

GE_GERICHTE ATAS/991/2018 vom 25. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_991_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/991/2018 du 25 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/991/2018 del 25 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 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]). Selon l'art. 73 al. 3 LPP, le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé. En l'espèce, le lieu de travail de la demanderesse était à Genève, si bien que la compétence de la chambre de céans est donnée tant à raison du lieu que de la matière.

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 (Raymond SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984). La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RSG E 5 10). Partant, elle est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle au-delà du 31 août 2014.

E. 4

L'art. 10 LPP dispose que l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail; pour les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle commence le jour où ils perçoivent pour la première fois une indemnité de chômage (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'art. 8 al. 3, à l'âge ordinaire de la retraite (art. 13) (let. a); en cas de dissolution des rapports de travail (let. b); lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (let. c); lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint (let. d) (al. 2). 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 (al. 3). Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 4). Lorsque l'affiliation à l'assurance a cessé en raison de la dissolution des rapports de travail, il importe peu que l'employeur continue de verser le salaire, car cela n'a pas pour effet de prolonger les rapports de travail (Jürg BRECHBÜHL in Jacques-

A/4543/2017 - 13/22 - André SCHNEIDER / Thomas GEISER / Thomas GÄCHTER [édit.], Commentaire LPP et LFLP, n. 12 ad 10 LPP ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 90/06 du 25 mai 2007 consid. 4.2).

E. 5

Selon l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 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).

E. 6

Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI - RS 831.20) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Ainsi, 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 par les organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée d'une manière sensible (ATF 123 V 269 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 49/05 du 23 janvier 2007 consid. 4.2). En matière de prévoyance plus étendue, il est cependant loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion de l'invalidité différente que dans l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 120 V 106 consid. 2d). Si l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_54/2007 du 9 octobre 2008 consid. 3.1).

E. 7

L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur

A/4543/2017 - 14/22 - dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]).

Lorsqu'elle n'est pas intégrée à la procédure, la fondation de prévoyance - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas liée par l'évaluation

de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 110/05 du 31 janvier 2007 consid. 6.2). Par ailleurs, lorsque l'annonce pour obtenir des prestations de l'assurance-invalidité a été faite tardivement, il n'y a aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà de la période précédant le dépôt de la demande. Ainsi, pour ce qui est de la période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont a priori aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1 et les références; Hans-Ulrich STAUFFER, Berufliche Vorsorge, 2ème éd. 2012, p. 316 n. 874).

E. 8

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. 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). 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 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) comme principe directeur (Richtschnur). 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 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

A/4543/2017 - 15/22 - 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 (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_503/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2).

E. 9

Le moment de la survenance de l'incapacité de travail est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. En prévoyance professionnelle, on ne peut renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne sa

survenance (Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, n. 9 ad art. 23 LPP). Compte tenu de la définition de l'incapacité de travail, il est avant tout déterminant de savoir si une atteinte à la santé a eu des répercussions sur les rapports de travail. Du point de vue du droit du travail, cela implique une baisse des performances ayant fait l'objet d'un constat de l'employeur, voire d'un avertissement, ou en raison d'absences pour raisons de santé dans une fréquence qui excède la mesure usuelle. En d'autres termes, l'employeur doit avoir observé une diminution de rendement. Une incapacité de travail médico-théorique établie de manière rétroactive après plusieurs années ne suffit pas (RSAS 2003 p. 434 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 69/06 du 22 novembre 2006 consid. 2.2 et B 86/01 du 28 juillet 2003 consid. 5.3). La preuve claire de la survenance de l'incapacité de travail ne peut être remplacée par des suppositions spéculatives ou des réflexions, mais doit être démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante usuel en assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002 consid. 1b). Peu importe le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (RSAS 2004 p. 443). Une réduction du temps de travail pour des raisons de santé est un indice d'une incapacité de travail déterminante en matière de prévoyance professionnelle, mais ne suffit en règle générale pas à démontrer une baisse fonctionnelle de rendement. Il faut généralement qu'une attestation médicale confirme que la réduction du temps de travail est motivée par des problèmes de santé, entre autres parce que la poursuite de l'activité professionnelle risque d'aggraver l'état de santé. On peut renoncer à une telle exigence seulement lorsqu'il est fondé d'admettre en raison d'autres circonstances - telles que des absences pour maladie avant la baisse du taux d'activité - que cette démarche est objectivement dictée par des raisons de santé et qu'il y a ainsi lieu d'admettre une baisse de rendement au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2012 du 18 juillet 2012 consid. 3.1.2 et les références).

