

S2 21 118

JUGEMENT DU 24 JUILLET 2023

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière

en la cause

X _____, demandeur, représenté par Maître Mathieu Dorsaz, avocat, 1964 Conthey

contre

AXA FONDATION LPP SUISSE ROMANDE, WINTERTHUR, 8400 Winterthur, défenderesse, représentée par Maître Didier Elsig, avocat, 1001 Lausanne

et

FONDATION INSTITUTION SUPPLÉTIVE LPP, Institution de prévoyance, 8050 Zurich

(art. 10, 23 s., 41 et 73 LPP ; demande de rente, début de l'incapacité de travail déterminant, délai de prescription)

Faits

A. X _____, né le 30 janvier 1972, travaillait depuis le 19 avril 2006 comme chauffeur-livreur, auprès de A _____ SA, à B _____ (canton de Fribourg). A ce titre, il était assuré auprès d'AXA Fondation LPP Suisse romande, à Winterthur, pour la prévoyance professionnelle (ci-après AXA). Le 18 janvier 2009, X _____ a glissé sur une plaque de glace et s'est blessé au poignet gauche ; il n'a alors pas consulté de médecin. Il a été licencié avec effet au 31 janvier 2009 (pièce 104) ; il était néanmoins prévu qu'il reprenne son poste chez A _____ SA dès juin 2009 (cf. également *infra*).

X _____ s'est annoncé à la Caisse de chômage Chrétienne sociale, à Sion, en date du 2 février 2009 ; il s'est alors déclaré disposé à travailler à plein temps dès cette date et a affirmé avoir une capacité de travail entière (pièces 2 et 104). Il a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage dès le 1^{er} février 2009.

En date du 7 avril 2009, X _____ a consulté le Dr C _____, spéc. FMH en médecine physique et réadaptation qui le suivait pour divers problèmes ostéoarticulaires ; le Dr C _____ a alors procédé à des radiographies de son poignet. Le 5 mai 2009, le Dr C _____ a adressé son patient au Dr D _____ spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, pour un avis chirurgical. Il lui a indiqué que, depuis une chute du 18 janvier précédent, son patient souffrait de douleurs de la région cubitale et de la jonction du carpe ; au plan radiologique, le Dr C _____ suspectait une fissure du pisiforme et une tendinopathie associée (pièce 105). Le Dr D _____ a recommandé la mise en œuvre d'une IRM afin de préciser le diagnostic ; le poignet a été immobilisé et une incapacité de travail a été attestée dès le 13 mai 2009 (cf. pièces 103 et 106).

Une déclaration de sinistre a été adressée à la CNA par A _____ SA le 12 mai 2009 (pièces 17/102 et 103). L'employeur a indiqué que, le 18 janvier 2009, à 9h30, son employé avait glissé devant une habitation privée à Martigny et s'était fracturé le poignet gauche (cf. toutefois *infra* s'agissant du diagnostic). Les premiers soins avaient été apportés par le Dr C _____.

Consécutivement à ses problèmes au poignet gauche, l'assuré n'a pu reprendre en juin 2009 son emploi chez A _____ SA alors que cela avait été initialement prévu (cf. le jugement du Tribunal de céans du 12 juin 2019 en la cause S2 17 67).

Par courrier du 29 septembre 2009, la CNA a reconnu qu'une incapacité de travail de X _____ avait été attestée pour ses troubles du poignet gauche dès le 13 mai 2009 ;

elle lui a accordé des indemnités journalières LAA et la prise en charge de ses frais de traitements médicaux dès cette dernière date (pièce 20 du mémoire-demande).

Le Dr D _____ a prolongé cette incapacité de travail de 100% jusqu'au 14 octobre 2009, puis l'a ramenée à 50% du 15 octobre au 13 novembre 2009, l'incapacité ayant ensuite été nulle (pièce 103 et 109, p. 7). Selon les indications de l'intéressé, il aurait alors à nouveau perçu des indemnités de l'assurance-chômage (pièce 107, point 8 du questionnaire).

Le 15 novembre 2009, X _____ a été grièvement blessé en effectuant à une cascade automobile à 140 km/h sur une rampe de tremplin qui a cédé sur son passage. Le véhicule s'est écarté de la trajectoire et s'est écrasé sur le toit, 90 mètres plus loin. Il en est résulté une rupture traumatique couverte du tronc artériel brachio-céphalique traitée par pontage, une fracture déplacée de la palette humérale droite traitée par fixateur puis ostéosynthèse, une fracture du plateau tibial et tibiopéronière métaphysaire gauche traitée par fixateur externe puis ostéosynthèse, compliquée de pseudarthrose traitée à son tour par greffe osseuse, un pneumothorax gauche et une probable cupulolithiase post-traumatique (cf. jugement du 12 juin 2019 en la cause S2 17 67 ainsi que la pièce 108).

Une « déclaration de sinistre LAA pour chômeurs » a été remise à la CNA en date du 7 décembre 2009 afin d'annoncer l'accident du 15 novembre 2009. Il a été indiqué que l'intéressé avait bénéficié des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} février 2009, la dernière fois le 13 novembre 2009 (pièce 21 du mémoire-demande).

Des prestations ont été accordées par la CNA en lien avec l'accident du 15 novembre 2009. L'indemnité journalière a été réduite de 50% pour entreprise téméraire (cf. le courrier de la CNA du 10 février 2020 à la Caisse de chômage des organisations chrétiennes sociales du Valais ; pièce 25 du mémoire-demande).

Dans un rapport adressé à l'Office AI le 10 mai 2010, le Dr D _____ a précisé suivre X _____ depuis le 6 mai 2009. Il a confirmé n'avoir attesté une incapacité de travail que depuis le 13 mai 2009 (pièce 2 du dossier FIS).

Par courrier du 9 janvier 2012, la CNA a constaté que les séquelles de l'accident du 15 novembre 2009 ne nécessitaient plus de traitement et a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2012. Elle a annoncé que le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité feraient l'objet de communications ultérieures (pièce 32 du mémoire-demande).

Dès le 1^{er} février 2012, X _____ s'est de nouveau inscrit au chômage ; on lui a initialement reconnu le droit à des indemnités journalières du 1^{er} février 2012 au 31 octobre 2012 (informations prises dans le courrier FIS du 1^{er} octobre 2020, p. 2 ; cf. néanmoins *infra* le droit à une rente AI ayant également été reconnu durant cette même période de sorte que les indemnités de chômage ont été annulées).

