

GE_GERICHTE ATAS/644/2017 vom 17. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_644_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/644/2017 du 17 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/644/2017 del 17 luglio 2017

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). A 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

A/1846/2015 - 19/36 - [CO -RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 LPP; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]). 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. 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. Etant donné que le lieu de l'exploitation où le demandeur était engagé se trouve à Genève, 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). 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.

E. 3

Quant à la demande reconventionnelle, elle respecte également les conditions de forme prescrites par la LPA.

E. 4

La nouvelle modifiant la LPP (première révision) du 3 octobre 2003, sous réserve de certaines dispositions, est entrée en vigueur le 1er janvier 2005, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 445 consid. 1).

A/1846/2015 - 20/36 -

E. 5

Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité, singulièrement, sur la question de savoir s'il était assuré auprès de la défenderesse au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

E. 6

a. Selon l'art. 23 let. a LPP, dans sa teneur en force depuis le 1er janvier 2005, 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 let. a 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. 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). b. 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). c. 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). 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

A/1846/2015 - 21/36 - 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). d. 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). La relation de connexité temporelle doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 5.4; ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références; ATF 123 V 262 consid. 1c; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117; arrêt du Tribunal fédéral 9C_768/2008 du 15 mai 2009 consid. 3).

A/1846/2015 - 22/36 - Les maladies évoluant par poussées telles que la sclérose en plaques ou la schizophrénie occupent une place particulière lorsqu'il s'agit d'apprécier la connexité

temporelle. Les tableaux cliniques de ces maladies sont caractérisés par des symptômes évoluant par vagues, avec des périodes alternantes d'exacerbation et de rémission. La jurisprudence essaie de tenir compte de ce fait en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce (Marc HÜRZELER, in LPP et LFLP, 2010, n. 29 ad art. 23 LPP). Des critères trop sévères dans l'appréciation de la connexité temporelle dans les cas de maladies évoluant par poussées conduiraient à ce que l'institution de prévoyance tenue à prestations lorsque la maladie s'est déclarée serait régulièrement appelée à verser les rentes lors de poussées ultérieures invalidantes, quand bien même l'assuré aurait connu depuis d'assez longues périodes durant lesquelles sa capacité de travail se serait rétablie et aurait été mise en valeur dans le cadre de plusieurs contrats de travail, même brefs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.12/03 du 12 novembre 2003 consid. 3.2.1). En matière de maladies évoluant par poussées, il est toutefois central que la question de l'existence d'une connexité temporelle se pose seulement si la survenance d'une incapacité de travail invalidante pendant la durée de rapport de travail et du rapport de prévoyance pertinent, est suffisamment prouvée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 30 ad art. 23 LPP). Le Tribunal fédéral des assurances avait considéré l'activité lucrative de sept mois d'un assuré souffrant de schizophrénie paranoïde, comme simple tentative de travail, qui ne rompait pas la connexité temporelle (arrêt B.22/99 du 6 août 2001), alors que la rupture du lien avait été admise après une capacité de travail d'une année et demi (arrêt B.94/00 du 4 mai 2001). Plus récemment, le Tribunal fédéral a estimé, dans le cas d'un assuré souffrant de schizophrénie paranoïde hallucinatoire chronique, qu'une pleine capacité de travail d'une durée de cinq mois et demi après la survenance d'une première période d'incapacité de travail suffisait à interrompre la connexité temporelle entre cette première incapacité de travail et une deuxième, invalidante, qui était survenue ultérieurement, à plus forte raison que la première période d'incapacité de travail n'avait duré que 11 jours et qu'à cette occasion, la schizophrénie avait pour la première fois obligé l'assuré à interrompre son travail alors que le rapport de travail durait depuis plus de 5 ans et demi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_944/2012 du

E. 10

avril 2017, p. 34).

A/1846/2015 - 27/36 - Par ailleurs, il n'y a pas eu, postérieurement à l'incapacité de travail du demandeur du 6 au 31 juillet 2009, de période pendant laquelle le demandeur aurait disposé d'une capacité de travail justifiant l'interruption du lien de connexité temporelle avec l'invalidité reconnue dès juillet 2010, puisque les rapports de travail du demandeur auprès de H_____ ont pris fin le 14 août 2009, qu'à compter du 1er octobre 2009, le demandeur a été engagé à 50% en tant que chauffeur, soit dans un poste de niveau bien inférieur à celui correspondant à ses qualifications de comptable, et que le 7 janvier 2010, il a été à nouveau hospitalisé pour une décompensation psychotique. Le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue en juillet 2009 et l'invalidité est par conséquent également rempli. Il convient encore d'examiner si, comme le fait valoir la défenderesse, le demandeur présentait une incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de son invalidité, avant le début de son affiliation auprès de la défenderesse, soit avant le

