

# VD\_FINDINFO PP 16/18 - 27/2019 vom 30. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_PP\\_16\\_18\\_-\\_27\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_PP_16_18_-_27_2019)

FR: VD\_FINDINFO PP 16/18 - 27/2019 du 30 août 2019

IT: VD\_FINDINFO PP 16/18 - 27/2019 del 30 agosto 2019

## Regeste

SURASSURANCE, REJET DE LA DEMANDE, PRESTATION D'INVALIDITÉ, PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE, COUVERTURE D'ASSURANCE, DURÉE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CALCUL | 23 LPP

## Erwägungen

### E. 11

juin 2009 au 31 janvier 2011, il a conclu à l'octroi en sa faveur d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2016 ainsi qu'à l'octroi en faveur de ses enfants L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ d'une demi-rente d'enfant d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, respectivement le 1<sup>er</sup> octobre 2017, arguant du fait qu'il était couvert pour l'éventualité d'invalidité au sens de la prévoyance professionnelle auprès de F.G.\_\_\_\_\_ à la date de l'accident, le 6 septembre 2009, qu'il n'avait pas repris le travail depuis lors et qu'il avait fait depuis lors sans interruption partie du collectif des assurés auprès de la H.\_\_\_\_\_. Dans sa réponse du 30 août 2018, la H.\_\_\_\_\_ a demandé à être formellement désignée comme partie défenderesse, en lieu et place de la société F.G.\_\_\_\_\_ citée par C.\_\_\_\_\_. Au fond, elle a conclu au rejet de la demande, estimant que, selon les constatations de l'OAI, l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 5 septembre 2009 avait pris fin au plus tard le 28 février 2012 et que l'incapacité de travail survenue à compter du 7 mai 2014, sans relation de causalité avec l'accident du 5 septembre 2009, était apparue alors que la couverture d'assurance de prévoyance avait pris fin. La H.\_\_\_\_\_ a également contesté la durée des rapports de travail telle qu'alléguée par C.\_\_\_\_\_, estimant que le contrat de travail liant celui-ci à G.\_\_\_\_\_ n'avait duré que du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2009. Elle a en outre reproché à C.\_\_\_\_\_ une réticence, au motif qu'il n'avait pas annoncé dans son formulaire d'admission du 30 septembre 2009 l'incapacité de travail qu'il présentait à ce moment-là. Par réplique du 7 novembre 2018, C.\_\_\_\_\_ a admis la rectification de partie proposée par la défenderesse et pris acte que la procédure était dirigée contre la H.\_\_\_\_\_ – Œuvre de prévoyance de G.\_\_\_\_\_. Sur le fond, il a pris de nouvelles conclusions dont la teneur était la suivante : Qu'il plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal Cantonale du canton de Vaud, avec suite de frais et dépens : I. Ordonner à la H.\_\_\_\_\_ -ŒUVRE DE PREVOYANCE DE G.\_\_\_\_\_ de reporter au 11 juin 2009 la date d'affiliation du demandeur auprès de celle-ci et modifier ses différents avoir de prévoyance professionnelle en conséquence. II. Ordonner à la H.\_\_\_\_\_ -ŒUVRE DE PREVOYANCE DE G.\_\_\_\_\_ de verser les rentes suivantes, selon décisions OAI des 12 février 2016 et 27 mai 2016 : - A C.\_\_\_\_\_ une demi-rente d'invalidité (annuelle CHF 6'345,50, mensuelle CHF 528.80) du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 décembre 2011. - Puis à nouveau depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015. - A l'enfant L.\_\_\_\_\_, une demi-rente d'enfant d'invalidité (annuelle CHF 1'269.10, mensuelle CHF 105.75) dès le 29