Un projet d'acceptation de rente AI a été notifié à l'assuré ainsi qu'à AXA, avec droit de détermination, en date du 8 août 2012. Il y était expressément mentionné que l'assuré avait été victime d'un premier accident le 18 janvier 2009 qui n'avait toutefois pas entraîné d'incapacité de travail avant le 13 mai 2009. Pour les suites de cet accident, la CNA avait reconnu une incapacité de travail totale du 13 mai 2009 au 14 octobre 2009, de 50% du 15 octobre 2009 au 13 novembre 2009 et de 0% à partir du 14 novembre 2009. Le lendemain, soit le 15 novembre 2009, l'assuré avait été victime d'un nouvel accident (pièce 33). Ce projet a été contesté par l'assuré.

En novembre 2012, l'OAI, suspectant une composante psychiatrique, a confié au Dr E _____ le mandat d'accomplir une expertise, laquelle a été rendue le 18 février 2013. Dans ce cadre, X _____ a indiqué au psychiatre que, lorsqu'il était au chômage, il avait chuté sur un poignet et n'avait consulté que quelques mois plus tard, « sachant que les douleurs persistaient ». Au plan psychique, l'expert a retenu que l'expertisé souffrait d'un trouble obsessionnel compulsif (F42.2 CIM-10) remontant au moins au début des années 2000 et semblant s'être considérablement aggravé depuis 2011. Ce trouble, particulièrement grave, induisait une incapacité de travail de 100% dans toute activité impliquant une interaction sociale notable ; cette incapacité remontait vraisemblablement à novembre 2011, soit au sortir de la Clinique romande de réadaptation (CRR), alors que l'expertisé venait d'apprendre qu'il ne pourrait plus reprendre son activité habituelle de chauffeur poids lourds en raison des limitations dans les tâches de chargement/déchargement. Dans une activité n'occasionnant que peu de relations sociales, la capacité de travail était de 50% au plan psychiatrique (pièces 37/109).

Dans un nouveau projet de décision du 23 juillet 2013, l'Office cantonal AI du Valais (OAI) a confirmé que l'assuré avait été victime d'un premier accident le 18 janvier 2009 qui n'avait pas entraîné d'incapacité de travail avant le 13 mai 2009. Le second accident du 15 novembre 2009 avait induit une incapacité de travail totale jusqu'au 31 janvier 2012, selon le dossier de la CNA. Toutefois, d'autres troubles étaient venus se surajouter à l'atteinte physique dès le mois de novembre 2011, induisant une incapacité de travail et de gain totale dans toutes activités. Au final, le droit à une rente aurait pu être reconnu

dès mai 2010, si la demande formulée le 4 mars 2010 n'avait pas été tardive ; or, le délai d'attente de six mois n'ouvrait le droit à une rente que dès le 1^{er} septembre 2010. Après le 14 novembre 2009, plus aucune incapacité n'a été corrélée à l'accident de janvier 2009. Du 1^{er} novembre 2010 au 31 octobre 2011, la rente a par ailleurs été réduite de 50% pour entreprise téméraire lors de l'accident de cascade, par analogie avec la position de la CNA. Dès le 1^{er} novembre 2011, le droit à une rente entière a été reconnu à X _____, sans aucune réduction, compte tenu de ses troubles psychiques induisant à eux-seuls une incapacité de travail totale. Une copie de cette décision a été notifiée à Axa et à la Caisse de chômage OCS, mais pas à la Fondation institution supplétive LPP (FIS).

Ce projet a été confirmé par décisions de l'OAI du 26 novembre 2013 (pièces 41 et 42).

Par courrier du 24 janvier 2014, X _____, alors représenté par Me Yannis Sakkas, a requis d'AXA le versement de prestations LPP en se référant à son emploi chez A _____ SA (pièces 43/111).

Dans un second courrier du même jour, X _____ a également requis de la FIS, principalement le virement à AXA des avoirs LPP accumulés durant sa période de chômage, subsidiairement – en cas de refus de prester d'AXA - des prestations LPP de la part de la FIS (pièce 112). Il a précisé qu'« au moment de l'invalidité », il était assuré auprès d'AXA, de sorte qu'une demande de prestations était été adressée à cette dernière à titre prioritaire (pièce 112).

Par courrier du 20 juin 2014, AXA a refusé tout droit à des prestations LPP car X _____ n'était plus assuré auprès d'elle lors de la survenance de son incapacité de travail en date du 13 mai 2009 (pièce 113). Pour sa part, X _____ était d'avis que son incapacité de travail avait commencé lors de sa chute du 18 janvier 2009, ce qu'il pensait pouvoir établir par expertise (pièce 116).

AXA a confirmé sa position en date du 6 octobre 2015, soulignant qu'aucun certificat d'incapacité de travail n'avait été émis durant l'affiliation de l'intéressé auprès d'elle et qu'au moment de son incapacité de travail, au 13 mai 2009, l'intéressé était assuré pour la LPP auprès de la FIS. La CNA avait du reste calculé ses prestations depuis le 13 mai 2009, sur la base du montant des indemnités de chômage et l'intéressé avait été reconnu apte au placement de février 2019 à mai 2019, période de chômage (pièce 117).

Le 20 août 2014, la FIS a proposé de verser à l'assuré les prestations LPP « à titre préalable », à savoir en attendant que soit déterminé quelle institution était tenue de verser la prestation requise (pièce 47).

Par décision du 2 décembre 2014, la CNA a accordé à son assuré, avec effet au 1^{er} juin 2012, une rente d'invalidité fondée sur diminution de la capacité de gain de 18% pour les seules séquelles de l'accident du 15 novembre 2009. La rente a été réduite de 50% pour entreprise téméraire (pièce 48).

Le 2 février 2015, AXA a confirmé son refus de prester (pièce 49).

Le 11 juin 2015, X _____ a accepté que la FIS procède au versement de la rente LPP « à titre préalable », tel que proposé le 20 août 2014 (pièces 47 et 50).

Les deux institutions LPP ont confirmé leurs refus respectifs au terme de nombreux échanges de correspondances (pièces 51 à 64).

