

GE_GERICHTE ATAS/848/2009 vom 18. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_848_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/848/2009 du 18 juin 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/848/2009 del 18 giugno 2009

Erwägungen

E. 20

Dans sa réponse du 7 juillet 2008, l'OCAI propose le rejet du recours. Il rappelle que dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations, l'assuré a fait l'objet d'un examen psychiatrique en date du 5 décembre 2002 ayant conclu à la rémission complète de l'état dépressif moyen. Sur le vu du résultat de l'expertise, il a été reconnu à l'assuré une capacité de travail de 50% dès le mois de février

A/1732/2008 - 5/13 - 2002, puis de 100% à compter du mois de juillet 2002. Il rappelle par ailleurs que du 1er juillet 2002 au 29 avril 2003, l'assuré a travaillé sans interruption auprès de Y_____ AG, alors qu'il était affilié à la Fondation de prévoyance. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI, déposée le 30 juin 2004, l'assuré s'est vu accorder une rente à compter du mois d'avril 2003. Il reprend en outre la jurisprudence fédérale relative à l'art. 23 LPP, qui a pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé, entre au service d'un nouvel employeur et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance invalidité. Il rappelle les conditions pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations. Il précise en particulier que l'ancienne institution de prévoyance ne saurait répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Il admet certes, en l'espèce, que l'assuré est atteint de la même maladie. Il précise toutefois, en se référant à l'examen psychiatrique du 17 décembre 2002, que l'état dépressif de l'assuré avait été considéré comme étant en rémission complète et que l'assuré avait retrouvé progressivement une capacité de travail de 100%. Il en déduit qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une réapparition de la maladie. Il rappelle qui plus que l'assuré a retrouvé un travail à plein temps, qu'il a exercé pendant environ une année, sans incapacité de travail jusqu'au 29 avril 2003. Considérant ce qui précède, il soutient que la connexité temporelle a été interrompue de sorte que la Fondation de prévoyance devait s'attendre à se voir notifier la décision du 9 avril 2008. S'agissant enfin de la question d'une éventuelle réadaptation, référence étant fait à l'expertise psychiatrique du 25 juillet 2007, il confirme que l'assuré est en incapacité totale de travail. Il fait observer en dernier lieu qu'une décision de refus de mesures professionnelles a été rendue le 30 janvier 2008, devenue définitive et exécutoire faute de recours.

E. 21

Par ordonnance du Tribunal de céans du 10 juillet 2008, statuant préparatoirement, l'assuré a été appelé en cause et un délai au 20 août 2008 lui a été imparti pour d'éventuelles remarques. Dans le même délai, il a été donné la possibilité à la Fondation de prévoyance de faire valoir ses observations sur la réponse de l'OCAI du 7 juillet 2008.

E. 22

L'appelé en cause n'a fait valoir aucune observation.

E. 23

Dans sa réplique, déposée dans le délai prolongé au 10 septembre 2008, la Fondation de prévoyance a persisté dans ses conclusions. Elle a maintenu que l'assuré a été mis en incapacité de travail en raison d'un état dépressif moyen à sévère à partir du 20 mai 1999, que depuis la fin des rapports de travail au 31 mars 2000 il n'a repris une activité lucrative qu'en date du 1er juillet 2002, qu'il a été reconnu invalide par l'OCAI à raison de 100% du 1er juillet 2000, puis à 50% du 1er mai au 30 octobre 2002. Que partant, lorsqu'il a repris son activité lucrative auprès de Y_____ AG, il était reconnu invalide à 50% par l'AI pour la même

