assurance-invalidité. Dans ces conditions, les décisions de l'OAI doivent se voir reconnaître une force contraignante, sous réserve de leur éventuel caractère insoutenable. Par décision du 11 septembre 2000, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée en octobre 1999 par le demandeur en raison de ses problèmes d'épaule. L'OAI a en effet considéré que le demandeur ne pouvait plus exercer sa profession habituelle, mais qu'il présentait une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que ses atteintes à la santé ne justifiaient pas l'octroi d'une rente d'invalidité. Statuant sur recours du demandeur, la Commission cantonale de recours a confirmé que les troubles somatiques, soit un status après une contusion cervico-dorsale, un conflit sous-acromial de l'épaule droite avec une déchirure partielle du sous-scapulaire et une tendinite du sus-épineux, ainsi qu'une cyphose dorsale, étaient compatibles avec l'exercice d'une activité légère adaptée à plein de temps, mais elle a revu à la hausse le degré d'invalidité, toutefois toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces considérations, confirmées par un arrêt entré en force. Dans le cadre d'une seconde demande de prestations, l'OAI a rendu une décision sur opposition le 2 juillet 2007. Il en ressort qu'aucune nouvelle atteinte à la santé ayant valeur de maladie ne permettait de justifier une incapacité de travail durable,

A/2778/2013 - 13/19 - de sorte que le droit du demandeur à une rente d'invalidité était à nouveau nié. Rien ne permet de remettre en cause le bien-fondé de cette décision, qui a également été confirmée par les instances de recours supérieures. Statuant sur la troisième demande de prestations déposée en avril 2009 par le demandeur, l'OAI a rendu une nouvelle décision le 3 décembre 2010, laquelle a été annulée par la Chambre de céans et a donné lieu à la décision de l'OAI du 4 octobre 2012, non contestée, qui n'apparaît pas arbitraire. Aux termes de cette dernière, l'incapacité de travail du demandeur était de 100% du 3 au 7 janvier 2008 et de 50% dès le 8 janvier 2008, et ce en raison d'un trouble psychiatrique. Cette atteinte à la santé lui a ouvert le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité basé sur un taux de 66% dès le 1er octobre 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 21 avril 2009. Le demandeur ne prétend pas que cette décision, contre laquelle il n'a au demeurant pas recouru, comporterait des inexactitudes. Il n'avance aucun argument permettant de douter de la légitimité de cette appréciation et c'est donc à bon droit que la défenderesse s'y est référée. Concernant la résiliation des rapports de travail, la Chambre de céans relève que la date exacte de cet événement ne ressort pas des pièces produites, seule celle relative à l'interruption du travail le 27 avril 1999 étant mentionnée. Cependant, cette incertitude n'a aucune conséquence pour l'issue du litige dans la mesure où il est établi que l'invalidité du demandeur n'est apparue que de nombreuses années plus tard. Par conséquent, au vu des décisions et arrêts susmentionnés, la Chambre de céans conclut qu'aucun cas d'invalidité n'est survenu pendant le délai de 30 jours suivant la fin des rapports de travail, de sorte que cette échéance a entraîné, en principe, la fin de l'assurance obligatoire du demandeur auprès de la défenderesse. 8. Il convient à présent d'examiner si le demandeur a ce nonobstant maintenu son affiliation auprès de la défenderesse. Le règlement de la défenderesse ne prévoit pas la faculté de poursuivre le rapport de prévoyance dans le cadre d'une affiliation externe après la dissolution des rapports de travail, seules la conclusion d'une police de libre passage auprès d'un assureur

et l'ouverture d'un compte de libre-passage auprès d'un établissement bancaire agréé étant envisagées. Dans ces conditions, le demandeur n'est pas demeuré assuré auprès de la défenderesse après la résiliation de son contrat de travail, cette dernière ayant entraîné la fin du rapport d'assurance. Le défaut de transfert de la prestation de libre passage à laquelle le demandeur avait droit n'y saurait rien changer. A cet égard, la Chambre de céans s'étonne que le demandeur reproche aujourd'hui à la défenderesse de ne pas avoir viré sa prestation de sortie. En effet, il ressort des pièces du dossier que la défenderesse a requis du demandeur, à réception de chaque projet ou décision négative de l'OAI, les informations nécessaires au versement de la prestation de libre passage, et que c'est en raison des affirmations du demandeur,