E. 15

janvier 2009. Il est établi que le demandeur a été hospitalisé en mai 2008 en raison d'une schizophrénie paranoïde en rémission incomplète (rapport du 25 juin 2008 du Dr E_____ et de la Dresse F_____), soit le même diagnostic pour lequel le demandeur a été reconnu invalide dès juillet 2010 par l'OAI. Par ailleurs, il résulte des pièces versées au dossier et de l'instruction menée dans le cadre de la présente procédure que suite à cette hospitalisation, le demandeur a été pris en charge par la Dresse K_____, laquelle a expliqué par-devant la chambre de céans que lorsqu'elle l'avait rencontré le 4 juin 2008, il n'était manifestement pas capable de travailler en raison du traitement médicamenteux prescrit. La psychiatre traitant a indiqué qu'au vu de l'apparition en mai 2008 de la crise brutale, par opposition à une crise à bas bruit, et au vu de l'attention qu'elle portait pour limiter au maximum la dose et la durée du médicament prescrit, tout était réuni pour pouvoir formuler un excellent pronostic car le but du demandeur était de pouvoir reprendre une activité professionnelle le plus vite possible. Il résulte d'ailleurs des pièces au dossier que le demandeur s'est inscrit au chômage à compter du mois d'août 2008 avec une pleine aptitude au travail, qu'il a travaillé en tant que comptable pour G_____ SA en septembre-octobre 2008, puis qu'il a perçu des indemnités de chômage avant de travailler à nouveau en tant que comptable du 15 janvier au 5 juillet 2009 pour H_____ à 80%. La défenderesse fait valoir que l'engagement du demandeur par H_____ doit être considéré comme une tentative de reprise d'une activité lucrative qui s'est rapidement soldée par un échec. Selon la défenderesse, le demandeur n'était pas apte, au vu de son trouble psychique et du traitement médicamenteux, à exercer l'activité pour laquelle il avait été engagé et le rétablissement de la capacité de travail dès le 15 janvier 2009 avait été de brève durée. Le demandeur a certes exercé son activité de comptable auprès de H_____ à 80%. A cet égard, la psychiatre traitant a expliqué par-devant la chambre de céans qu'elle

A/1846/2015 - 28/36 - ne savait pas si ce taux avait été proposé par l'employeur ou si c'était un choix délibéré de la part du demandeur. Il résulte ainsi des déclarations fournies par la Dresse K_____ que le demandeur ne présentait pas une incapacité de travail de 20% au moment de commencer son emploi auprès de H_____. Si la psychiatre traitant a certes expliqué qu'elle aurait proposé un début progressif à 50%, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a toutefois pas jugé nécessaire que le demandeur exerce l'activité de comptable à ce taux. Par ailleurs, l'audition de Mme N_____, cheffe du demandeur chez H_____, a permis d'établir que jusqu'à son hospitalisation le 6 juillet 2009, ce dernier a accompli correctement son travail, sans aucune baisse de rendement, alors que son travail était complexe et exigeant. La chambre de céans est d'avis que le fait que le demandeur ait obtenu un poste à 80%, avec pour corollaire un salaire plus bas que celui obtenu précédemment, ne fait pas de ce nouvel emploi une simple tentative de réadaptation professionnelle qui aurait été motivée par des considérations d'ordre social. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le lien de connexité temporelle a été interrompu entre l'hospitalisation de mai 2008 et l'hospitalisation survenue en juillet 2009, étant donné que le demandeur a présenté une capacité de travail durant une période suffisamment longue entre août 2008 et le 5 juillet 2009, période pendant laquelle il n'existe pas d'indice d'une incapacité de travail, ni d'un engagement professionnel qui aurait été lié à des considérations sociales de l'employeur. Par conséquent, il y a lieu de conclure que l'incapacité de travail déterminante en lien de connexité matérielle et temporelle avec l'invalidité est survenue à compter du 6 juillet 2009, alors que le demandeur était affilié à la défenderesse. Celle-ci est donc tenue de verser les prestations d'invalidité en faveur du demandeur. 11. a. Le demandeur conclut au versement d'une rente d'invalidité réglementaire, alors que la défenderesse est d'avis que le demandeur

n'a droit qu'à la rente d'invalidité minimale obligatoire. La défenderesse fait valoir que le demandeur a commis une réticence en omettant de l'informer, en remplissant le formulaire d'admission, du fait qu'il souffrait de décompensation psychotique depuis l'âge de 20 ans, de son hospitalisation survenue en mai 2008, du diagnostic de schizophrénie paranoïde constaté à la sortie de cette hospitalisation et du traitement médicamenteux mis en place. b. Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance sont fondées, en l'absence de disposition statutaire ou réglementaire idoines, à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence de l'assuré, par application analogique des art. 4 ss de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229; ATF 130 V 9). Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Le proposant est donc tenu de déclarer à l'assureur tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque ; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2). Il peut en particulier s'agir de faits propres à aggraver le risque assuré ; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (ATF 122 III 458 consid. 3b/aa). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë, de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3). Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.3). Il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées (ATF 118 II 333 consid. 2b ; 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités). Le proposant est fondé