A/1732/2008 - 6/13 - affection que celle retenue le 9 avril 2008. Qu'au surplus, au moment de son engagement auprès de Y_____ AG, il était dans une situation personnelle et sociale difficile ce qui l'avait motivé à retrouver un travail. Que de surcroît, son activité auprès de Y_____ AG a été interrompue par des périodes d'incapacité de travail de sorte que sa tentative de réinsertion professionnelle n'avait duré que quatre mois et trois semaines, période pendant laquelle il continuait à être soigné par le Dr A_____. Que dans ces circonstances, l'on ne pouvait retenir une rémission complète de l'état dépressif, comme l'avait considéré le médecin de l'AI, la Dresse B_____, dont la valeur probante de l'expertise devait être niée. Elle maintient donc qu'au vu des différents rapports médicaux, on ne pouvait considérer que la tentative de réinsertion professionnelle avait abouti. De ce fait, le lien de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail survenue avant l'affiliation auprès de sa propre Fondation de prévoyance, le 1er juillet 2002, et l'invalidité qu'elle a entraînée à partir du 29 avril 2003, n'avait pas été interrompu. Dès lors, elle ne pouvait répondre des conséquences de l'invalidité. Elle rappelait enfin qu'elle ne pouvait être liée par le refus des mesures professionnelles prononcé par l'OCAI, dans la mesure où la décision du 30 janvier 2008 ne lui avait pas été notifiée. Elle rappelait que les mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et qu'à défaut d'avoir examiné concrètement les possibilités de réadaptation de l'assuré, l'OCAI avait violé les exigences posées par la jurisprudence en la matière.

E. 24

Dans sa réplique du 14 octobre 2008, l'OCAI a soutenu derechef que la connexité temporelle avait été interrompue par la prise d'emploi auprès de Y_____ AG, où l'assuré avait travaillé pendant près d'une année. S'agissant d'une éventuelle réadaptation, elle précisait que la décision de l'OCAI s'était fondée sur l'examen psychiatrique du 25 juillet 2007 concluant à une incapacité de travail totale. Elle a en dernier lieu indiqué que le rapport d'examen du 25 juillet 2007 revêtait entière valeur probante pour être détaillé et dûment motivé.

E. 25

Par courrier du 22 octobre 2008, la Fondation de prévoyance informait le Tribunal de céans du changement de sa raison sociale devenue « Fondation de prévoyance IMPLENIA A » depuis le début de l'année 2008.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en

instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institution de prévoyance, employeur et ayant-droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations ;

A/1732/2008 - 7/13 - art. 52, 56a al. 1 et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 - LPP ; art. 142 du Code civil.)

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. En sa qualité d'institution de prévoyance susceptible de prester en faveur de l'assuré, la recourante, étant touchée par la décision qui lui a au demeurant été notifiée par l'OCAI, a qualité pour recourir puisqu'elle a un intérêt digne de protection à ce que la décision soit annulée ou modifiée. Le recours est ainsi recevable à la forme en vertu des art. 49 al. 4, 59, 66 al. 2 et 70 LPGA, ainsi que 76 al. 1 let. i RAI. 3. Une des questions litigieuses est de déterminer si la recourante est tenue de prester en faveur de l'assuré. En d'autres termes, l'essentiel du litige repose sur la question de savoir si le lien de causalité entre l'incapacité durable de travail survenue en 2003 et l'invalidité fondant le droit à la rente a été rompu ou non. 4. On rappellera qu'en application de l'art. 23 LPP, ont droit aux prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au sens de l'assurance invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 24 al. 1 LPP, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins, et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins. 5. Aux termes de la jurisprudence fédérale, le concept d'invalidité dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire est en principe le même que dans l'assurance invalidité (ATF 115 V p. 215 ; ATF 118 V p. 40). 6. En matière de prévoyance professionnelle obligatoire des salariés, la loi sur la prévoyance professionnelle pose uniquement des exigences minimales, de sorte que les institutions de prévoyance peuvent élargir la notion légale et jurisprudentielle de l'invalidité ou reconnaître le droit à une rente d'invalidité lorsque celle-ci est d'un degré inférieur à ceux retenus par la LAI. 7. 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'AI, 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 115 V p. 215 ; ATF 118 V p. 35 ; ATF 126 V 311 consid. 1 in fine). 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