A/2778/2013 - 14/19 - selon lesquelles la procédure était en cours, que la défenderesse a suspendu cette opération. La Chambre de céans remarque encore avec la défenderesse que le demandeur a omis de lui préciser qu'une décision définitive ayant force de chose jugée avait été rendue suite à sa première demande de prestations. C'est donc en méconnaissance de cause que la défenderesse a accepté de surseoir au transfert, alors même qu'elle avait manifesté son intention d'y procéder. Le demandeur fait également grief à la défenderesse de ne pas l'avoir renseigné sur les possibilités de maintien de sa prévoyance et soutient qu'elle ne saurait, plus de dix ans après l'ouverture du cas d'assurance, prétendre soudainement et rétroactivement qu'il n'était finalement plus assuré depuis la date de la cessation des rapports de travail sans violer l'interdiction de l'abus de droit. La Chambre de céans relève toutefois que, contrairement à ce que soutient le demandeur, la défenderesse ne lui a jamais indiqué qu'elle le reconnaissait comme invalide et ne lui a fourni aucune garantie à cet égard. Il ressort au contraire de son courrier du 1er novembre 1999 qu'elle l'a clairement avisé qu'une décision serait rendue ultérieurement. De même, dans sa missive du 4 février 2005, la défenderesse s'est enquis de la situation professionnelle et de la capacité de travail du demandeur. C'est bien qu'elle ne le considérait pas comme étant invalide. Ce n'est qu'en octobre 2010, à réception du projet d'acceptation de rente de l'OAI, que la défenderesse s'est déclarée redevable de prestations. Au surplus, il est pour le moins surprenant que le demandeur, qui a lui-même prié la défenderesse de patienter en 2005, 2006 et 2007, alors que celle-ci avait manifesté son intention de transférer sa prestation de libre passage, lui reproche aujourd'hui de ne pas l'avoir informé quant aux possibilités de maintien de la prévoyance. A ce propos, il sera observé que l'art. 4 LFLP prévoit que lorsque l'assuré n'entre pas dans une autre institution de prévoyance, il est tenu de notifier à son institution de prévoyance sous quelle forme admise il entend maintenir sa prévoyance. Le fait que la défenderesse n'a pas respecté son obligation de verser la prestation de sortie à l'institution supplétive dans les deux ans après la survenance du cas de libre passage, conformément à l'art. 4 al. 2 LFLP applicable en cas de défaut de notification par l'assuré, ne saurait libérer ce dernier de sa propre obligation. 9. Dans un second moyen, le recourant fait valoir que ses problèmes psychiques découlent de l'accident qu'il a subi en 1998, accident à l'origine de son incapacité de travail qui a débuté en 1999. Il convient ainsi d'examiner si la rente d'invalidité octroyée par l'OAI est fondée sur l'incapacité de travail survenue en 1999, auquel cas la défenderesse pourrait être tenue de prester en dépit de la fin des rapports de prévoyance. a) A teneur de 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.

A/2778/2013 - 15/19 - 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. 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 (ATFA non publié B 35/00 du 22 février 2002). Par incapacité de travail, il faut entendre la perte ou la diminution de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activités habituels. Pour être prise en considération, la diminution de rendement professionnel doit être sensible et indiscutable. En outre, cet état de fait doit être durable. La jurisprudence qualifie de sensible une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle atteint 20 % au moins (ATF 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3 et les références, in SVR 2008 BVG n° 34 p. 143). Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a ; ATF 118 V 35 consid. 5). b) 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 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). 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 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa). c) La relation d'étroite connexité matérielle, exigée entre l'incapacité de travail survenue pendant la durée de la protection de prévoyance et l'invalidité ultérieure déclenchant les prestations, est établie si l'atteinte à la santé à la base de l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui est à l'origine de l'incapacité de travail. (ATF 123 V 264 consid. 1c). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer avec le tableau clinique qui a conduit

A/2778/2013 - 16/19 - plus tard à l'attribution d'une rente AI (ATF non publié B 48/05 du 25 avril 2006, consid. 4). Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, 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 (ATFA non publié B 82/05 du 22 septembre 2006, consid. 3.2 ; ATFA non publié B 32/05 du 24 juillet 2006 ; ATFA non

publié B 93/02 du 3 mai 2004). D'après la jurisprudence fédérale, une connexité matérielle peut être reconnue lorsque les causes à la base de l'incapacité de travail intervenue pendant la couverture d'assurance sont somatiques et que l'invalidité fondant le droit à une rente AI, et déclenchant éventuellement aussi les prestations du droit de la prévoyance professionnelle, est causée par des raisons psychiques. Le fait que les problèmes psychiques se soient déjà manifestés pendant le rapport de prévoyance, et que ceux-ci aient visiblement contribué au déroulement de la maladie, constitue une condition nécessaire, mais pas suffisante (cf. Marc HÜRZELER, Commentaire LPP, n. 24 ad art. 23 p. 350 ; ATFA non publié B 37/06 du 22 septembre 2006, consid. 3.3). Selon notre Haute cour, une connexité matérielle doit être niée lorsque l'attribution sur la base du droit de l'AI d'une rente d'invalidité résulterait uniquement de problèmes psychiques diagnostiqués, et qu'il ne peut être déduit des rapports médicaux et d'expertises – même par une interprétation très large - aucun élément indiquant, déjà pendant le rapport de prévoyance, un problème psychique et une incapacité de travail qui en découlait. En l'occurrence, seules des incapacités de travail provoquées par des douleurs dorsales, lesquelles avaient déjà à l'époque une influence sur l'état psychique de la personne assurée et sur sa situation psychosociale, avaient été attestées pendant la période où le demandeur avait la qualité d'assuré (ATFA non publié B 9/06 du 21 novembre 2006, consid.4). 10. En l'espèce, il convient 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, étant rappelé que les décisions de l'OAI ont une force contraignante. Il ressort du jugement du 28 mars 2002 de la Commission cantonale de recours que seuls des problèmes somatiques avaient été annoncés par le demandeur à l'appui de sa première demande de prestations en octobre 1999. Dans ce cadre, il a été jugé que sa capacité de travail était totale dans une activité légère et qu'il ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité. Le demandeur a par la suite invoqué une aggravation de son état de santé. Selon l'arrêt du 19 février 2008 de la Chambre de céans, il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, ainsi que d'un trouble dépressif, mais ce nouveau diagnostic ne