à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliquées, le sens qu'on leur prête en

A/1846/2015 - 30/36 - général dans les milieux où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attache à ces termes (ATF 116 II 338 consid. 1c). Selon l'art. 3.3 al. 2 du règlement, la personne assurée est tenue de répondre de façon complète et conforme à la vérité aux questions contenues dans le formulaire d'admission. Lorsque la personne assurée donne une réponse fautive aux questions ou omet de déclarer des faits déterminants pour l'appréciation du risque ou des circonstances suspectes qu'elle connaissait ou devait connaître, la fondation peut, dans les six mois à compter de leur découverte, résilier tout ou partie du contrat de prévoyance surobligatoire et refuser totalement ou partiellement toute prestation et prétention à l'exonération de cotisations dues en vertu de celui-ci ou, juste pour ce cas énoncé de la violation de l'obligation de déclarer refuser totalement ou partiellement toute prestation en vertu du contrat de prévoyance surobligatoire, et ce, que les faits ou les circonstances non déclarés aient ou non un rapport avec la survenance du risque assuré. c. En l'occurrence, la défenderesse reproche au demandeur d'avoir répondu négativement à la question figurant dans le formulaire d'admission, formulée comme suit: "avez-vous dû interrompre votre travail lors des 3 dernières années pour des raisons de santé durant plus de 2 semaines complètement ou partiellement?" La chambre de céans constate qu'aucune pièce versée au dossier ne permet de retenir que durant son emploi auprès de D_____ SA (du 1er avril 2003 au 31 janvier 2008) ou durant son emploi auprès de G_____ SA (en septembre/octobre 2008), le demandeur aurait subi une incapacité de travail. Le demandeur a certes été hospitalisé du 2 au 29 mai 2008 en raison d'une schizophrénie paranoïde. On ne saurait toutefois considérer que son état de santé a interrompu l'exercice d'une activité lucrative puisque le demandeur se trouvait alors en congé sabbatique. La défenderesse fait valoir que l'absence d'activité professionnelle n'est pas déterminante, car quoi qu'il en soit, en raison de son hospitalisation le demandeur a dû interrompre l'activité qu'il exerçait alors, et ce quelle qu'elle soit. La chambre de céans est d'avis que la question posée - qui figure dans un formulaire d'admission à la prévoyance professionnelle et qui concerne une éventuelle interruption de travail - ne peut être comprise par un assuré qu'en tant qu'elle concerne exclusivement l'interruption de son activité lucrative, et non l'interruption de ses activités de loisirs. On ne saurait donc reprocher au demandeur d'avoir répondu négativement à la question posée par la défenderesse. Si celle-ci entendait être renseignée sur l'existence d'atteintes à la santé physique ou psychique ou sur les éventuels traitements médicamenteux suivis par le demandeur, la défenderesse aurait dû poser des questions portant sur ces points clairement circonscrits. C'est par conséquent à tort que la défenderesse invoque une réticence et le demandeur a droit à une rente d'invalidité réglementaire.

A/1846/2015 - 31/36 - 12. a. Le demandeur fait valoir qu'il a droit au paiement de CHF 67'877.- correspondant aux rentes arriérées du 1er octobre 2010 au 30 juin 2015. Ce montant a été admis par la défenderesse (écriture du 30 septembre 2016, p. 38 et écriture du 10 avril 2017, p. 48). Le demandeur a amplifié ses conclusions et requis le paiement de CHF 35'968.- supplémentaires correspondant aux rentes arriérées du 1er juillet 2015 au 30 juin 2017. b. Selon l'art. 24 al. 1 LPP, 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), et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c). Le règlement de la défenderesse contient une réglementation identique s'agissant de la prévoyance plus étendue (art. 4.3.1 al. 3 et 4). S'agissant de la

