

## **VD\_GERICHTE ZI12.026307 vom 20. Januar 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZI12.026307](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI12.026307)

FR: VD\_GERICHTE ZI12.026307 du 20 janvier 2014

IT: VD\_GERICHTE ZI12.026307 del 20 gennaio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 40**

au 31 décembre 2000, 18 fr. 85 au 31 décembre 2001 et 72 fr. 80 au 31 décembre 2002. Dans sa duplique du 19 août 2008, la défenderesse a allégué avoir transmis au demandeur personnellement le décompte de sortie du 24 août 2001, en précisant que l'intéressé devait savoir, de par le courrier du 30 juillet 2001, que dit décompte lui parviendrait. Elle a rappelé que le début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité était survenu au début de l'automne 2002, soit après la sortie du demandeur de l'entreprise de l'employeur. Elle a encore observé que le demandeur aurait eu la faculté de se renseigner auprès du conseil qui l'assistait dans la procédure AI depuis 1998 et que la loi vaudoise sur la prévoyance et l'aide sociale ne permettait pas la prise en charge financière d'une affiliation à l'institution supplétive. Le demandeur a confirmé ses conclusions par déterminations du 10 septembre 2008.

- 8 - Par ordonnance sur preuves du 2 septembre 2009 et ordonnance sur preuves complémentaire du 26 janvier 2010, le juge instructeur de la Cour civile a notamment ordonné l'audition de témoins et désigné H. \_\_\_\_\_, Fiduciaire L. \_\_\_\_\_ SA, en qualité d'expert. De l'audition des témoins tenue le 25 janvier 2010, on retiendra plus particulièrement que J. \_\_\_\_\_, employée d'assurance auprès de la défenderesse, a déclaré avoir adressé le décompte de sortie par la poste en courrier A ou B au demandeur, que l'épouse du demandeur a confirmé que son mari avait suivi une scolarisation élémentaire dans son pays et qu'il n'avait reçu aucune formation poussée depuis son arrivée en Suisse. En revanche, elle ignorait si son mari avait des connaissances en matière d'assurance, plus particulièrement de prévoyance professionnelle, y compris s'agissant de l'existence de l'institution supplétive. Elle ignorait également si la défenderesse et son mari avaient correspondu par écrit ou téléphone. M. \_\_\_\_\_, collègue de travail du demandeur, a indiqué que celui-ci parlait déjà français en 1987- 1988. L'expert a déposé son rapport le 14 janvier 2011, produisant en annexe divers documents, notamment : - un rapport d'analyse daté de juin 2006 établi par Q. \_\_\_\_\_ SA, intitulé « Impacts financiers d'une affiliation à l'institution supplétive », évaluant à 173'098 fr. le capital d'une rente d'invalidité à vie entière calculé à fin 2002, moyennant un financement à charge de l'assuré de 67'254 fr., soit un préjudice de 105'844 fr., fortement dépendant de la capacité de l'assuré à souscrire le financement de cette rente, en l'occurrence par des versements mensuels de 583 fr. pendant trois ans (annexe I) ; - un tableau des notifications et taxations fiscales dont il ressort que le revenu fiscal imposable de l'assuré et de son épouse était de 0 fr. pour les années 2000 à 2005 (annexe II) ;

- 9 - - un extrait de compte du 1er décembre 1998 au 31 août 2002 dont on retient que l'assuré, son épouse et ses cinq enfants ont bénéficié de l'aide sociale vaudoise dès le 1er janvier 1999, et à ce titre des forfaits nos 1 et 2 et leur complément, de la prise en charge du