avril 2014 - A l'enfant T. \_\_\_\_\_, une demi-rente d'enfant d'invalidé (annuelle CHF 1'269.10, mensuelle CHF 105.75) dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 Subsidairement III. Dire que les rentes susmentionnées ne peuvent en aucun cas être inférieures au montant de CHF 6'065.- annuel (CHF 505,40 mensuel) en ce que concerne C. \_\_\_\_\_ et CHF 1'213.- annuelle (CHF 101.10 mensuelle) pour chacun de ses enfants. IV. Ordonner une expertise en tant que de besoin. En substance, C. \_\_\_\_\_ a contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail au 1<sup>er</sup> mars 2012, en voulant pour preuve le versement d'indemnités journalières par V. \_\_\_\_\_ jusqu'au 30 avril 2014. Il a en outre soutenu que l'aggravation du 7 mai 2014 était survenue alors qu'il était toujours affilié auprès de la H. \_\_\_\_\_, qui plus est quelques jours après la fin du versement des indemnités journalière de l'assurance-accident, et qu'elle était en lien de connexité avec l'accident du 5 septembre 2009. C. \_\_\_\_\_ a en outre contesté toute réticence, arguant du fait que les questions du formulaire d'adhésion concernaient la situation prévalant au moment de l'admission, soit en juin 2009, période à laquelle il ne connaissait pas de problème de santé. Dans sa duplique du 29 novembre 2018, la H. \_\_\_\_\_ a admis une affiliation de C. \_\_\_\_\_ à la date du début des rapports de travail, s'il devait s'avérer que ceux-ci avaient débuté avant le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Elle a maintenu ses conclusions pour le surplus. Le 7 janvier 2019, le juge instructeur a informé les parties que les dossiers constitués par V. \_\_\_\_\_ et l'OAI avaient été versés à la procédure et leur a imparti un délai pour venir les consulter et faire valoir leurs déterminations éventuelles. Par écritures respectives des 25 janvier et 26 février 2019, la H. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ ont maintenu leurs conclusions. E n d r o i t : 1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle 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 [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]). b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. d) En matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions proprement dites. Lorsqu'un litige surgit au sujet de prétentions qu'elles font valoir envers des assurés ou qu'elles leur refusent, ce litige doit se résoudre par la voie d'une action devant le tribunal compétent, de façon analogue à un litige privé (ATF 115 V 228 consid. 2). e) Le « recours » déposé par C. \_\_\_\_\_ doit être converti en action de droit administratif, ce dont le juge instructeur a informé les parties le 26 juillet 2018. Une telle action devant être introduite à l'encontre d'une fondation de prévoyance, elle aurait formellement dû être dirigée contre la H. \_\_\_\_\_, et non contre F.G. \_\_\_\_\_. La H. \_\_\_\_\_ a admis sa légitimité passive en répondant directement à la demande et en proposant une rectification de la partie défenderesse, ce que le demandeur a accepté dans sa réplique du 7 novembre 2018. f) L'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, est recevable en la forme. Il y a lieu d'entrer en matière. 2. Le litige a pour objet la question de

savoir si le demandeur peut prétendre à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse. 3. a) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 115 V 103 consid. 4b). b) Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de 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 l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 130 V 270 consid. 3.1). 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 de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5), dans la mesure où l'OAI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il 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 consid. 4.2.2). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa ; 115 V 208 consid. 2c). c) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est – ou était – affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b). d) 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. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle

implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 123 V 262 consid. 1c). e) La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien 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, il est possible de s'inspirer de la règle de l'art. 88 a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; 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 (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1). f) Est déterminante pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP dont la cause est à l'origine de l'invalidité la perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. La relation de connexité temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité survenue ultérieurement se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement d'après la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références ; voir également la définition légale de l'art. 6 LPGA, disposition qui ne s'applique toutefois pas en matière de prévoyance professionnelle). Cette activité doit cependant permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3). g) L'exercice d'une activité permettant de réaliser un revenu excluant le droit à une rente ne suffit pas encore à interrompre la relation de connexité temporelle. Pour admettre l'existence d'une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative de 80 % au moins (en référence au taux de 20 % de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là [voir TF 9C\_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et la référence]). Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) d'une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la relation de connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (TF 9C\_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 1). h) Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la personne assurée a présenté

une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TFA B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.2, in SVR 2005 BVG n° 5 p. 15). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme conforme à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire ainsi que la teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TFA B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références). Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1). i) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et les références). 4. a) A teneur de l'art. 5 du règlement de prévoyance (dans sa version valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, applicable à la présente affaire), il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide au sens de l'AI 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 (al. 1). En cas d'invalidité partielle, les prestations prévues pour une invalidité totale sont accordées en fonction du degré d'invalidité. L'invalidité de moins d'un quart n'ouvre pas droit aux prestations assurées. Les prestations pleines sont accordées en cas d'invalidité d'au moins deux tiers. Le degré d'invalidité correspond au moins à celui que reconnaît l'AI (al. 2). Lorsque l'invalidité a été intentionnellement provoquée ou aggravée, seules sont dues les prestations obligatoires LPP ; elles seront toutefois réduites dans la mesure où l'AI refuse, réduit ou retire les prestations (al. 3). b) En l'occurrence, la disposition réglementaire relative à la notion d'invalidité va au-delà des exigences légales prévues par la prévoyance professionnelle