Le 2 février 2016, Me Sakkas a souligné que son mandant avait été victime d'une déchirure du pouce gauche (sic) lors de sa chute du 18 janvier 2009, mais qu'il n'avait pas consulté car il était alors en vacances, puis avait été au chômage. Il a souligné que la jurisprudence posait comme déterminante la date de l'atteinte à la santé générant l'incapacité de travail. Cas échéant, une expertise médicale était requise (pièce 54).

Le 16 février 2016, AXA a notamment avisé l'assuré qu'en cas de désaccord, il lui appartenait d'ouvrir action à son encontre, les institutions LPP n'ayant pas le pouvoir de rendre des décisions (pièce 56).

Le 22 février 2016, Me Sakkas a rappelé que, dans son rapport du 5 mai 2009, le Dr C _____ avait rapporté d'importantes douleurs depuis la chute du 18 janvier 2009. L'assuré en déduisait que l'incapacité de travail avait été immédiate (pièce 57).

Dans un rapport du 23 février 2016, le Dr D _____ a rappelé avoir été consulté le 14 mai 2009 (ndr depuis le 6 mai selon son rapport du 10 mai 2010 à l'OAI ; cf. *supra*) dans le contexte de douleurs intéressants le membre supérieur gauche. Le patient présentait une rupture partielle du ligament luno-triquétral et une contusion médullaire du semi-lunaire. Le traitement avait été orthopédique. Selon le Dr D _____, il apparaissait vraisemblable, au vu des lésions présentées à l'époque, qu'elles étaient en rapport avec son accident du 18 janvier 2009. N'ayant pas vu l'intéressé au moment de son traumatisme, le Dr D _____ précisait ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail à cette époque, mais il était probable au vu des lésions engendrées

par le traumatisme que son état de santé était incompatible avec une capacité de travail complète (pièce 120, rem. l'annexe annoncée manque).

Le 16 mars 2016, la FIS a rappelé que X _____ avait bénéficié d'un délai-cadre auprès du chômage du 1^{er} février 2009 au 31 janvier 2011. Il avait perçu des indemnités de chômage du 9 février 2009 au 12 mai 2009. L'assuré avait ainsi été couvert dans le cadre de l'assurance de risque des chômeurs auprès de la FIS du 9 février 2009 au 12 mai 200 (pièce 60) ; la couverture avait été étendue au 12 juin 2009 selon l'article 10 alinéa 3 LPP. La FIS a joint un décompte des indemnités journalières perçues du 1^{er} février 2009 au 12 mai 2009 (délai-cadre allant du 1^{er} février 2009 au 31 janvier 2011), puis du 1^{er} février 2012 au 31 octobre 2012 (en lien avec un nouveau délai-cadre allant du 1^{er} février 2012 au 31 janvier 2024 ; pièce 122 ; cf. toutefois *infra* la prise de position de la FIS du 2 mars 2022).

Par courrier à AXA du 18 mars 2016, Me Sakkas s'est référé au rapport du Dr D _____ du 23 février précédent ; il maintenait que l'incapacité de travail avait débuté le 18 janvier 2009, de sorte qu'AXA devait verser des prestations LPP (pièce 123). Par courrier du 24 mars 2016 à la FIS, Me Sakkas a pourtant relevé que, selon le Dr D _____, l'assuré était en incapacité de travail depuis le 13 mai 2009, de sorte que la FIS devait verser des prestations LPP (pièce 124).

Me Sakkas a recontacté AXA le 28 avril suivant, soulignant qu'à son sens le délai de congé d'A _____ SA avait été suspendu durant l'incapacité de travail ayant perduré jusqu'au 14 novembre 2015, de sorte que son mandant était demeuré affilié auprès d'AXA jusqu'au 14 décembre 2015, un mois après les rapports de travail (pièce 125).

En décembre 2016 et décembre 2017, X _____ a fait notifier des commandements de payer à hauteur de 500 000 fr. à AXA et à la FIS avec la mention « interruption de la prescription » (pièces 65 et 66).

Dans un courrier du 6 juillet 2020, X _____, depuis lors représenté par Me Mathieu Dorsaz, a repris contact avec la FIS afin que cette dernière statue formellement sur les prestations requises en soulignant que le Dr F _____, psychiatre suivant l'assuré depuis 2002, avait attesté, le 27 juin 2018, que son patient s'était retrouvé en incapacité de travail à 100% depuis une décompensation à partir du mois de février 2012, période durant laquelle il avait bénéficié à nouveau de prestations de l'assurance-chômage et était dès lors affilié à la FIS (pièce 127).

Par réponse du 1^{er} octobre 2020, la FIS a déclaré ne pas être liée par la décision de l'OAI et a indiqué que l'incapacité de travail constatée le 13 septembre remontait à l'événement du 18 janvier 2009, alors que X _____ n'était pas assuré chez elle pour la LPP, mais auprès d'AXA. La FIS a souligné que la couverture par l'institution supplétive commence le jour pour lequel l'assurance-chômage verse la première indemnité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2010 du 21 mars 2011) ; l'assuré avait touché des indemnités du 9 février 2009 au 12 mai 2009 ; pour la période du 1^{er} février 2012 au 31 octobre 2012, les indemnités avaient finalement été de zéro, l'intéressé ayant depuis lors été mis au bénéfice d'une rente AI dès le 1^{er} novembre 2011 et la rente AI ayant été compensée avec les indemnités de chômage ; de fait, la couverture LPP pour la période de chômage en 2012 avait été annulée. Par ailleurs, l'OAI avait estimé que, dès le 1^{er} novembre 2010, seule les suites de l'accident du 15 novembre 2009 avaient justifié le versement d'une rente. Or, la FIS était alors d'avis que X _____ n'était pas assuré chez elle au 15 novembre 2009 (cf. toutefois *infra*). Quant aux troubles (ndr psychiatriques) concomitants apparus en novembre 2011 et justifiant à eux seuls une rente entière, la FIS estimait qu'ils étaient également survenus à un moment où l'intéressé n'était pas affilié chez elle. En particulier, contrairement à ce qu'avaient retenu le Dr F _____ et Me Dorsaz, les troubles psychiques s'étaient exacerbés en automne 2011 (cf. expertise du Dr E _____ du 18 février 2013) et non en février 2012. Or, selon la FIS, X _____ ne lui était pas affilié au 1^{er} novembre 2011. Au demeurant, il n'avait pas eu droit aux prestations de l'assurance-chômage même en février 2012, compte tenu de son droit à une rente AI à cette même période. La FIS a dès lors confirmé son refus de prester, quel que soit le début de l'incapacité de travail prise en considération. A titre superfétatoire, la FIS a ajouté que, si elle avait dû prester pour les suites de l'accident du 15 novembre 2009, elle aurait également réduit ses prestations de 50% (documents 68/ 127).