A/1732/2008 - 8/13 - s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 cons. 2a et les références citées). 8. Pour que la caisse soit tenue à des prestations, il doit y avoir une incapacité durable de travail survenue alors que le demandeur était assuré. 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 née. 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. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence

de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 263 consid. 1a et b, et les références citées). Par ailleurs, la jurisprudence prévoit qu'il doit exister, entre cette incapacité de travail et l'invalidité, une relation d'étroite connexité, temporelle et matérielle (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa). Il faut rappeler ici que l'invalidité consiste en une incapacité de gain totale ou partielle, c'est-à-dire une diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain d'un assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 et 8 LPGA). 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 l'affiliation à l'institution 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 ne saurait, en effet, répondre de lointaines rechutes plusieurs années après que l'assuré a récupéré sa capacité de travail (ATF 123 V 264 consid. 1c ; 125 V 117 consid. 2c/aa). La condition d'une connexité a été prévue par la jurisprudence aux fins de délimiter les responsabilités respectives de deux (ou plusieurs) institutions de prévoyance auxquelles un assuré a été successivement affilié (ATF B47/04). Pour déterminer si la condition d'assurance est remplie, il faut tenir compte de tous les éléments figurant au dossier et des circonstances concrètes du cas d'espèce, les éléments pouvant se regrouper (ATF du 21 avril 2005 B 127/04). Les jurisprudences susmentionnées se réfèrent à des cas bien différents les uns des autres. C'est ainsi que le TFA a retenu que la connexité temporelle avait été rompue dans le cas d'un assuré souffrant de hernies, qui avait recouvré une totale capacité de travail durant six mois (ATFA B 77/05). En revanche, dans l'arrêt précité B 127/04, le TFA a considéré qu'une capacité de travail recouvrée pour une période

A/1732/2008 - 9/13 - d'environ huit mois n'avait pas interrompu la connexité temporelle, car les douleurs somatiques diagnostiquées dans un premier temps se sont avérées constitutives de troubles de somatisation, qui sont des troubles chroniques mais fluctuants ; le TFA a retenu que la maladie n'avait pas connu de période significative de rémission. 9. En l'espèce, la connexité matérielle ne fait aucun doute, et n'est par ailleurs pas contestée. L'assuré souffre, en effet, d'un état dépressif récurrent ayant été diagnostiqué pour la première fois en 1999, survenu dans un contexte de conflit conjugal et de l'état de guerre en Serbie. Son état s'est considérablement détérioré et a motivé, en date du 18 septembre 2001, une première demande de prestations AI. Selon son médecin-traitant, le Dr A_____, l'assuré souffrait d'un état dépressif réactionnel depuis le 20 mai 1999. Au mois de février 2002, le Dr A_____ estimait qu'une activité demeurerait exigible à 50% et qu'une réadaptation professionnelle était indiquée. L'expertise psychiatrique rendue le 5 décembre 2002 par la Dresse C_____ et la Dresse B_____ retenait une incapacité de travail de 100% pour la période limitée du mois de juillet 1999 au mois de février 2002, puis à 50% du 12 février 2002 au mois de juillet 2002, et de 0% dès le mois de juillet 2002. L'assuré a repris une activité professionnelle à compter du 1er juillet 2002. Durant cette période, il a déclaré, lors de son audition à la MOBILIERE ASSURANCE, avoir poursuivi son traitement auprès du Dr. A_____ et continué à ressentir des troubles de la lignée dépressive. Il a en particulier déclaré que ses employeurs « ont vu que je n'étais pas bien, je cachais mes problèmes, mais je ne pouvais pas m'empêcher de pleurer. J'ai continué ma thérapie chez le Dr A_____ durant cette période. J'essayais de travailler beaucoup.