loyer de 730 fr., des charges locatives par 110 fr. ainsi que des participations LAMAL, le montant total ainsi versé variant mensuellement de 3'975 fr. 35 à 4'382 fr. 25 pendant la période considérée, montant auquel se sont ajoutés à quatre reprises des frais de traitement dentaire afférant à 441 fr. et un unique remboursement de frais médicaux par 253 fr. 50 (annexe IV). L'expert a déposé les déterminations et conclusions suivantes : « L'expert constate que le document remis en annexe I « Impacts financiers d'une affiliation à l'institution supplétive » est adapté sur le plan technique mais que ce rapport est à placer dans le contexte particulier de la situation de M. C.\_\_\_\_\_. Dans sa conclusion, Q.\_\_\_\_\_ SA détermine un capital de CHF 173'098.- et non de CHF 200'000.- comme invoqué dans l'allégué 17. La perception d'une telle rente transformée en capital aurait été soumise à un financement à charge de l'assuré de CHF 67'254.- et le préjudice estimé à CHF 105'844.-. Toutefois, il est bien précisé que le préjudice dépend de la capacité de l'assuré à souscrire à un tel financement. Ainsi, l'expert a voulu, par ses différentes recherches et ses conclusions, déterminer si l'assuré aurait pu souscrire à un tel financement. Or, l'expert arrive à la conclusion qu'un tel financement n'aurait pu être assuré pour les raisons suivantes : ■ Dans la période concernée, l'assuré ne bénéficiait que de l'aide sociale et l'expert ne voit pas comment une cotisation de CHF 583.- par mois pendant trois ans aurait pu être financée avec ses seuls moyens. ■ Par ailleurs, il y a lieu de prendre en considération les réserves en matière de couverture d'assurance, dans le cas d'une affiliation personnelle à un plan de prévoyance. ■ L'expert s'est également soucié de la coordination entre les différentes assurances, soit qu'il est prévu que lors de la coordination avec d'autres prestations, la fondation de prévoyance procède à une réduction des prestations de survivants et d'invalidité dans la mesure où ajoutées à d'autres revenus pris en compte elles dépassent 90% de la perte de gain présumée.

- 10 - Dans la situation évoquée, cette réduction n'a vraisemblablement pas lieu d'être appliquée. Toutefois, il est difficile à l'expert de se prononcer sur ce dépassement sans avoir à disposition une situation claire des prestations invalidité qui ont été reçues ou qui sont encore reçues (rentes AI du 1er pilier), et celles qui auraient pu l'être (cumul des prestations AI 1er pilier et rentes 2ème pilier). De plus, l'expert a renoncé à déterminer les conséquences d'une éventuelle amélioration de la rente annuelle d'invalidité, qui auraient pu être déduites et décomptées des indemnités versées (avances de fonds) par le Service de l'aide sociale. L'expert relève que malgré des courriers et contacts avec les syndicats, l'assuré n'a pas pris de dispositions particulières pour contracter une assurance volontaire, ce que l'on peut comprendre d'une part par les difficultés de compréhension des dispositions en matière de prévoyance professionnelle et d'autre part et surtout par d'autres priorités liées à une situation financière précaire de M. C.\_\_\_\_\_. En conséquence et comme Q.\_\_\_\_\_ SA le précise, le montant objectif du préjudice doit donc être pondéré par la probabilité avec laquelle l'assuré se serait assuré à l'institution supplétive, compte tenu du financement nécessaire pour bénéficier de cette rente invalidité. Après examen de toutes ces modalités, dans un domaine que l'expert reconnaît comme étant complexe, il estime qu'il n'y a pas de préjudice à prendre en considération, et que malheureusement en cette période seule une assurance facultative pouvait être conclue. Cette assurance ne pouvait l'être que par l'assuré lui-même et à titre personnel, comme les dispositions légales et réglementaires le prévoyaient. En conclusion et en résumé, compte tenu des éléments précités, à savoir : ■ l'absence de moyens financiers ■ le fait que pour une assurance facultative, il incombait à l'assuré de prendre les dispositions ■ les réserves d'assurances à considérer ■ l'éventuel impact financier dans la coordination entre les différentes

assurances et l'aide sociale, l'expert conclut que le montant du préjudice déterminé par Q.\_\_\_\_\_ SA ne peut être retenu, car pour déterminer un tel préjudice, les conditions ne sont objectivement pas remplies. » Les parties ont toutes deux déposé leur mémoire de droit le 8 septembre 2011. Le demandeur a maintenu que la défenderesse avait violé son obligation d'information, qu'ainsi il n'avait pu s'affilier à l'institution supplétive pour maintenir sa prévoyance et avait été privé de