naissance du droit à la rente d'invalidité obligatoire, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) sont applicables par analogie (art. 26 al. 1 LPP). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail [art. 6 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1)] d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. En matière de prévoyance plus étendue, le droit à la rente prend naissance à l'expiration du délai d'attente stipulé dans les dispositions respectives basées sur le plan de prévoyance convenu [...]. Si la rente de l'AI prend naissance avant que ne se soit écoulé le délai d'attente réglementaire et qu'il ne subsiste plus aucun droit au paiement du salaire, ni aux indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, la fondation accorde une rente dans les cas décrits au chiffre 4.3.1, lettres a) à c), seulement selon l'étendue et dans le cadre des dispositions de la LPP, jusqu'à l'expiration du délai d'attente convenu. Ensuite, ce sont les prestations conformes aux dispositions respectives basées sur le plan de prévoyance convenu qui sont servies (art. 4.3.4. al. 1 et 2 du règlement). c. En l'occurrence, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2010 et une rente entière dès le 1er août 2012. Il a fixé le début du délai d'attente d'une année au mois de juillet 2009. La défenderesse ne conteste pas les degrés d'invalidité auxquels l'OAI a abouti, soit 53% dès juillet 2010 et 100% dès août 2012. La naissance du droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire a ainsi débuté le 1er octobre 2010 et celle de la rente de la prévoyance professionnelle surobligatoire le 1er juillet 2011.

A/1846/2015 - 32/36 - Selon le certificat d'assurance au 1er mai 2009, la rente annuelle d'invalidité s'élève à CHF 15'153.- pour la part LPP et à CHF 17'984.- incluant la part surobligatoire, après un délai d'attente de 24 mois. Il s'ensuit que: - du 1er octobre 2010 au 30 juin 2011 (9 mois), le demandeur a droit à une demi-rente LPP, soit CHF 5'682.40 (15'153.- / 2 / 12 x 9); - du 1er juillet 2011 au 31 juillet 2012 (13 mois), le demandeur a droit à une demi-rente réglementaire, soit CHF 9'741.30 (17'984.- / 2 / 12 x 13); - du 1er août 2012 au 30 juin 2017 (59 mois), le demandeur a droit à une rente entière réglementaire, soit CHF 88'421.30 (17'984.- / 12 x 59). Par conséquent, le demandeur a droit à un arriéré de rentes de CHF 103'845.- (5'682.40 + 9'741.30 + 88'421.30) du 1er octobre 2010 au 30 juin 2017. A compter du 1er juillet 2017, il a droit à une rente mensuelle d'invalidité de CHF 1'498.66 (17'984.- / 12), sous réserve d'indexation. 13. a. Le demandeur conclut au versement, à compter du 29 mai 2015, d'un intérêt moratoire sur les rentes arriérées. En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans d'autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131). Les employés assurés étant liés à l'institution de prévoyance par un contrat innommé, il est également admis que ce contrat est soumis à la partie générale du code des obligations (ATF 112 II 241; ATF 101 Ib 231 consid. 3c), en particulier aux art. 102 ss CO; ATF 115 V 27 consid. 8c). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire est dû à partir du jour suivant

celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 98 II 23 consid. 7). À défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO; ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131 consid. 4d). b. En l'occurrence, le règlement de la défenderesse, en vigueur dès le 1er janvier 2009, prévoit que si la défenderesse accuse du retard dans le versement des prestations, l'intérêt moratoire correspond au taux d'intérêt minimal LPP, au

A/1846/2015 - 33/36 - maximum 5%, pour autant qu'aucune convention spéciale ne soit applicable ou que le présent règlement de prévoyance ne contienne aucune autre réglementation. Selon la défenderesse, en l'absence de convention spéciale ou d'autre réglementation, le taux d'intérêt minimal LPP doit s'appliquer, ce que le demandeur admet (écriture du 7 avril 2017, p. 8). Aux termes de l'art. 15 al. 2 LPP et 12 de l'Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du

E. 18

La défenderesse conclut à l'octroi de dépens. Les caisses de pension n'ont en principe pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4a), sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré. Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef.

E. 19

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP).

A/1846/2015 - 36/36 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande en paiement recevable. 2. Déclare la demande reconventionnelle recevable. Au fond : 3. Admet partiellement la demande en paiement. 4. Dit que le demandeur était assuré auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de son invalidité. 5. Condamne la défenderesse à verser au demandeur le montant de CHF 103'845.-, sous réserve de sa réduction éventuelle en cas de non-restitution de la prestation de sortie, majoré d'un intérêt moratoire de 1,75% du 5 juin au 31 décembre 2015, de 1,25% du 1er janvier au 31 décembre 2016 et de 1% dès le 1er janvier 2017. 6. Condamne la défenderesse à verser au demandeur, dès le 1er juillet 2017, une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'498,66, sous réserve d'indexation et sous réserve de sa réduction éventuelle en cas de non-restitution de la prestation de sortie. 7. Rejette la demande reconventionnelle. 8. Condamne la défenderesse à verser au défendeur le montant de CHF 6'500.- à titre de dépens. 9. Dit que la procédure est gratuite. 10. 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

Florence SCHMUTZ

Le président

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

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