B. Le 5 novembre 2021, X _____, par Me Dorsaz, a introduit céans une action de droit administratif à l'encontre d'AXA et de la FIS. A titre préalable, il était d'avis que ses prétentions étaient imprescriptibles au sens de l'article 41 alinéa 1 LPP. Il a conclu principalement à ce qu'AXA soit tenue de lui verser des prestations d'invalidité réglementaire, subsidiairement à ce que ce soit la FIS qui soit reconnue devoir lui verser des prestations d'invalidité selon la LPP, le tout sous suite de frais et dépens à charge de l'institution LPP débitrice des prestations.

Par réponse du 28 janvier 2022, AXA a répété, en substance, qu'aucun certificat médical n'avait été délivré « en temps réel » durant l'affiliation du demandeur auprès d'AXA,

notamment suite à sa chute sur le poignet gauche le 18 janvier 2009. Elle a souligné que, dans son rapport du 23 février 2016, émis sept ans après la chute, le Dr D _____ avait jugé probable que l'incapacité de travail attestée lors de la consultation du 14 mai 2009 avait pris effet au jour de l'accident ; il avait néanmoins précisé que, n'ayant pas vu l'intéressé au moment de son traumatisme, il ne pouvait se prononcer sur sa capacité de travail. De fait, une incapacité de travail n'avait été attestée que dès le 13 mai 2009, soit à un moment où le demandeur bénéficiait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} février 2009 et qu'il avait déclaré être apte à travailler à 100% au moment de son inscription au chômage (cf. la demande d'indemnités de chômage, pièce 2 ch. 2 et 3) ; il était alors affilié auprès de la FIS. S'agissant des preuves d'une incapacité de travail, elle a notamment relevé que même si les résultats d'imagerie pouvaient être révélateurs d'un point de vue diagnostic, ils ne permettaient pas nécessairement de conclure que le patient était significativement incapable de travailler (réf. à l'arrêt du TF 9C_315/2013 du 22 octobre 2013, consid. 4.2) ; elle a rappelé les réserves à avoir à l'égard des certificats médicaux rétroactifs (mémoire-réponse p. 16). Selon AXA, les rapports médicaux des Drs C _____ et D _____ produits par le demandeur ne permettaient pas de mettre en doute la date de l'incapacité de travail arrêtée au 13 mai 2009 et, en particulier, n'établissaient pas de manière probante que le demandeur était forcément en incapacité de travail après sa chute du 18 janvier 2019. Au demeurant, ces certificats étaient trop tardifs – la règle étant de pas dépasser plus de 3 ou 4 jours, voire une semaine - et ne remplissaient pas les conditions de l'établissement d'un certificat médical rétroactif. Pour le surplus, X _____ n'avait pas démontré l'incapacité de travail alléguée en temps réel, les suppositions/réflexions médicales spéculatives ultérieures n'étant pas des preuves suffisantes au degré de la vraisemblance prépondérante. AXA a par ailleurs souligné que l'incapacité de travail rattachée à l'accident de la route du 15 novembre 2009 n'était pas non plus survenue durant la durée de protection de la prévoyance chez AXA. Finalement l'imprescriptibilité des prestations LPP de l'article 41 alinéa 1 LPP ne s'appliquait pas puisque le demandeur n'était plus assuré chez AXA au moment de l'apparition de l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité. AXA a dès lors conclu au rejet de l'action en tant qu'elle était dirigée à son encontre.

C. La FIS a transmis sa réponse en date du 2 mars 2022. Elle a répété qu'à son sens, l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 18 janvier 2009 avait commencé dès ce même jour. Elle en voulait pour preuve un rapport final du Service médical régional de l'AI (SMR ; pièce 3 du dossier de la FIS) émis le 5 mars 2013. La Dresse G _____ y avait relevé que l'assuré avait souffert d'une déchirure du poignet gauche

posttraumatique survenue le 18 janvier 2009 et qu'une incapacité de travail avait été attestée, suite à une consultation tardive, dès le 13 mai 2009. La Dresse G _____ avait toutefois retenu une incapacité totale de travail comme chauffeur poids lourds du 18 janvier 2009 au 14 octobre 2009, puis de 50% du 15 octobre 2009 au 13 novembre 2009 et de 100% dès le 15 novembre 2009, définitive. Dans une activité adaptée (vendeur automobile), elle avait arrêté une incapacité totale de travail du 13 mai 2009 au 14 octobre 2009, de 50% du 15 octobre 2009 au 13 novembre 2009 et de 100% du 15 novembre 2009 au 6 juillet 2011. Cette incapacité avait été nulle du 7 juillet 2011 au 19 octobre 2011 selon le Dr H _____ et l'évaluation CRR et de 100% dès le 1^{er} novembre 2011 pour toute activité avec interaction sociale, de 50% dès le 1^{er} novembre 2011 pour les activités adaptées aux limitations psychiques. Selon le médecin du SMR, il ressortait de l'anamnèse de l'expertise psychiatrique, que l'assuré avait eu mal (au poignet) dès l'accident en janvier 2009 et n'avait consulté le médecin que tardivement, ce qui expliquait le certificat établi à une date plus tardive. Néanmoins, d'un point de vue médical, il était probable que les limitations de la capacité de travail aient existé dès l'accident. Aucun certificat médical n'avait été produit parce que l'assuré percevait des prestations du chômage en attente de la reprise de son travail, laquelle ne s'était pas produite.

La FIS a dès lors répété que le demandeur n'était pas assuré chez elle lors de l'accident du 18 janvier 2009, ni en novembre 2011. Elle a alors admis que seule l'incapacité de travail consécutive à l'accident de cascade du 15 novembre 2009 devait en principe être indemnisée par la FIS. La prescription quinquennale de l'article 41 LPP avait été interrompue par la notification du commandement de payer du 21 décembre 2016, notifié le 3 janvier 2017 (pièce 65). Néanmoins, à ce moment-là, les prestations dues pour la période antérieure au 21 décembre 2011 étaient prescrites, de sorte que l'action du demandeur à l'encontre de la FIS devait être entièrement rejetée.