- 11 - la possibilité de percevoir une rente. Il a encore fait grief à l'expert d'être sorti du cadre des allégués soumis à l'expertise et a soutenu qu'en raison du bénéfice généré par une affiliation à une institution supplétive, une aide sociale aurait pu lui être accordée à cet effet par le truchement des prestations circonstanciées. Enfin, le demandeur a relevé que l'extrait de son compte bancaire démontrait qu'à l'époque des faits, il était régulièrement alimenté, que rien ne l'empêchait d'utiliser une partie de l'aide sociale pour verser le montant des primes à l'institution supplétive et qu'il n'était pas exclu de faire appel à l'aide de son entourage, par exemple sous forme d'un prêt. Quant à la défenderesse, elle a répété sa motivation antérieure, rappelé les conclusions de l'expertise ainsi que le moyen tiré de la prescription. Par courrier du 2 décembre 2011 adressé au conseil des parties, le président de la Cour civile a soulevé d'office la question d'un déclinatoire et d'un report de la cause devant la cour de céans, se référant en cela à un arrêt du Tribunal fédéral du 25 janvier 2010 paru aux ATF 136 V 73. En date du 13 décembre 2011, le conseil de la défenderesse a signifié ne pas s'opposer à la décision incidente envisagée et en date du 15 décembre 2011, le conseil de la demanderesse s'en est remis à l'appréciation de la Cour civile. Par décision du 21 décembre 2011, la Cour civile a décliné d'office sa compétence et transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Cette décision a été rendue sans frais et les émoluments avancés par les parties leur ont été restitués. E n d r o i t : 1. a) Chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité; RS 831.40]). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 83b LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01] et 93

- 12 - al. 1 let. c LPA-VD [loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). Selon la jurisprudence, s'il existe une prétention à la réparation d'un dommage résultant de la violation du contrat d'affiliation au sens d'une lésion d'obligations qui ressortent typiquement du domaine de la prévoyance professionnelle, le tribunal désigné à l'art. 73 LPP est alors objectivement compétent (ATF 136 V 73 consid. 5.3). Le for 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). L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (cf. ATF 118 V 158 consid. 1, 117 V 237 et 329 consid. 5d, 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Sur le plan procédural, il y a lieu d'appliquer les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. L'application de ces règles de procédure satisfait aux exigences de l'art. 73 LPP, qui pose des principes généraux pour les contestations en matière de prévoyance professionnelle (cf. CASSO PP 50/08 – 105/2009 du 3 novembre 2009 consid. 1). b) En l'espèce, l'action de la demanderesse a été initialement introduite devant la Cour civile du Tribunal cantonal, laquelle a décliné sa compétence et transmis la cause à la cour de céans. L'action formée devant le tribunal compétent à raison du siège de la défenderesse est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse

étant supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a et 109 al. 1 LPA-VD). 2. Le litige porte en l'occurrence sur l'existence d'une violation de l'obligation d'informer l'assuré incombant à l'institution de prévoyance professionnelle dans un cas de libre passage ainsi que sur le droit de l'assuré à la réparation du dommage dans une telle hypothèse.

- 13 - 3. Dans le cas particulier, la défenderesse a soulevé l'exception de la prescription. Les prétentions des assurés en cas de libre passage dans le cadre de la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidités sont réglementées par la loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LFLP; RS 831.42), entrée en vigueur le 1er janvier 1995. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, la LFLP ne contenait aucune disposition en matière de péremption ou prescription. Dans le cadre de la première révision de la LPP, le législateur fédéral a introduit l'article 24g LFLP, lequel renvoie à l'application de l'art. 41 LPP s'agissant de la prescription des droits et de la conservation des pièces. Cette nouvelle est entrée en vigueur le 1er janvier 2005, sans disposition transitoire. a) L'art. 41 LPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, avait la teneur suivante : 1. Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables. 2. L'al. 1 s'applique aussi aux actions fondées sur les contrats conclus entre institutions de prévoyance et institutions d'assurance soumises à la surveillance des assurances. L'art. 41 aLPP était limité au domaine de la prévoyance obligatoire. Les art. 127 et 128 CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse; RS 220) s'appliquaient dans le domaine de la prévoyance plus étendue, subobligatoire et pour les polices et comptes de libre passage (cf. Commentaire LPP et LFLP ad art. 41 LPP note 2 p. 648). Depuis le 1er janvier 2005, l'art. 41 LPP règle la prescription du droit aux prestations de la manière suivante, sans disposition transitoire : 1. Le droit aux prestations ne se prescrit pas pour autant que les assurés n'aient pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance.