A/4543/2017 - 16/22 - Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

E. 10

Aux termes de l'art. 5 du règlement de l'œuvre de prévoyance de l'entreprise B_____ AG dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (ci-après le règlement), il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide au sens de l'assurance- invalidité ou lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, qu'il n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes (ch. 1). Si la personne assurée

présente une invalidité partielle, le montant des prestations d'invalidité est déterminé en fonction du degré d'invalidité. Une invalidité partielle de moins de 25% ne donne pas droit aux prestations ; une invalidité partielle d'au moins 25%, mais de moins de 60%, donne droit à un certain pourcentage des prestations fixées pour une invalidité totale, en fonction du degré d'invalidité ; une invalidité d'au moins 60% mais ne dépassant pas 70% donne droit à 75% des prestations fixées pour une invalidité totale ; une invalidité supérieure ou égale à 70% donne droit aux prestations fixées pour une invalidité totale. Si, en cas d'invalidité, des prestations sont dues conformément à la LPP, le degré d'invalidité correspond au moins à celui que reconnaît l'assurance-invalidité (ch. 2). Si l'invalidité a été causée ou aggravée intentionnellement, seules les prestations minimales prescrites par la LPP sont accordées ; elles seront toutefois réduites dans la mesure où l'assurance-invalidité réduit ou refuse les siennes. Ces dispositions s'appliquent également si l'invalidité est imputable à la participation active de la personne assurée à une guerre, à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre ou à des troubles, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou engagée dans des hostilités de cette nature (ch. 3). En vertu de l'art. 9 ch. 1, lorsque le sinistre relève de l'assurance-accidents, la rente d'invalidité est assurée conformément aux prestations minimales prévues par la LPP. Conformément à l'art. 26 du règlement, les prestations de survivants et d'invalidité assurées au moment de la dissolution des rapports de prévoyance sont maintenues sans changement jusqu'au moment où l'assuré est engagé par un nouvel employeur, mais au plus pendant un mois (ch. 1). Si l'assuré ne disposait pas de sa pleine

A/4543/2017 - 17/22 - capacité de travail au moment de la dissolution des rapports de prévoyance ou à l'expiration de la prolongation de la couverture d'assurance et que dans les 360 jours qui suivent, il est reconnu invalide au sens de l'art. 5, les prestations réglementaires d'invalidité sont exigibles. Si, dans les 90 jours subséquents, l'invalidité s'aggrave pour la même cause, les prestations réglementaires sont également accordées au titre de l'augmentation du degré d'invalidité. Si l'assuré était invalide au moment de la dissolution des rapports de prévoyance ou à l'expiration de la prolongation de la couverture d'assurance et que dans les 90 jours qui suivent, l'invalidité s'aggrave pour la même cause, les prestations réglementaires sont également accordées au titre de l'augmentation du degré d'invalidité. Dans les cas où l'invalidité survient ou s'aggrave après ces délais, un éventuel droit aux prestations d'invalidité ou à l'augmentation de celles-ci se détermine exclusivement d'après les dispositions de la LPP. Sont versées au plus les prestations minimales selon la LPP (ch. 2). Si des prestations de survivants ou d'invalidité doivent être versées après l'exécution des obligations correspondant à la créance de libre passage, la prestation de libre passage doit être restituée dans la mesure où elle est nécessaire pour servir les prestations en cours ou pour financer l'assurance de prestations futures. Faute de restitution, les prestations de survivants et d'invalidité sont réduites (ch. 3). L'art. 21 du règlement prévoit que l'obligation de cotiser prend effet au moment de l'admission dans l'œuvre de prévoyance; elle dure jusqu'au décès de l'assuré, mais au plus tard jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite ou jusqu'au moment où il sort de l'œuvre de prévoyance par suite de dissolution prématurée des rapports de travail. L'al. 4 est réservé (ch. 2). Les cotisations de l'assuré invalide cessent d'être dues dès l'expiration d'un délai d'attente de 6 mois, au plus tard cependant dès l'exigibilité de la rente de l'assurance-invalidité, et ce en fonction du degré d'invalidité (ch. 4). C'est ici le lieu de rappeler que le règlement de prévoyance doit être interprété selon les règles générales sur l'interprétation des contrats. Il y a lieu de rechercher, tout d'abord, la réelle et commune intention des parties, ce qui, en matière de

prévoyance professionnelle, vaut avant tout pour les conventions contractuelles particulières (ATF 129 V 145 consid. 3.1). Lorsque cette intention ne peut être établie, il faut tenter de découvrir la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations selon le sens que le destinataire de celles-ci pouvait et devait raisonnablement leur donner selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). L'interprétation en application de ce principe, dite objective ou normative, consiste à établir le sens que, d'après les règles de la bonne foi, chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du contrat (ou du règlement) avant de l'examiner dans son contexte ; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération (ATF 132 V 286 consid. 3.2.1 et les références). Il y a lieu également de tenir

A/4543/2017 - 18/22 - compte du mode d'interprétation spécifique aux conditions générales, notamment la règle de la clause peu claire et la règle dite de l'inhabituel ou de l'insolite (ATF 131 V 27 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 103/04 du 2 novembre 2005 consid. 2.1).