D. Répliquant le 27 mai 2022 sur les réponses des deux défenderesses, le demandeur a répété qu'il était hautement probable qu'il ne disposait plus de sa pleine capacité de travail déjà immédiatement après son accident du 18 janvier 2009. Il a globalement confirmé sa motivation, ajoutant qu'il n'était pas possible de fixer clairement le début de l'incapacité de travail relevant de ses troubles psychiques, le Dr F _____ ayant pour sa part fait remonter l'aggravation en février 2012. Il a par ailleurs prétendu avoir à nouveau eu droit à des prestations de l'assurance-chômage dès qu'il avait recouvré une capacité de travail de 50% au 15 octobre 2019. Le demandeur a modifié ses conclusions en concluant à ce que ce soit principalement la FIS qui soit tenue à prestations. Il a joint

un questionnaire retourné à Me Sakkas par le Dr F _____ en date du 27 juin 2018 (pièce 69). Le psychiatre traitant a précisé que l'intéressé avait été licencié fin 2008 en raison de la baisse de l'activité professionnelle. Il avait ensuite émargé à l'assurance-chômage avec une promesse de réengagement en mai 2009 (*recte* juin ; cf. *supra*). En janvier 2009, il avait chuté et des lésions scaphoïdiennes avaient été diagnostiquées trois mois plus tard, semblait-il. Une incapacité de travail complète avait débuté en février 2012, période à laquelle X _____ avait été contraint de s'inscrire au chômage.

Dupliquant le 17 juin 2022, AXA a maintenu ses conclusions. Elle a notamment répété que le moment de la survenance de l'incapacité de travail devait être prouvé en temps réel et ne pouvait être établi rétroactivement par des certificats émis des années plus tard, tel que le rapport du Dr F _____ du 27 juin 2018 ; il en allait de même des certificats médicaux rétroactifs du Dr D _____. AXA a souligné que le demandeur avait travaillé auprès de A _____ SA jusqu'à la fin de son contrat de travail, soit jusqu'à la fin janvier 2009, ce qui avait été admis par l'intéressé (allégué 8 p. 3 de son action), puis avait requis et bénéficié d'indemnités de chômage dès le 1^{er} février 2009. Il a encore été souligné qu'ayant été affilié à AXA du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009, le demandeur n'avait plus la qualité d'assuré au-delà de cette dernière date et qu'au surplus, il était pleinement apte à travailler puisqu'il s'est inscrit au chômage à 100% dès le 1^{er} février 2009.

La FIS a dupliqué le 21 juillet 2022 en maintenant également ses conclusions tendant au rejet de l'action dirigée à son encontre. Elle a souligné que, faute de preuve contraire, le décompte du SECO (pièce 60, ndr en réalité un décompte émis par la FIS) devait servir de base pour déterminer les périodes auxquelles les indemnités chômages avaient été versées et, partant, les périodes de couverture LPP auprès de la FIS sous réserve de corrections nécessaires selon les chiffres 10-16 de la réponse. Il ressortait notamment de ce décompte que le versement des indemnités de chômage avait pris fin le 12 mai 2009 et, que, compte tenu de l'ATF 147 V 322, la couverture LPP de la FIS avait pris fin 30 jours plus tard, à savoir au 12 juin 2009. Elle a rappelé que la FIS avait finalement accepté d'indemniser l'incapacité de travail ayant résulté de l'accident du 18 janvier 2009 (*recte* du 15 novembre 2009) ; toutefois, le versement des rentes y relatif était frappé par la prescription.

L'échange d'écritures a été clos le 5 août 2022.

Le 9 août 2022, AXA a répété que l'incapacité de travail avait débuté le 13 mai 2009.

Considérant en droit

1. En vertu de l'article 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit.

L'institution de prévoyance n'a pas la compétence de régler les litiges en rendant des décisions susceptibles de recours et pouvant entrer en force de chose jugée. Le destinataire non satisfait de la position prise par l'institution de prévoyance ne peut donc la contester qu'en ouvrant action devant le Tribunal cantonal des assurances. L'article 73 alinéa 3 LPP prévoit que le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

Le Tribunal fédéral a considéré dans l'arrêt 9C_546/2011 du 31 octobre 2011 que, pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage, le lieu d'exécution des prescriptions de contrôle et de perception des indemnités de chômage devait être assimilé au lieu de l'entreprise au sens de l'article 73 alinéa 3 LPP pour la détermination du for alternatif. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a considéré comme décisif le fait que l'assuré - comme dans le cas présent - avait intenté une action dans la même requête contre deux institutions de prévoyance professionnelle différentes. Selon la jurisprudence et la doctrine, le cumul subjectif passif d'actions (art. 15 CPC) est admis dans le cadre de la réglementation du for de l'article 73 alinéa 3 LPP, avec pour conséquence un for unique. Un for unique s'impose notamment en cas de litige sur la délimitation de l'obligation de prestation de plusieurs institutions de prévoyance sur la base de l'article 23 LPP (arrêt B 35/96 du 8 juillet 1997, consid. 3c, précité). Le Tribunal fédéral a ajouté que la sortie de l'ancienne institution de prévoyance suite à la perte de l'emploi s'accompagne, en cas de perception d'indemnités de chômage, du passage à l'institution supplétive LPP. Pour les personnes atteintes dans leur santé, des problèmes se posent souvent dans la pratique, eu égard à l'article 23 LPP, pour savoir quelle institution de prévoyance professionnelle est compétente pour le versement de prestations d'invalidité. Pour éviter des jugements contradictoires et pour des raisons d'économie de procédure, il faut un for unique pour l'action en justice correspondante. Ces principes ont été confirmés dans l'arrêt 9C_41/2012 du 12 mars 2012 (consid. 3.3 et 3.4 et l es réf.).

Sur la base de ces éléments, la Cour de céans est compétente pour se prononcer sur l'action de X _____, lequel était au bénéfice de l'assurance-chômage en Valais au

moment de son incapacité de travail du 13 mai 2009 et de son accident du 15 novembre 2009. Il était alors assuré auprès de la Fondation institution supplétive LPP. Compte tenu des règles mentionnées ci-dessus en cas de litige sur la délimitation de l'obligation de prestation de plusieurs institutions de prévoyance sur la base de l'article 23 LPP, la Cour de céans est également compétente pour statuer sur son action en tant qu'elle est dirigée à l'encontre d'AXA.