- 14 - 2. Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables. Lorsque, comme en l'occurrence, la loi ne contient pas de disposition transitoire en ce qui concerne le régime de prescription applicable, il appartient à l'autorité de jugement d'examiner quel droit transitoire doit être appliqué, en se basant sur les principes généraux du droit intertemporel (ATF 131 V 425 consid. 5.1 p. 429, 104 Ib 87 consid. 2b p. 89; Meyer/Arnold, Intertemporales Recht, Eine Bestandesaufnahme anhand der Rechtsprechung der beiden öffentlich-rechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in : RDS 2005 p. 115 ss, en part. p. 127 ss). La jurisprudence (ATF 132 V 159 consid. 2 p. 161, 131 V 425 consid. 5.2 p. 429 s., 111 II 193, 107 1b 198 consid. 7b/aa p. 203, 102 V 206 consid. 2 p. 207 s., TF 9C\_698/2009 du 7 juillet 2010 consid. 3.2) et la doctrine (Attilio Gadola, Verjährung und Verwirkung im öffentlichen Recht, in : PJA 1995 p. 58; André Grisel, Traité de droit administratif, p. 150) considèrent qu'une nouvelle réglementation introduisant des délais de prescription ou de péremption est applicable aux prétentions relevant de l'ancien droit, si celles-ci, bien que nées et exigibles avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, ne sont pas encore prescrites ou périmées à ce moment-là. b) En

l'espèce, dans l'hypothèse d'une violation de l'obligation d'informer incombant à l'institution de prévoyance dans le cadre du libre passage, était applicable le délai de prescription décennal de l'art. 127 CO, en l'absence de toute disposition légale spéciale. L'obligation d'informer est née à tout le moins dès la date de sortie du contrat de prévoyance, soit le 31 décembre 1998. Le délai de prescription de l'art. 127 CO n'était donc pas encore écoulé à la date de l'entrée en vigueur de l'art. 24g LFLP. En conséquence, les délais prévus par l'art. 41 LPP tel qu'entré en vigueur le 1er janvier 2005 sont applicables, par renvoi de l'art. 24g LFLP. L'art. 41 al. 2 LPP tel qu'entré en vigueur le 1er janvier 2005 institue un délai de prescription de dix ans pour les recouvrements de

- 15 - créances portant, comme en l'occurrence, sur d'autres cas que les cotisations et prestations périodiques. Lorsque le nouveau droit introduit un délai de prescription identique à celui prévu par l'ancien droit, c'est en principe le nouveau droit qui s'applique. Toutefois, même sous l'empire du nouveau droit, ce délai part du fait déclenchant qui s'est produit sous l'ancien droit, ce qui a pour effet d'imputer sur le nouveau délai le temps écoulé avant l'entrée en vigueur de la loi nouvelle (cf. Paul Mutzner, in : Commentaire bernois, CC, Titre final, 2ème éd. 1926, n° 9 ad art. 49 Tit. fin. CC). Dans le cas particulier, la prescription décennale prévue par l'art. 41 al. 2 LPP étant identique à la prescription de l'ancien droit (art. 127 CO), celle-ci a commencé à courir à partir du fait déclenchant qui s'est produit sous l'ancien droit, soit avec la sortie effective du demandeur du contrat de prévoyance au 31 décembre 1998, laquelle génère l'obligation d'informer en matière de libre passage. La prescription décennale n'était donc pas encore accomplie lorsque le demandeur a introduit son action le 7 juillet 2007, étant précisé que l'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (cf. Commentaire LPP et LFLP ad art. 41 note 23 p. 652). 4. a) Aux termes de l'art. 47 al. 1 LPP, l'assuré qui cesse d'être assujéti à l'assurance obligatoire peut maintenir sa prévoyance professionnelle ou sa seule prévoyance vieillesse, dans la même mesure que précédemment, soit auprès de la même institution de prévoyance, si les dispositions réglementaires le permettent, soit auprès de l'institution supplétive. Celle-ci est tenue d'admettre les personnes qui demandent à s'assurer à titre facultatif (art. 60 al. 2 let. c LPP). Selon l'art. 2 al. 1 LFLP, si l'assuré quitte l'institution de prévoyance avant la survenance d'un cas de prévoyance (cas de libre passage), il a droit à une prestation de sortie. Si l'assuré n'entre pas dans une autre institution de prévoyance, il doit notifier à son institution de prévoyance sous quelle forme admise il entend maintenir sa prévoyance (art. 4 al. 1 LFLP). Les formes admises consistent soit en une police de libre passage auprès d'une institution de prévoyance (art. 10 al. 2 OLP [ordonnance du 3 octobre 1994 sur le libre passage dans la prévoyance