Quand ils ont vu chez Y_____ que je n'allais pas bien, ils m'ont licencié en juin-juillet 2003 ». La capacité de travail est à nouveau totale depuis le 29 avril 2003. Après avoir été licencié pour le 31 octobre 2003, l'assuré ne reprend plus d'activité professionnelle. On peut retenir, par conséquent, que l'activité déployée chez Y_____ AG a duré près de huit mois, soit du 1er juillet 2002 au 29 avril 2003, après déduction d'une absence de cinq semaines, du 1er janvier 2003 au 6 février 2003 en raison d'une allergie contractée par l'assuré. La capacité de travail dont il a pu faire preuve ne correspond en conséquence qu'à une période de rémission de la maladie. On peut relever, également, que l'assuré a toujours manifesté son souhait de travailler. Cela étant, il n'a pas tenté, depuis le 24 avril 2003, une reprise de travail. Le Tribunal retiendra que depuis le 20 mai 1999, date du début de l'incapacité de travail de l'assuré, celui-ci n'a repris qu'au mois de juillet 2002 une activité professionnelle, et ce pendant une période limitée de à peine huit mois, avant de subir une aggravation de son état de santé. Par conséquent, l'on ne peut retenir que la maladie aurait eu une période significative de rémission. Partant, le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail ayant débuté le 20 mai 1999 n'a pas été rompue, de sorte que la recourante n'est pas tenue à prestations. L'on ne

A/1732/2008 - 10/13 - saurait en effet admettre que l'amélioration est réputée durable dès qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, comme le prévoit l'art. 88a al. 1 RAI. Le délai de trois mois au-delà duquel la rente de l'assurance invalidité doit, en principe, être réduite ou supprimée, ne peut être appliqué schématiquement quand il s'agit de décider de l'assujettissement d'une personne à la LPP. Pour trancher cette question, on tiendra compte, bien plutôt, des circonstances du cas particulier, notamment de la nature de l'affection, du pronostic du médecin et des motifs qui ont conduit à l'engagement de l'intéressé. Aussi ne saurait-on conclure au rétablissement de la capacité de gain d'une personne invalide lorsqu'une tentative de réinsertion professionnelle, d'une durée même supérieure à trois mois, est essentiellement motivée par des considérations d'ordre social et qu'il paraît improbable qu'elle aboutisse à une véritable réadaptation (ATF 118 V 166 consid. 4e et les références). Dès lors qu'il y a lieu de considérer la nouvelle incapacité de travail comme une rechute, il ne s'agit pas de déterminer quelle institution de prévoyance était en l'espèce compétente, mais bien de décider si l'aggravation de l'incapacité de gain peut donner lieu à des prétentions d'invalidité selon la LPP, alors que l'assuré n'était pas affilié lors de la survenance de l'invalidité initiale auprès de la recourante. 10. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance invalidité, le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATFA 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités).

c) Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter

que le recourant soit tenté d'influencer, à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

d) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 1ère phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée

A/1732/2008 - 11/13 - jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelle activité l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 76 2/02).

En d'autres termes, le principe de la réadaptation professionnelle est prioritaire par rapport à l'octroi d'une rente. 11. En l'espèce, la recourante fait grief à l'OCAI, en substance, d'avoir violé le principe sus-indiqué. En se basant sur le seul rapport d'expertise du Dr GAUTRAY du 25 juillet 2005, l'OCAI a prononcé le refus de mesures professionnelles. Avant même d'aborder la question de la force probante de l'expertise du SMR suisse romande, il convient de déterminer si la recourante est liée par la décision de refus de mesures professionnelles rendue le 30 janvier 2008, étant précisé que cette dernière est définitive et exécutoire. Par application de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'institution de prévoyance est liée aux décisions des organes de l'AI et, partant, touchée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance invalidité fédérale. En revanche, lorsqu'un office AI omet d'intégrer, dans la procédure de l'assurance invalidité, une institution de prévoyance dont il y a lieu de présumer l'obligation de prester, celle-ci n'est pas liée par la fixation du degré d'invalidité, selon le droit de l'assurance invalidité, si bien qu'il n'y a pas de motif de lui ouvrir une voie de droit dans les cas où elle prend connaissance de la décision d'octroi de rente ultérieurement (ATF 132 V 1 ss.). En l'occurrence, la décision de refus de mesures professionnelles dont il s'agit n'a pas été notifiée à la recourante, de sorte qu'elle ne saurait être liée par le degré d'invalidité retenu par l'OCAI. Ceci étant, dans la mesure où la recourante n'est pas tenue de prester, la question de la violation par l'OCAI du principe de la priorité de la réadaptation peut demeurer ouverte.

A/1732/2008 - 12/13 - 12. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction. En l'espèce, les dépens seront fixés à 1'000 fr,

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