2. Est litigieux le point de savoir si, au moment de la survenance de ses périodes d'incapacité de travail déterminantes, le demandeur remplissait les conditions d'assurance à l'égard de l'une des institutions de prévoyance actionnées, en particulier si l'une de ces dernières doit lui allouer une rente LPP du fait de son invalidité.

2.1. L'article 23 lettre a 1^{ère} phrase LPP prévoit qu'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. Selon l'article 10 LPP, l'assurance obligatoire commence pour les personnes salariées en même temps que les rapports de travail et cesse, entre autres, lors de leur dissolution ; durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de celle-ci pour les risques de décès et d'invalidité (art. 10 al. 3 première phrase LPP ; ATF 120 V 19 consid. 2a).

Le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire suppose que l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, soit survenue pendant la durée du rapport de prévoyance (y compris la prolongation prévue à l'art. 10 al. 3 LPP), conformément au principe d'assurance (art. 23 LPP ; ATF 135 V 13 consid. 2.6, 134 V 20 consid. 3 et 123 V 262 consid. 1c). L'événement assuré 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 136 V 65 consid. 3.1 et 123 V 262 consid. 1a). 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'article 26 alinéa 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a et 118 V 35 consid. 5). Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'article 23 LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement

dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références), la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là devant être de 20% au moins (arrêts 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.5, 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3).

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 (ATF 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa).

2.2. Conformément à l'article 26 alinéa 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (arrêt 9C_314/2022, consid. 2.2.2 ; ATF 138 V 409 consid. 3.1. 126 V 311 consid. 1 *in fine*). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATFA non publié R. du 30 septembre 2003, réf.: B 67/02 ; ATF 129 V 156 consid. 2.5; ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées; ATCA S. du 14 février 2005, ATCA W. du 16 décembre 2003, ATCA P. du 7 janvier 1997 ; Viret, « L'invalidité dans la prévoyance professionnelle selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances », in Journée 1997 du droit du travail et de la sécurité sociale, volume 17, éd. Schultess, p. 34 et 44; Christian Zünd, Enge Bindung der Vorsorgeeinrichtungen an die Feststellungen der IV-Organen - jedoch ohne Verfahrensbeteiligung: Wie lange noch? in RSAS 2001, p. 34). On doit se fonder sur le dossier que l'AI avait à disposition au moment où les organes de ladite assurance ont

rendu leur décision. Des faits ou des moyens de preuve allégués postérieurement et que l'administration n'aurait pas été tenue d'évoquer d'office ne doivent être pris en considération que dans la mesure où l'office AI devrait en tenir compte dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 126 V 308).

Cependant, 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 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1 et les références ; arrêt 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 et les arrêts cités).

La preuve suffisante d'une limitation de la capacité fonctionnelle de travail déterminante sous l'angle du droit de la prévoyance professionnelle (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2) ne suppose pas forcément l'attestation médicale d'une incapacité de travail "en temps réel" ("echtzeitlich"). Toutefois, des considérations subséquentes et des suppositions spéculatives, comme une incapacité médico-théorique établie rétroactivement après bien des années, ne suffisent pas. L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur les rapports de travail; en d'autres termes, la diminution de la capacité fonctionnelle de travail doit s'être manifestée sous l'angle du droit du travail, notamment par une baisse des prestations dûment constatée, un avertissement de l'employeur ou une accumulation d'absences du travail liées à l'état de santé (arrêt 9C_556/2019 du 4 novembre 2019 consid. 4.3 et la référence).

Pour délimiter la compétence d'une institution de prévoyance en matière de prestations selon l'article 23 lettre a LPP, ce n'est pas le début ou le diagnostic de l'atteinte à la santé invalidante qui est déterminant, mais uniquement le moment où l'affection a eu pour la première fois des répercussions significatives sur la capacité de travail de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_83/2016 du 19 octobre 2016, consid. 4.2).

En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'intéressé a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non

le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; arrêt 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

Une autre question particulière est celle de l'influence du versement d'indemnités de chômage sur la connexité temporelle. Pour apprécier celle-ci, en particulier dans le monde du travail, il faut toujours prendre en considération la situation telle qu'elle apparaît vue de l'extérieur, comme par exemple les indications de la personne assurée vis-à-vis de l'assurance-chômage. Certes, la même valeur ne peut pas être accordée au fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement qu'au recouvrement de la capacité de travail attestée par le travail effectivement accompli (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). En effet, dans le domaine de l'assurance-chômage, la notion d'aptitude au placement d'un handicapé physique ou mental est plus large, ce qui doit également être pris en compte lors de l'appréciation de la connexité temporelle (RSAS 1996 p. 47). Cependant, en indiquant qu'il est pleinement apte au placement, le requérant affiche sans équivoque, une pleine capacité de travail, ce qui pourrait être retenu contre lui (ATF du 25 mai 2007, B 131/06). Concernant la connexité temporelle, il convient en tout cas d'accorder une importance particulière à la perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, en cas de pleine aptitude au placement, lorsque ces indemnités sont liées à une activité lucrative et qu'il n'existe aucun élément indiquant que la personne assurée serait redevenue inapte à travailler pendant sa période de chômage (Commentaire LPP et LFLP, 2010, n° 31 ad art. 23) (arrêt A/122/2011 de la Cour de justice de Genève du 29 mai 2012).

Même si cela n'est pas expressément précisé dans la loi ou le règlement, la personne assurée n'a droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle qu'aussi longtemps que les conditions posées à leur octroi demeurent remplies (ATF 138 V 409 consid. 3.2).

Enfin, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126

V 322 consid. 5a). En particulier, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b et les références ; cf. TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.2).

Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il y a lieu 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 (ATF 138 V 409).

3.1. Dans le cas d'espèce, le règlement pour la prévoyance de base LPP d'AXA (ci-après RLPP) reprend les notions de la LAI s'agissant de l'invalidité. Il pose à son chiffre 20.2, que la personne assurée a droit à des prestations d'invalidité si elle est invalide à raison de 40% au moins au sens de l'AI et qu'elle était assurée sur la base du règlement de prévoyance lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Le chiffre 20 RLPP reprenant la notion d'invalidité de la LAI, la défenderesse est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurances-invalidité (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine). L'OAI a toutefois constaté que la demande de prestations AI était tardive ; partant, ses constatations quant à l'état de santé et à la capacité de travail portant sur la période antérieure à la demande du 4 mars 2010 n'ont *a priori* pas force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle. Elles peuvent néanmoins être prises en compte dans le cadre global de l'appréciation des moyens de preuve produits.