- 16 - professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité; RS 831.425]), soit en un compte de libre passage ouvert auprès d'une banque (art 10 al. 3 OLP). La police de libre passage au sens de l'art. 10 al. 2 OLP est une assurance qui comprend une assurance de base en cas de vieillesse, de décès et d'invalidité et qui peut être librement complétée par une assurance complémentaire, au choix de l'assuré, pour les risques de décès et d'invalidité. Le compte de libre passage défini à l'article 10 al. 3 OLP est destiné à l'épargne et peut être facultativement complété par une assurance risques (cf. Commentaire LPP et LFLP ad art. 26 LFLP notes 6 et 7 p. 1676). Selon l'art. 4 al. 2 LFLP, à défaut de notification (de la forme de maintien de la prévoyance), l'institution de prévoyance verse, au plus tard deux ans après la survenance du cas de libre passage, la prestation de sortie, y compris les intérêts

moratoires, à l'institution supplétive (art. 60 LPP). Aux termes de l'art. 8 LFLP, en cas de libre passage, l'institution de prévoyance doit établir à l'assuré un décompte de la prestation de sortie. Ce décompte doit comprendre les indications sur le calcul de la prestation de sortie, et mentionner le montant minimum ainsi que le montant de l'avoir de vieillesse (al. 1). L'institution de prévoyance doit indiquer à l'assuré toutes les possibilités législatives et réglementaires pour maintenir la prévoyance; elle doit notamment l'informer sur la prévoyance en cas de décès et d'invalidité (al. 2). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 125 V 193 consid. 2, 121 V 45 consid. 2a, 204 consid. 6b et la référence). Il découle de l'art. 73 al. 2 LPP que la maxime inquisitoire est applicable à la procédure de l'art. 73 LPP. En conséquence, les faits pertinents de la cause doivent être constatés

- 17 - d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 précité, 117 V 261 consid. 3b et les références). c) Dans le cas particulier, le demandeur n'était plus assujéti à l'assurance obligatoire ensuite de la résiliation des rapports de travail par l'employeur, la couverture de prévoyance subsistant néanmoins jusqu'à la sortie de l'assuré de l'institution de prévoyance au 31 décembre 1998. Les dispositions du règlement de prévoyance professionnelle du 1er janvier 1995 ne permettaient pas à l'assuré de demander le maintien de sa couverture d'assurance à titre facultatif auprès de la défenderesse. En revanche, il lui était loisible de demander le maintien de sa prévoyance auprès de l'institution supplétive, ce de par la loi (art. 47 al. 2 LPP), quand bien même le règlement précité ne mentionnait pas expressément cette faculté. A cela s'ajoute que contrairement aux autres institutions de prévoyance, l'institution supplétive a l'obligation de maintenir la prévoyance sur demande de l'assuré. Toutefois, selon le texte de la loi, la possibilité du maintien n'existe que – et au moins – dans la même mesure que précédemment (cf. Commentaire LPP et LFLP ad art. 47 note 38 p. 698). Le texte de l'art. 8 al. 2 LFLP ne souffre aucune interprétation quant au fait que l'information doit être communiquée d'office à l'assuré et non sur demande de celui-ci. En l'occurrence, on ne peut que constater que les informations communiquées par la fondation dans ses courriers du 30 juillet 2001 comme du 24 août 2001 ne répondent pas aux exigences de la disposition précitée.

