

NE_GERICHTE TA.2005.86 vom 28. Juli 2006

NE Tribunal cantonal, 2006-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2005.86

FR: NE_GERICHTE TA.2005.86 du 28 juillet 2006

IT: NE_GERICHTE TA.2005.86 del 28 luglio 2006

Erwägungen

E. 1

S'agissant d'un litige qui oppose une institution de prévoyance et un ayant droit, le Tribunal administratif est compétent pour entrer en matière sur l'action (art. 73 LPP ; 58 litt.f LPJA).

E. 2

LPP , les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage sont soumis à l'assurance obligatoire en ce qui concerne les risques de décès et d'invalidité (al.1 bis, introduit dans la loi lors de la modification de la loi sur l'assurance-chômage du 23.06.1995, entrée en vigueur le 01.07.1997; actuellement : al.3, suite à la 1re révision de la LPP en vigueur depuis le 01.01.2005). L'institution supplétive est tenue d'affilier l'assurance-chômage et de réaliser la couverture obligatoire des bénéficiaires d'indemnités journalières annoncés par cette assurance (art. 60 al.2 litt.e LPP). b) Ont droit à des prestations d'invalidité les invalides qui étaient assurés lorsque est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP). Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de cette disposition 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 (ATF 123 V 263 cons.1a, 118 V 45 cons.5). Les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations (art. 26 al.1 LPP). 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 cons.1 in fine; cons.2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité, 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 cons.2a et les références citées). Comme il l'a rappelé récemment (arrêt non publié du 06.03.2006, B 129/04 et les références), le Tribunal fédéral des assurances a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la LPGA entrée en vigueur au 1er janvier 2003. L'institution de prévoyance est touchée au sens de l'article 49 al.4 LPGA par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1 cons.3). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP – qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI – n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73). Pour

qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (129 V 76). Cependant, si l'institution de prévoyance s'en tient à ce qui a été décidé par l'assurance-invalidité et se fonde sur la décision de celle-ci, le problème de la non-participation de l'assureur LPP à la procédure AI est sans objet. Dans ce cas, la décision de l'AI exerce quoi qu'il en soit l'effet contraignant voulu par le législateur, exprimé par les articles 23 ss LPP , à moins qu'elle se révèle d'emblée insoutenable. En d'autres termes, s'il a été adopté par l'institution de prévoyance, le point de vue de l'AI est opposable à la personne assurée dans la mesure où il est décisif pour la détermination du droit à une rente, indépendamment de la question de savoir si l'assureur LPP a participé ou non à la procédure de l'AI. Demeure réservé le cas dans lequel il résulte de l'examen du dossier que l'évaluation de l'invalidité par l'office AI était insoutenable. A cet égard, des faits ou moyens de preuve allégués postérieurement et qui n'avaient pas à être évoqués d'office dans la procédure de l'AI, ne doivent être pris en considération que s'ils auraient dû l'être à l'époque, par l'administration ou par le juge dans l'éventuelle procédure de recours, dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 130 V 274 , 126 V 308 et les références). c) En l'espèce, il résulte du dossier que c'est après réception de la décision de rente de l'office AI que le demandeur a présenté une demande de prestations à la fondation. Celle-ci a décidé de faire fond sur la décision dudit office en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail; pour les motifs exposés ci-dessus la question de savoir si elle était liée par cette décision ne se pose pas. Reste à examiner quelle portée la fondation pouvait ou devait reconnaître au rapport médical que le demandeur a requis du Dr A., à l'intention de la fondation (rapport du 05.05.2004). Ce médecin expose notamment ce qui suit : "A fin mai 2002, X. a eu l'opportunité d'entrer en contact avec un membre de la direction de l'Expo 02 et il a tout d'abord pu, dès la 2e semaine du mois de juin, effectuer quelques missions non rétribuées d'investigation sur les Arteplages en tant que "Mystery Man", son activité consistant à signaler les points problématiques ou susceptibles d'amélioration avec, dès le mois de juillet, la perspective, dans le même cadre, d'un emploi rémunéré. En réalité cependant, X. n'a été rétribué que durant la première semaine du mois de juillet, étant, au retour d'une semaine de vacances, prié de ne plus intervenir, ce qui l'a profondément affecté et qui m'a conduit à attester une incapacité totale de travail initialement dès le 15.07.2002. Il est toutefois ressorti que X. s'était investi dans ce travail au-delà de ce que l'on attendait de lui, consacrant apparemment trop de temps à certains détails, éprouvant des difficultés à décider, à établir de synthèses, ayant le sentiment de n'être que très peu productif, ces difficultés étant pour moi clairement à mettre en rapport avec la pathologie, notamment de registre obsessionnel grave, dont souffre X. Dès lors, en fonction des problèmes que X. a rencontrés dans cet essai de reprise d'activité et de son rendement très faible, il me paraît rétrospectivement justifié de dire que son incapacité de gain était déjà d'au moins 70 % depuis la 2e semaine du mois de juin 2002, date à laquelle X. a tenté de reprendre une activité qui devait, comme dit plus haut, déboucher sur un emploi rémunéré dès le 1.7.2002". Sur le vu du dossier de l'assurance-invalidité, dont les deux parties ont requis la production, l'office AI a fondé sa décision de rente du 23 janvier 2004 – qui n'a pas été contestée et est entrée en force – essentiellement sur un rapport médical circonstancié du Dr A. du 6 août 2003. Ce médecin, que l'assuré avait consulté dès 1999 à plusieurs reprises, fait mention de difficultés rencontrées par celui-ci depuis plusieurs années, liées notamment à des échecs sur le plan professionnel et à un conflit conjugal, et d'une évolution vers un état dépressif sévère et invalidant et des troubles graves et handicapants de la personnalité de