Le Tribunal constate que, dans la procédure AI, malgré le fait que la demande ait été formulée en mars 2010, l'OAI a tout de même examiné la période antérieure et, malgré un avis contraire de la Dresse G _____, a conclu que l'incapacité de travail durable avait débuté le 13 mai 2009, de sorte que le droit à une rente aurait pu être reconnu dès mai 2010, si la demande n'avait pas été tardive.

De fait, la date du 13 mai 2009 est corroborée par une majorité d'éléments ressortant du dossier. En premier lieu, lors de la chute du 18 janvier 2009, le demandeur n'a pas jugé utile de consulter de médecin en raison de douleurs ou d'une quelconque entrave dans l'utilisation du poignet gauche. Aucune démarche n'a été accomplie auprès de l'employeur afin de faire prolonger son délai de congé en raison d'une incapacité de travail. Au contraire, deux semaines plus tard, soit dès le 2 février 2009, le demandeur s'est annoncé auprès de la Caisse de chômage Chrétienne Sociale sans faire mention de la moindre limitation à son poignet gauche. Il s'est alors déclaré disposer à travailler

à plein temps et a certifié disposer d'une capacité de travail équivalente (pièces 2 et 104). De fait, son aptitude au placement a été reconnue et des prestations de l'assurance-chômage lui ont été accordées dès le 1^{er} février 2009.

En date du 7 avril 2009, le demandeur a consulté le Dr C _____ et, le 6 mai suivant, le Dr D _____. Aucun certificat d'incapacité de travail n'a alors été délivré lors de ces consultations. Ce n'est que dès le 13 mai suivant, soit dès le moment où il a été décidé d'immobiliser le poignet, que le Dr D _____ a attesté une incapacité de travail.

La date du 13 mai 2009 a également été prise comme date du début de l'incapacité de travail durable par la CNA, laquelle a du reste calculé le montant de ses indemnités journalières sur la base des indemnités de chômage allouées depuis février 2009 et non pas sur la base du dernier salaire chez A _____ SA.

Comme l'a relevé AXA, on ne saurait retenir l'avis émis par le Dr D _____ en date du 23 février 2016, soit sept ans après la chute de janvier 2009, comme susceptible de mettre en doute la date du 13 mai 2009 comme début de l'incapacité de travail déterminante, ce d'autant plus que ce praticien a lui-même reconnu que n'ayant pas vu l'intéressé au moment de son traumatisme, il ne pouvait se prononcer sur sa capacité de travail. De même, le fait que les diagnostics de rupture partielle du ligament luno-triquétral et de contusion médullaire du semi-lunaire attestés par le Dr D _____ à l'aune des résultats d'imagerie, puissent être en lien de causalité avec la chute du 18 janvier 2009, ne permet pas de conclure que le patient était nécessairement incapable de travailler dès le 18 janvier 2009. En effet, comme déjà mentionné, l'intéressé n'a pas consulté avant avril 2009 ; aucune facture relative à des traitements accomplis antérieurement n'a été produite et aucune incapacité de travail n'a été attestée avant l'immobilisation du 13 mai 2009. Les avis médicaux, notamment ceux du Dr D _____ et de la Dresse G _____, ne font qu'évoquer une possible incapacité de travail antérieure, toutefois sans fournir d'éléments médicaux probants à l'appui de cette dernière. L'avis de la Dresse G _____ n'a du reste pas été suivi par l'OAI dans sa décision du 26 novembre 2013. En conclusion, se déclarant pleinement apte du 1^{er} février 2009 au 13 mai 2009, soit durant plus de quatre mois, le requérant a affiché sans équivoque, une pleine capacité de travail devant ici être retenu contre lui, à défaut de rapport médicaux probant attestant clairement du contraire (arrêt du Tribunal fédéral du 25 mai 2007, B 131/06).

Avec la CNA, l'OAI et AXA, la Cour de céans tient dès lors la date du 13 mai 2009 comme début de l'incapacité de travail durable pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

La Cour constate que le demandeur n'était pas affilié auprès d'AXA lors de la survenance de son incapacité de travail en date du 13 mai 2009, ni par la suite. C'est dès lors à bon droit qu'AXA a nié être débitrice des prestations d'invalidité réclamées que ce soit en lien avec l'accident du 18 janvier 2009 qu'avec l'accident du 15 novembre 2009 ou l'incapacité de travail d'origine psychiatrique survenue ultérieurement.

L'action dirigée à l'encontre d'AXA est dès lors rejetée.

Reste à examiner l'obligation de prester de la FIS.

3.2 L'article 7 du Règlement de la FIS, Assurance de risque des personnes au chômage, première partie : plan de prévoyance AL (chômeur), conditionne également l'octroi d'une rente d'invalidité à la perception de la rente d'invalidité de l'AI. Il renvoie également à la notion d'invalidité au sens de l'AI. L'OAI n'a toutefois pas notifié une copie de sa décision à la FIS, de sorte que la FIS 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.

L'évaluation à laquelle il a été procédé ci-dessus, à l'aune des règles sur la vraisemblance prépondérante et aboutissant à la prise en compte de la date du 13 mai 2009 comme début de l'incapacité de travail déterminante, prévaut néanmoins ici également. Il y est donc renvoyé.

Il n'est pas contesté que le demandeur était affilié à la FIS du 13 mai 2009. En effet, l'assurance LPP 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 (art. 10 al. 1 LPP). L'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail ou quand le versement des indemnités journalières de l'assurance-chômage est suspendu (art. 10 al. 2 LPP).

Le demandeur a ici bénéficié des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} février 2009. Depuis lors, il était en droit de percevoir des indemnités de chômage et a été affilié auprès de la FIS s'agissant de la LPP. Il l'était ainsi lors de la survenance de l'incapacité de travail durable survenue dès le 13 mai 2009.