- 18 - Le courrier du 30 juillet 2001 ne donne absolument aucune information sur les possibilités législatives et réglementaires de maintien de la prévoyance, notamment sur la prévoyance en cas de décès ou d'invalidité. S'agissant du courrier du 24 août 2001, le demandeur soutient ne pas l'avoir reçu. Selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2, 124 V 400 consid. 2a, 122 I 97 consid. 3b,

114 III 51 consid. 3c et 4, 103 V 63 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 400 consid. 2b, 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 103 V 63 consid. 2a; TF 9C\_413/2011 du 15 mai 2012). L'envoi sous pli simple ne permet en général pas d'établir que la communication est parvenue au destinataire et la seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1). Cela étant, le demandeur n'est pas présumé avoir reçu le décompte de sortie du 24 août 2001. Au demeurant, même dans l'hypothèse contraire, on ne pourrait que constater que les mentions figurant sur ce décompte de sortie sont lacunaires et insuffisantes en termes d'information sur les possibilités législatives et réglementaires de maintien de la prévoyance, notamment en cas de décès et d'invalidité. En effet, ce document ne fait que réserver une couverture prolongée du risque jusqu'à l'entrée en service auprès d'un nouvel employeur, au plus tard un mois après la date de sortie. Il ne fait notamment pas mention de la faculté de maintien de la

- 19 - prévoyance auprès de l'institution supplétive. Il n'indique pas non plus la possibilité de compléter la police de libre passage par une assurance complémentaire pour les risques de décès et d'invalidité (art. 10 al. 2 OLP). Le règlement de prévoyance du 1er janvier 2005 contient certes des dispositions donnant des informations plus étendues en matière de maintien de la prévoyance après sortie de l'institution de prévoyance. Il ne saurait cependant suppléer aux exigences conférées par l'art. 8 al. 2 LFLP à l'institution de prévoyance dans la mesure où les informations doivent être communiquées par celle-ci expressément et contemporanément à la survenance du cas de libre passage et non antérieurement. Au demeurant, les dispositions réglementaires ne font aucune référence à la faculté de maintien de la prévoyance dans la même mesure que précédemment auprès de l'institution supplétive. Enfin, le demandeur n'a reçu absolument aucune information de la défenderesse à fin 1998, en relation avec la décision de l'OAI du 12 octobre 1998. Or, cette décision était susceptible d'entraîner la sortie définitive de l'assuré de l'institution de prévoyance et par conséquent la procédure de libre passage. En effet, compte tenu du taux d'invalidité de 17% retenu dans la décision litigieuse, il n'existait plus aucune des incapacités de gain alternatives fondant le droit à une rente d'invalidité au sens du règlement du 1er janvier 1995 (chiffre 3.5.6). L'assuré devait être prévenu du fait que nonobstant l'effet suspensif du recours, il s'exposait à ce qu'il soit sorti de l'institution de prévoyance avec effet au 1er janvier 1999. Il doit donc être admis que la défenderesse a violé son devoir d'information conféré par l'art. 8 al. 2 LFLP. 5. Selon le demandeur, si la fondation avait agi conformément à son devoir d'information, il aurait pu s'affilier à une institution supplétive, bénéficier d'une couverture vieillesse, invalidité et décès, ce qui lui aurait permis de percevoir une rente annuelle d'invalidité. Dans une telle

- 20 - hypothèse, il aurait alors appartenu au seul demandeur de financer cette couverture par le versement de la totalité des cotisations d'épargne, de risque et de frais de gestion. a) Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue

par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636 s. et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480). b) Dans le cas particulier, l'autorité, en l'espèce l'institution de prévoyance, est intervenue dans une situation concrète à l'égard du demandeur, soit dans le cadre de la sortie de son assuré du contrat de prévoyance (condition a). Elle était ex lege censée informer l'assuré des possibilités législatives et réglementaires de maintien de la prévoyance,