E. 11

En l'espèce, la défenderesse n'est pas formellement liée par la décision de l'OAI, dès lors qu'elle ne lui a pas été notifiée si l'on se réfère à la liste des destinataires. Cela étant, force est de constater que l'expertise des Drs I_____ et J_____ qui fonde la décision de l'OAI - doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, car elle remplit tous les réquisits jurisprudentiels. En effet, s'agissant de rapports médicaux, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1). La demanderesse ne produit d'ailleurs aucune pièce de nature à susciter des doutes sur les conclusions des médecins du SMR, dont elle a du reste admis le caractère probant dans son écriture du 14 novembre 2017. Partant, la Chambre de céans ne s'écartera pas des constatations de ces médecins, aux termes desquelles l'atteinte somatique n'a plus déployé d'effets dès le 1er septembre 2014, date à compter de laquelle seuls les troubles d'origine psychique ont limité la capacité de travail de la demanderesse. Ainsi, le droit aux prestations dès le 1er septembre 2014 est subordonné en premier lieu à la survenance d'une incapacité de travail pour motifs psychiques durant les rapports de prévoyance. C'est ici le lieu de rappeler que le critère déterminant pour la fin des rapports de prévoyance au sens de l'art. 10 LPP est la fin juridique des rapports de travail conformément aux critères de droit civil (ATF 120 V 15 consid. 2a). En l'espèce, la demanderesse a vu son contrat de travail résilié pour le 7 novembre 2012, et la juridiction prud'homale a confirmé la légalité du licenciement (arrêt de la Chambre des prud'hommes CAPH/52/2015). Partant, les rapports de prévoyance ont pris fin le 6 décembre 2012, conformément à l'art. 10 al. 3 LPP. Certes, une résiliation du contrat de travail en temps inopportun au sens de l'art. 336c CO a pour effet une suspension du délai de congé, ce qui conduit à une prolongation des rapports de prévoyance lorsque la résiliation du contrat de travail a été signifiée avant le délai de suspension (Isabelle

VETTER-SCHREIBER, Kommentar zur beruflichen Vorsorge 3ème éd. 2013, n. 14 ad art. 10). Cela étant, la suspension des délais de congé ne s'applique pas en l'espèce, dès lors que la protection conférée par

A/4543/2017 - 19/22 - l'art. 336c CO est exclue durant le temps d'essai (Jürg BRÜHWILER, Einzelarbeitsvertrag, 3ème éd. 2014, n° 1 ad art. 336c CO). Or, aucun médecin n'atteste d'une incapacité de travail pour des motifs psychologiques durant cette période. La première mention d'une atteinte thymique ressort du rapport de la Dresse D_____ du 18 janvier 2013, cette spécialiste se bornant en outre à évoquer l'utilité d'une prise en charge psychiatrique - ce qui serait en toute hypothèse insuffisant pour admettre que cette atteinte entraînait alors une incapacité de travail. Partant, la survenance d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques durant les rapports de prévoyance n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Les seules allégations de la demanderesse - qui semblent du reste contradictoires, dès lors qu'elle se rallie par ailleurs aux conclusions des Drs I_____ et J_____, comme on l'a vu - quant à la concomitance des troubles physiques et psychiques ne constituent pas un moyen de preuve, pas plus que le fait que la Chambre des Prud'hommes ait retenu que l'algarade avec sa collègue l'avait ébranlée. Par surabondance, même s'il fallait admettre, en dépit de l'absence de diagnostic ou d'arrêt de travail correspondants, que des troubles psychiques ont entravé la demanderesse dans l'exercice d'une activité lucrative dès la date de l'accident, on ne saurait faire abstraction de la rémission de ces troubles de novembre 2013 à juin 2014, que révèlent notamment la fin de la prise en charge spécialisée auprès de la Dresse E_____ et les constatations de la Dresse H_____, qui a noté que le trouble de l'adaptation était au décours en avril 2014. En toute hypothèse, un tel laps de temps, supérieur à six mois, suffirait à interrompre la connexité temporelle eu égard à la ligne directrice de trois mois suggérée par le Tribunal fédéral par analogie avec les dispositions du RAI.