obligatoire sous un double aspect. D'une part, le règlement prévoit l'allocation d'une rente déjà à partir d'un degré d'invalidité de 25%. D'autre part, la notion d'invalidité est définie de manière plus large que dans la LAI (et dans la LPP), puisque l'invalidité peut résulter de l'incapacité d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes, l'invalidité au sens de l'assurance-invalidité ne constituant qu'une alternative à cette possibilité (cf. TF 9C\_578/2011 du 10 octobre 2012 consid. 4). c) Dans la mesure où la défenderesse dispose de sa propre définition de l'invalidité, laquelle ne correspond pas à celle de l'assurance-invalidité, elle peut en principe procéder librement à l'évaluation de l'invalidité selon ses propres règles, sous réserve que le taux d'invalidité retenu ne saurait être inférieur à celui fixé par les organes de l'assurance-invalidité. 5. a) Conformément à l'art.

## **E. 15**

kg, des travaux de force et des mouvements répétitifs du poignet droit. L'OAI a estimé qu'à aucun moment les troubles d'ordre psychique présentés par le demandeur n'avaient porté atteinte à sa capacité de travail. L'OAI a ensuite reconnu une nouvelle diminution de la capacité de travail dès le 7 mai 2014 en raison des troubles lombaires, précisant à cet égard qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte, distincte de celle qui prévalait au moment du dépôt de la demande, pour laquelle un nouveau délai d'attente d'un an au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) devait être appliqué. L'OAI a constaté qu'à l'issue dudit délai d'attente, le demandeur présentait une incapacité de travail de 50% due aux troubles lombaires. Sur la base de ces éléments, l'OAI a, par décisions des 12 février et 27 mai 2016, mis le demandeur au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 6 septembre 2010 au 31 décembre 2011, d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012, puis d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015. c) Il n'y a pas lieu de s'écarter des considérations médicales précitées qui ont fait l'objet de décisions entrées en force. Si ces décisions ont certes été rendues pour trancher le droit aux prestations de l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, sur la base des règles spécifiques propres à ces deux régimes, les faits sur lesquels elles se basent permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur la question ici litigieuse. aa) Il sied dès lors de constater que l'atteinte au poignet droit a conduit à une incapacité de travail survenue durant la période d'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse. Cette incapacité de travail a duré sans interruption du 5 septembre 2009 au 30 septembre 2011 à 100%, du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2011 à 50% puis du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2012 à 25%. bb) L'atteinte au niveau dorso-lombaire n'a induit une diminution de la capacité de travail qu'à compter du 7 mai 2014, alors que le demandeur n'était plus assuré auprès de la défenderesse. Cette pathologie n'est pas en lien de connexité matérielle avec celle qui s'est manifestée pendant les rapports d'affiliation de sorte qu'elle ne peut fonder un droit à des prestations d'invalidité auprès de la défenderesse. C'est en vain que le demandeur soutient que ses dorsolombalgies sont en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2009. L'assurance-invalidité a certes alloué une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 en lien avec cette atteinte ; elle a cependant spécifié qu'il s'agissait-là d'une nouvelle atteinte, sans relation avec celles qui avaient permis l'octroi de prestations du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 mars 2012, d'où l'imposition d'un nouveau délai d'attente, ce que le demandeur n'a pas contesté. cc) Enfin, il n'a pas été établi que les troubles psychiques présentés par le demandeur ont induits une quelconque incapacité de travail ; ils n'ont de ce fait jamais donné lieu à une invalidité. Le demandeur ne peut donc émettre aucune prétention à l'encontre de la défenderesse à cet égard. d) En définitive, seule l'incapacité de travail