- 21 - notamment en cas de décès et d'invalidité (condition b). La condition (e) est également réalisée. Il est démontré ci-dessus (consid. 4) que l'assuré n'a pas pu, à tout le moins par l'intermédiaire des organes de la fondation, avoir connaissance du contenu du renseignement omis. En revanche, dans la mesure où la défenderesse a mis un terme au versement des prestations d'invalidité au 30 septembre 1998 ce alors que le demandeur était assisté d'un conseil dans le cadre de la procédure pendante devant l'assurance-invalidité, il est difficilement compréhensible que l'intéressé ne se soit pas inquiété à ce moment-là auprès de cet homme de loi du maintien de sa prévoyance professionnelle, ce qui lui aurait permis d'obtenir les informations que la défenderesse avait omis de lui communiquer. Dans cette mesure, on peut déjà se demander si la condition (c) est réalisée. Cependant, la condition (d) n'est en tout cas pas réalisée. Préliminairement, il doit être admis que le fait de prendre les dispositions auxquelles on ne saurait renoncer sans subir de préjudice est équivalent au fait de ne pas prendre de dispositions permettant d'éviter un préjudice. Au vu de la jurisprudence mentionnée ci-dessus (consid. 4), le fardeau de la preuve sur ce point incombe à l'assuré. Cela étant, la question se pose de savoir si le demandeur aurait été en mesure de prendre les dispositions permettant d'éviter le préjudice, notamment s'il avait la capacité économique de s'acquitter de la totalité des cotisations d'épargne, de risque et de frais en cas d'affiliation à l'institution supplétive. Pour mémoire, l'expert a évalué à 583 fr. la cotisation que l'assuré aurait dû verser mensuellement pendant trois ans. A partir du 1er janvier 1999, le demandeur a bénéficié de l'aide sociale pour sa famille et lui-même, et ceci pendant toute la période considérée. A ce titre, il a perçu entre 3'975 fr. 35 et 4'382 fr. 25 par mois, ce montant étant présumé couvrir les besoins de base ou besoins fondamentaux de la famille. En se fondant sur les lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence (minimum vital) de la Conférence des préposés aux poursuites et faillites de Suisse du 24

novembre 2000, dont on considérera qu'elles étaient déjà pertinentes en 1999, les montants de base mensuels pour la famille s'élevaient à 1'550 fr. pour le couple, 250 fr. par enfant jusqu'à l'âge de six ans, 350 fr. par enfant entre 6 et 12 ans et 500 fr. par enfant au-delà de 12 ans, soit, au 1er janvier 1999, un montant total de 3'350 fr., auxquels

- 22 - s'ajoutaient encore le loyer de 730 fr. et les charges locatives par 110 fr. Cela étant, il est hautement improbable que le demandeur aurait pu dégager régulièrement 583 fr. par mois pour s'acquitter du financement de l'affiliation à l'institution supplétive, compte tenu de la modicité des revenus obtenus de l'aide sociale. Au demeurant, les soldes du compte bancaire du demandeur à la fin des exercices annuels 1999 à 2002 le confirment dans la mesure où ils sont largement inférieurs aux cotisations que l'intéressé aurait dû verser annuellement. Le demandeur a encore allégué que les services sociaux auraient pris en compte cette charge dans le calcul de l'aide sociale, d'autant plus que cela lui aurait permis de toucher ultérieurement une rente. Selon l'art. 17 de la loi cantonale sur la prévoyance et l'aide sociales, entrée en vigueur le 1er janvier 1978 et abrogée le 1er janvier 2006 (LPAS), l'aide sociale est accordée à toute personne qui se trouve dépourvue des moyens nécessaires à satisfaire ses besoins vitaux et personnels indispensables. Par ailleurs, exceptionnellement, lorsque les circonstances le justifient, l'aide sociale peut comporter, pour un temps déterminé, les moyens propres à permettre à l'intéressé de recouvrer son indépendance économique (art. 18 LPAS). En matière d'aide sociale, la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) a publié des normes, qui ont valeur de recommandations auprès des services administratifs compétents. Elles disposent notamment que la couverture des besoins de base ou besoins fondamentaux, lesquels correspondent à la notion de besoins vitaux et personnels indispensables au sens de l'art. 17 LPAS, comprennent les forfaits pour l'entretien du ménage, les frais de logement avec charges, les frais médicaux de base et les frais pour soins dentaires. Il ressort de l'annexe IV à l'expertise que l'aide sociale vaudoise a normalement pris en charge ces différents postes. Dans les dépenses pouvant être prises en compte, les normes de la CSIAS comprennent également les prestations circonstanciées, lesquelles sont versées en raison de problèmes particuliers en rapport avec l'état de santé, la situation économique et familiale du bénéficiaire. Figurent ainsi dans ces prestations circonstanciées les frais spéciaux dus à la maladie et au handicap (C1.1), les frais d'acquisition de revenu (C1.2), la garde d'enfants (C1.3), les frais d'écolage, cours et formation (C1.4), ainsi que les autres prestations