registre narcissique et obsessionnel, atteintes à l'origine d'une incapacité de travail totale à partir du 15 juillet 2002, date qui correspond à la perte de l'emploi de l'assuré à Expo 02. Sur la base de ce rapport, a priori clair et convaincant, l'office AI n'avait pas de motifs de solliciter d'autres renseignements médicaux auprès dudit médecin ou d'autres spécialistes ou de remettre en cause la date du début de l'incapacité de travail attestée, d'autant moins que le Dr A. connaissait et suivait son patient depuis longtemps. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a présenté à l'office AI, le 8 juillet 2004, une demande de révision de sa décision en ce qui concerne la date du 15 juillet 2002, invoquant et produisant le nouveau rapport du Dr A. du 5 mai 2004, cité plus haut. L'office AI a rejeté cette requête par décision du 26 août 2004 (que l'assuré n'a pas contestée), au motif que les conditions l'obligeant à revenir sur sa décision antérieure n'étaient pas remplies. Force est d'admettre que, en effet, ni sous l'angle de la reconsidération ni sous celui de la révision procédurale (sur ces notions v. ATF 127 V 466 cons.2c, 126 V 23 cons.4b et les références; v. aussi art. 53 al.1 et 2 LPGA) l'office n'était tenu de revenir sur sa décision dans les présentes circonstances, et que celle-ci ne peut manifestement pas être qualifiée d'insoutenable, au regard du nouveau rapport du médecin susmentionné non plus, lequel a été sollicité par l'assuré et produit devant l'office AI avant tout pour les besoins de la cause l'opposant à la fondation, ainsi que cela résulte de sa demande de révision elle-même. La fondation était ainsi en droit de s'en tenir à la décision de l'office AI.

E. 3

a) L'article 10 al.1 LPP (teneur en vigueur depuis le 01.07.1997) prévoit 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. Dans sa teneur en vigueur du 1er juillet 1997 au 31 décembre 2004, ici déterminante (v. cons.2a ci-dessus; ATF 126 V 134 cons.4b), l'alinéa 2, 1re phrase, de l'article 10 prévoyait que l'obligation d'être assuré cesse à la naissance du droit aux prestations de vieillesse, en cas de dissolution des rapports de travail, lorsque le salaire minimum n'est plus atteint ou que le versement d'indemnités journalières de l'assurance-chômage est suspendu. Par ailleurs, l'alinéa 3, 1re phrase, de cette disposition (teneur en vigueur depuis le 01.01.1995; RO 1994 III 2396) prévoit 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. Dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2005, l'article 10 al.2 LPP dispose que l'obligation d'être assuré cesse à l'âge ordinaire de la retraite, en cas de dissolution des rapports de travail, lorsque le salaire minimum n'est plus atteint, et (dans le cas des chômeurs) lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint parce que le délai-cadre est écoulé (al.2 litt.a à d). b) Le demandeur soutient que l'article 10 al.3 LPP s'applique aussi aux chômeurs, car selon l'article

E. 6

LPP "la deuxième partie de cette loi fixe les exigences minimales" et l'article

E. 10

al.3 aux chômeurs n'a pas été évoquée. Quant à l'argumentation du demandeur tirée de la systématique de la loi, elle est manifestement dénuée de pertinence, car l'article 6 LPP, selon lequel la deuxième partie de la loi fixe des exigences minimales, ne constitue pas une règle d'interprétation des dispositions de celle-ci, relatives au début, à la fin ou au contenu

du rapport de prévoyance. On ne saurait non plus rien déduire en faveur du demandeur du fait que, selon l'article 22a LACI, l'indemnité de chômage est réputée salaire déterminant et soumis à cotisations à AVS et à la LPP. d) Il est dès lors conforme à ce qui précède que le règlement de la fondation "Plan de prévoyance AL" (concernant les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage) ne contienne pas une disposition semblable à celle qui figure dans le règlement applicable aux personnes salariées (Plan de prévoyance AN), selon laquelle le salarié sortant demeure assuré pendant un mois dans le cadre de la fondation pour les risques de décès et d'invalidité. Il y a lieu de prendre acte au surplus du fait que si, selon la fondation, le nouveau règlement "Plan de prévoyance AL" en vigueur depuis le 1er janvier 2005 (mais en l'espèce non applicable ratione temporis) contient une telle disposition, il s'agit d'une erreur en cours de correction auprès du conseil de fondation. Enfin, il n'est pas prétendu que le demandeur aurait, comme il en avait en principe la possibilité à l'époque, demandé à s'assurer à titre facultatif au terme de la période d'assurance obligatoire (art. 47 al.2 LPP ; 28 OPP2). 4. La demande doit ainsi être rejetée. Il est statué sans frais et sans dépens, vu l'issue du litige (art. 73 al.2 LPP).

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