A/2778/2013 - 17/19 - suffisait pas pour justifier l'octroi de prestations de la part de l'assurance-invalidité, de sorte que le droit à une rente lui a à nouveau été nié. Enfin, au terme de l'instruction relative à la demande de prestations du demandeur d'avril 2009, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité était de 66% compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le mois de janvier 2008, et ce en raison d'un trouble psychiatrique. Il appert ainsi, sur la base des différentes décisions de l'OAI et des deux arrêts cantonaux précités, que l'incapacité de travail du demandeur en cours au mois d'avril 1999 n'est pas à l'origine de son invalidité. La Chambre de céans relèvera encore à l'attention du demandeur, qui soutient que ses troubles psychiques ont été causés par l'accident de 1998, que ce n'est pas l'apparition des troubles comme telle qui fonde l'évènement assuré au sens de l'art. 23 LPP, mais la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance due à l'affection invalidante. En l'occurrence, il ressort expressément de la décision de l'OAI du 4 octobre 2012 qu'une incapacité de travail a été reconnue au demandeur à partir du 3 janvier 2008. Les pièces versées au dossier permettent ainsi de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'une expertise médicale s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Force est donc de conclure que le trouble psychiatrique à l'origine de l'invalidité du demandeur est sans rapport aucun avec l'incapacité de travail qui a débuté en 1999, laquelle était motivée exclusivement par des problèmes somatiques. Par conséquent,

la condition de la connexité matérielle n'est manifestement pas réalisée et le demandeur n'a pas droit à des prestations de la part de la défenderesse. 11. Reste à examiner si la défenderesse pouvait revenir sur l'octroi de prestations au demandeur pour l'avenir, alors qu'elle s'était déclarée redevable de prestations. Même si cela n'est pas expressément précisé dans la loi ou le règlement, la personne assurée n'a droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle qu'aussi longtemps que les conditions posées à leur octroi demeurent remplies. Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire, où la modification ou la suppression d'une rente est soumise aux mêmes conditions matérielles que la révision ou la reconsidération d'une rente de l'assurance-invalidité, qu'en matière de prévoyance plus étendue, le droit aux prestations doit en principe être adapté lorsque celui-ci ne correspond objectivement pas ou plus à la situation de fait ou de droit actuelle. Quand bien même une institution de prévoyance s'en tiendrait par principe aux décisions de l'assurance-invalidité, il est légitime, pour des motifs évidents liés à l'égalité de traitement entre les assurés, que celle-ci adapte ses prestations lorsqu'il apparaît a posteriori que celles-ci ont été allouées sur la base de critères manifestement insoutenables. Dès lors que la jurisprudence a reconnu le droit pour une institution de prévoyance de s'écarter d'une décision de l'assurance-invalidité lorsqu'elle est d'emblée insoutenable, il n'y a pas de raison en effet pour que celle-ci ne puisse pas en faire de même lorsqu'elle ne s'aperçoit qu'après coup du caractère manifestement erroné de la décision sur laquelle elle s'est fondée. La seule limite qu'il y a lieu de poser à cette faculté est le respect des garanties et des

A/2778/2013 - 18/19 - principes constitutionnels qui régissent l'activité des institutions de prévoyance, soit l'égalité de traitement, l'interdiction de l'arbitraire, la proportionnalité ou encore la bonne foi (ATF 138 V 409 consid. 3.2). La Chambre de céans a déjà eu l'occasion de juger que le même raisonnement s'impose lorsque la décision de l'OAI n'est pas erronée en soi, mais que l'institution de prévoyance n'était en réalité pas liée par cette décision, par exemple en raison du défaut de connexité matérielle (ATAS/1247/2013 du 12 décembre 2013). Partant, la défenderesse était légitimée à mettre un terme au versement de la rente d'invalidité. Pour le surplus, il lui sera donné acte de ce qu'elle renonce à réclamer au demandeur le remboursement des prestations indûment versées. 12. En ce qui concerne les frais et dépens de la cause, l'art. 73 al. 2 LPP précise que les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite. L'art. 89H al. 1 LPA prévoit quant à lui que la procédure est gratuite pour les parties, sous réserve de l'indemnité de procédure allouée au recourant qui obtient gain de cause. En matière LPP, le Tribunal fédéral a également estimé que le demandeur avait droit à des dépens, et cela malgré le terme de « recourant » utilisé à l'art. 73 al. 2 LPP. A contrario, le Tribunal fédéral a confirmé que les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4). 13. La demande est donc rejetée et la procédure est gratuite.

A/2778/2013 - 19/19 - 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.