- 23 - circonstanciées (C1.8). La CSIAS énumère sous ce chiffre les primes des assurances ménage et responsabilité civile, les frais de transports et autres frais liés à l'entretien de relations personnelles, les dépenses pour des achats spéciaux tels que meubles ou instruments de musique, les frais supplémentaires découlant d'un besoin accru de mobilité ou de conversation téléphonique dans le cadre de l'entretien de relations familiales ou personnelles importantes. La prise en charge de primes d'assurance ménage et responsabilité civile par les services d'aide sociale s'explique par le fait que la conclusion de telles assurances peut être exigée par le bailleur de même qu'une assurance responsabilité civile s'impose notamment lors de l'usage d'un cycle. De telles primes d'assurances constituent des dépenses indispensables à l'accès au logement, respectivement à un moyen de transport, lesquels constituent des besoins de base ou fondamentaux. Ces assurances garantissent une couverture d'assurance minimale et préviennent des situations critiques. On ne saurait dès lors, à l'instar du demandeur, déduire du financement de ces primes d'assurance ménage ou responsabilité civile par l'aide sociale que celle-ci est également

destinée à financer la prime d'affiliation à l'institution supplétive dans l'optique d'un maintien de la prévoyance professionnelle antérieure, facultatif de surcroît. L'assistance sociale ne prend pas en charge les contributions au 2e pilier, car cela la conduirait à avantager les personnes bénéficiant d'un deuxième pilier au détriment de celles qui n'en disposent pas. À cela s'ajoute que les prestations du deuxième pilier priment en principe sur l'aide sociale et théoriquement, il pourrait être exigé du bénéficiaire de l'aide sociale d'utiliser les avoirs de libre passage pouvant être libérés ou dissous pour faire face aux dépenses d'entretien avant d'atteindre l'âge de la retraite AVS. Néanmoins, selon les recommandations de la CSIAS, l'utilisation de tels avoirs n'interviendra qu'à titre exceptionnel uniquement, afin de ne pas remettre en question l'objectif du deuxième pilier (ch. E.2.5). Le financement de l'affiliation à l'institution supplétive par l'aide sociale peut être exclu dans la mesure où il correspondrait de fait à un accroissement du deuxième pilier du demandeur, soit à une augmentation de revenus. Le demandeur a également soutenu que le paiement des primes aurait pu être assuré par des proches. Il s'agit d'une simple affirmation laissée sans preuve, alors

- 24 - que le fardeau de la preuve incombe au demandeur. Quant aux dispositions permettant aux bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage d'être soumis à l'assurance obligatoire pour les risques de décès et d'invalidité par l'institution supplétive, elles ne sauraient s'appliquer au demandeur dès l'instant où celui-ci n'a jamais eu le statut de chômeur pendant la période considérée. Enfin, il est permis de déduire du recours du demandeur contre la décision de l'OAI du 12 octobre 1998 concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité que l'intéressé n'envisageait pas la nécessité de maintenir sa prévoyance professionnelle antérieure. Il n'avait en effet aucune raison de la maintenir si sa volonté était de se voir octroyer une rente entière d'invalidité par l'OAI, avec pour conséquence que la défenderesse aurait dû poursuivre le service de ses prestations. Ainsi, les conditions posées à une violation du principe de la protection de la bonne foi n'étant pas exhaustivement réalisées, les conclusions du demandeur doivent être rejetées. 6. a) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. b) Quoique la défenderesse 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 la 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 le demandeur 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.