E. 12

L'invocation par la demanderesse de l'art. 26 du règlement ne lui est d'aucun secours. En premier lieu, on relèvera que le chiffre premier de cette disposition ne fait que reprendre les termes de l'art. 10 al. 3 LPP et ne déroge ainsi pas au terme légal des rapports de prévoyance. S'agissant du chiffre deuxième, il ne saurait être compris comme une extension de la responsabilité de la défenderesse nonobstant l'absence de connexité matérielle entre l'incapacité de travail qui frappait l'assuré au moment de la fin de la couverture de prévoyance et l'invalidité subséquente. Certes, l'exigence d'une connexité matérielle n'est pas explicite s'agissant des cas d'invalidité survenus dans les 360 jours suivant la fin des rapports de prévoyance. Cependant, comme le souligne à juste titre la défenderesse, la mention d'une incapacité de travail lors de la fin des rapports de prévoyance serait inutile si cette disposition visait à prendre en charge toute invalidité, même sans lien matériel avec dite incapacité. On retrouve de plus cette condition de connexité matérielle expressément mentionnée s'agissant des cas d'aggravation de l'invalidité, puisqu'ils ne donnent droit aux prestations réglementaires que s'ils sont imputables à la même cause. En outre, compte tenu des précisions amenées in fine, l'art. 26

A/4543/2017 - 20/22 - ch. 2 du règlement ne peut être compris autrement que comme limitant le droit aux prestations de la prévoyance étendue aux seuls cas d'invalidité survenue ou aggravée dans les délais qui y sont prévus. Ainsi, l'argumentation de la demanderesse ne résiste pas à une interprétation littérale du règlement. Par ailleurs, il n'existe aucun indice concret que la défenderesse ait voulu étendre sa responsabilité de

manière aussi large à tous les cas d'invalidité survenus dans un certain laps de temps après la dissolution des rapports de prévoyance. Une telle solution serait du reste contraire à la loi, puisqu'elle dérogerait au régime de responsabilité ancré à l'art. 23 LPP. Son application soulèverait ainsi bon nombre de problèmes dans les cas où un assuré, après la fin des rapports de prévoyance avec la défenderesse, a été affilié auprès d'une autre institution de prévoyance alors qu'est survenue l'incapacité de travail ayant conduit à son invalidité. La demanderesse allègue encore que les rapports de prévoyance ont perduré au-delà du 6 décembre 2012, comme le prouverait l'établissement de certificats de prévoyance. Or, la remise de certificats ne fonde pas de droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, étant rappelé que les renseignements figurant dans un certificat n'ont qu'un rôle informatif et ne sauraient en principe préjuger du droit futur de la personne assurée aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C_224/2010 du 1er septembre 2010 consid. 3.1). Pour le surplus, on peut certes regretter les formulations pour le moins ambiguës de la défenderesse dans ses courriers du 25 novembre 2016 et du 6 juin 2017 au sujet de l'assurance « active » et « passive ». L'exonération des cotisations à laquelle la défenderesse dit avoir procédé dès le 1er mai 2014 ne paraît en outre pas conforme au règlement, qui prévoit la fin de l'obligation de cotiser simultanément à la sortie de l'assuré. Elle semble du reste résulter d'une erreur d'appréciation, puisque la défenderesse a soutenu qu'elle devait attendre les résultats de la procédure opposant la demanderesse à son employeur pour clore le cas. La libération des primes ne suffit toutefois pas à conclure à la prolongation des rapports de prévoyance. La demanderesse allègue sur ce point que la défenderesse ne saurait revenir sur la prolongation de son affiliation sans violer le principe de la bonne foi. Il est vrai qu'en application de ce principe, ancré à l'art. 9 de la Constitution (Cst – RS 101), un renseignement erroné de l'institution de prévoyance peut fonder des effets juridiques et l'obliger, aux cinq conditions suivantes : l'institution est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, elle a agi dans les limites de ses compétences ou l'assuré était fondé à penser que tel était le cas, l'assuré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, il a pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice en se fondant sur ces assurances et la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (VETTER- SCHREIBER, op. cit., n. 2 ad art. 73 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_419/2011 du

E. 17

septembre 2012). Ces conditions ne sont toutefois pas remplies en l'espèce. En effet, contrairement à ce que la demanderesse allègue, la défenderesse n'a jamais garanti une prolongation de la couverture de prévoyance. De plus, celle-ci n'affirme

A/4543/2017 - 21/22 - pas avoir pris de mesures particulières en raison de ses attentes présumées à l'encontre de la défenderesse. Partant, compte tenu de l'absence de couverture au moment de la survenance de l'incapacité de travail pour motifs psychiques qui est à l'origine de l'invalidité actuelle, la demanderesse n'a pas droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle. 13. Compte tenu des éléments qui précèdent, la demande est rejetée. La défenderesse conclut à l'octroi de dépens. Cependant, de jurisprudence constante, 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 ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse

qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4b). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP).

A/4543/2017 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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