consécutives à la fracture du poignet droit subie le 5 septembre 2009 est susceptible de donner droit à des prestations d'invalidité à la charge de la défenderesse. 9. En l'occurrence, l'OAI a alloué au demandeur, en raison exclusivement des douleurs et de l'impotence fonctionnelle du poignet droit consécutives à la fracture-luxation subie le 5 septembre 2009, une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 décembre 2011 et une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012. Dans la mesure où il n'existe aucun motif justifiant que la défenderesse s'écarte de l'évaluation des organes de l'assurance-invalidité pour cette période (cf. supra consid. 4c et 5d), le demandeur peut également prétendre, à l'échéance d'un délai de carence d'une année (art. 26 al. 1 LPP en corrélation avec l'art. 28 al. 1 let. b LAI), sur le principe de la part de la défenderesse à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 décembre 2011 et à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012. 10. Cela étant, il convient d'examiner, conformément à l'art. 9 al. 1 du règlement de prévoyance, si l'on ne se trouve pas en présence d'un cas de surindemnisation. a) Pour rappel, l'art. 9 al. 1 du règlement de prévoyance prévoit que, lorsque le sinistre relève de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ou de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM), la rente d'invalidité et la rente pour enfant d'invalidité ainsi que la rente de veuve, la rente de veuf (ou les prestations en capital) et les rentes d'orphelin sont assurées uniquement dans le cadre des prestations minimales LPP et seulement dans la mesure où, ajoutées aux revenus à prendre en considération selon l'al. 2 let. a du règlement, et, en cas de droit aux prestations d'invalidité, à un salaire ou une compensation qui auraient été versés ou qui pourraient encore l'être, elles s'élèvent à 90 % de la perte de gain présumée. b) Sont réputés revenus à prendre en considération au sens de l'art. 9 al. 2 let. a du règlement de prévoyance les prestations de l'AVS/AI, de l'assurance-accidents selon la LAA, les prestations selon la LAM, d'autres assurances sociales ou institutions de prévoyance suisses ou étrangères (à l'exception des allocations pour impotents, des indemnités pour atteinte à l'intégrité et de toute autre prestation assimilable). c) Par « perte de gain présumée » il faut entendre le salaire hypothétique que l'assuré réaliserait sans invalidité, ce qui ne correspond pas forcément au gain effectivement obtenu avant la survenance de l'éventualité assurée (ATF 125 V 163 consid. 3b ; 123 V 193 consid. 5a ; 204 consid. 5b et les références). d) Avant de procéder au calcul de surindemnisation proprement dit, il convient de procéder à quelques constatations de fait : aa) Le gain présumé perdu doit être fixé à 67'200 fr., conformément aux renseignements issus du contrat de travail signé par le demandeur le 10 juin 2009 et du questionnaire rempli le 16 avril 2010 par l'employeur dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité. bb) Le demandeur a bénéficié entre le 8 septembre 2009 et le 30 avril 2014 d'indemnités journalières de l'assurance-accidents d'un montant de 147 fr. 30 (cf. attestation fiscale établie le 28 avril 2015 par V. \_\_\_\_\_ [249'820 fr. 80 / 1'696 jours]). cc) Le demandeur s'est vu allouer entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 2010 une rente entière de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de 1'788 fr., entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2011 une rente entière de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de 1'819 fr. et entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars 2012 une demi-rente de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de 910 fr. dd) Il n'y a pas lieu de tenir compte des indemnités journalières complémentaires de l'assurance-accidents d'un montant de 18 fr. 40 versées au demandeur du 5 novembre 2009 au 30 avril 2014 par V. \_\_\_\_\_ en vertu d'un contrat fondé sur la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1), dans la mesure où le règlement de prévoyance ne prévoit pas la prise en compte dans le cadre d'un calcul de surindemnisation d'une telle prestation. e) Cela étant

constaté, il y a lieu, s'agissant d'un calcul rétroactif de surindemnisation concernant des prestations dues pour une période limitée dans le temps, de procéder à un calcul global à partir du début du droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle et comprenant l'ensemble de la période durant laquelle lesdites prestations étaient dues (cf. ATF 139 V 519 consid. 3 ; 132 V 27 consid. 3.1 ; 126 V 193 consid. 3). En l'occurrence, le calcul se présente de la manière suivante : Gain présumé perdu ([16 x 5'600 fr.] + [3 x 2'800 fr.]) 98'200 fr. 00 Dont 90 % 88'200 fr. 00 ./ . rente AI ([4 x 1'788 fr.] + [12 x 1'819 fr.] + [3 x 910 fr.]) 31'710 fr. 00 ./ . indemnités journalières AA (578 x 147 fr. 30) 85'139 fr. 40 Total - 28'649 fr. 40 Le total des montants imputables étant supérieurs au 90 % du gain présumé perdu, le demandeur ne peut prétendre à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse. 11. Dans sa réponse à la demande, la défenderesse fait grief au demandeur d'avoir commis une réticence en ne déclarant pas, sur le formulaire d'adhésion qu'il avait rempli le 30 septembre 2009, qu'il subissait une atteinte à la santé et se trouvait en incapacité de travail. Cette question peut souffrir de demeurer indécise, dès lors que la défenderesse n'a pas procédé conformément aux règles formelles décrites à l'art. 6 LCA, selon lesquelles la résiliation doit intervenir par écrit dans les quatre semaines qui suivent le moment où l'assureur a eu connaissance de la réticence. 12. a) Mal fondée, la demande formée par C.\_\_\_\_\_ contre la H.\_\_\_\_\_ doit par conséquent être rejetée. b) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. c) Bien que la H.\_\_\_\_\_ obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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