Vu l'évolution de sa capacité de travail, le demandeur aurait normalement à nouveau eu le droit de percevoir des indemnités de chômage, à raison d'une capacité de travail de 50% du 15 octobre 2009 au 13 novembre 2009 et en particulier, comme l'a finalement admis la FIS, de 100% dès le 14 novembre 2009 ; partant, à cette dernière date au plus tard, il devait à nouveau être considéré comme affilié à la FIS en sa qualité d'ayant droit à des indemnités journalières de l'assurance-chômage. La question de savoir si le demandeur a effectivement perçu des indemnités de chômage en novembre 2009 peut demeurer ouverte. En effet, le Tribunal fédéral a souligné aux consid. 4.1 et 4.2 de son arrêt 139 V 579 qu'une solution qui ne prévoirait une couverture d'assurance qu'au moment du versement effectif des indemnités de chômage serait en contradiction avec l'intention du législateur de garantir la couverture d'assurance de la prévoyance professionnelle en cas de décès et d'invalidité "pendant le chômage". Ce qui compte, ce n'est pas le moment où les indemnités journalières sont effectivement versées, mais le moment à partir duquel elles étaient dues en vertu du droit de l'assurance-chômage et auraient dû être versées si la caisse de chômage avait agi correctement. C'est pourquoi la date de début des jours donnant droit à l'indemnisation doit être déterminante (cf. également SVR 2011 LPP n° 30 p. 116, 9C_793/2010 consid. 4). C'est donc à juste titre que le commentaire de l'ordonnance fédérale sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs précise que l'article 1 alinéa 1, fixe les conditions que doivent remplir les chômeurs selon la LACI et la LPP pour faire partie du cercle des assurés. Sont assurées les personnes qui remplissent les conditions d'octroi prévues à l'article 8 LACI et qui atteignent le salaire coordonné selon la LPP (communications de l'OFAS sur la prévoyance professionnelle no 38 du 12 mars 1997) (cf. également l'ATF 147 V 322).

Par ailleurs, il est relevé que c'est du reste une « déclaration de sinistre LAA pour chômeurs » qui a été remise à la CNA en date du 7 décembre 2009 afin d'annoncer l'accident du 15 novembre 2009 et il a alors été indiqué que l'intéressé avait bénéficié des prestations de l'assurance-chômage la dernière fois le 13 novembre 2009 (pièce 21 du mémoire-demande). Partant, il sied également de confirmer l'affiliation du demandeur à la FIS au 15 novembre 2009, date du début de l'incapacité de travail relative à l'accident de cascade.

Il a été constaté dans le cadre de la procédure AI que les séquelles de l'accident de cascade du 15 novembre 2009 ne permettaient pas au demandeur de reprendre une activité physique telle que sa profession antérieure de chauffeur poids lourds. Par courrier du 9 janvier 2012, la CNA a par contre constaté que les séquelles de l'accident du 15 novembre 2009 ne nécessitaient plus de traitement et a mis fin au paiement des

soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2012. Cette date a été reprise par l'OAI. Reste dès lors à déterminer si l'incapacité de travail relative aux troubles psychiques ayant ensuite induit une incapacité de travail était également à charge de la FIS.

A teneur de l'expertise du Dr E _____ du 18 février 2013, dont la Cour juge les conclusions dûment étayées probantes et convaincantes, il appert que dès le 1^{er} novembre 2011, le demandeur était en incapacité totale de travail dans toute activité nécessitant des interactions sociales considérables en raison d'un trouble obsessionnel compulsif (F42.2 CIM-10) remontant au moins au début des années 2000 et semblant s'être considérablement aggravé depuis novembre 2011, soit au sortir de la Clinique romande de réadaptation (CRR), alors que l'expertisé venait d'apprendre qu'il ne pourrait plus reprendre son activité de chauffeur poids lourds. La date de cette aggravation, attestée en 2013, apparaît davantage probante que celle retenue par le Dr F _____ dans son rapport du 27 juin 2018, soit des années plus tard. En effet, comme l'a relevé la FIS, dans son analyse opérée cinq ans après les faits, le Dr F _____ n'a apporté aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise probante du Dr E _____ (cf. sur les rapports médicaux tardifs, cf. également l'arrêt 9C_314/2022 consid. 5.3).

En date du 1^{er} novembre 2011, le demandeur était encore en incapacité de travail en raison des suites de son accident de cascade du 15 novembre 2009 (cf. le courrier de la CNA du 9 janvier 2012). Ses indemnités journalières de l'assurance-chômage ayant été suspendues de longue date compte tenu de son incapacité de travail durable et le délai-cadre d'indemnisation par l'assurance-chômage étant arrivé à échéance au 31 janvier 2011, il n'était pas contre plus affilié à la FIS (art. 10 al. 2 LPP). Par ailleurs, cette nouvelle incapacité de travail d'origine psychiatrique était sans lien de connexité matérielle avec l'incapacité de travail d'origine somatique survenue dans les suites de l'accident du 15 novembre 2009. Selon l'expertise du Dr E _____, il s'agissait en effet de l'aggravation d'un trouble obsessionnel compulsif (F42.2 CIM-10) préexistant aux accidents de 2009. Partant, c'est à bon droit que la FIS a nié son obligation de prester en lien avec l'incapacité de travail d'origine psychiatrique survenue dès le 1^{er} novembre 2011.

Au final, il appert que c'est à juste titre que le demandeur a réclamé des prestations d'invalidité à la FIS du fait des incapacités de travail durables survenues dès le 13 mai 2009 et dès le 15 novembre 2009. Sa demande relative à l'incapacité de travail survenue dès le 1^{er} novembre 2011, d'origine psychiatrique, doit par contre être rejetée.

4.1 La FIS a toutefois invoqué la prescription des rentes réclamées dans les suites des accidents de 2009 au moment de la notification des commandements de payer de décembre 2016 et décembre 2017.

Selon l'article 41 alinéa 1 LPP, le droit aux prestations est imprescriptible pour autant que l'assuré n'ait pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance. Le législateur a entendu faire profiter de l'imprescriptibilité tous les assurés dont le droit était né et qui, par conséquent, étaient affiliés à une caisse de pension au moment de l'apparition de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Peu importe que ceux-ci le soient encore au moment de la survenance de l'invalidité. Aucun élément ne laisse d'ailleurs supposer que le législateur a voulu modifier le système de l'article 23 LPP en faisant dépendre la clause d'assurance de la survenance de l'invalidité et plus de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ceci aurait nécessité une modification législative additionnelle. Le "cas d'assurance" mentionné par l'article 41 alinéa 1 LPP correspond à l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité dans le cadre du droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Le Tribunal fédéral a du reste confirmé cette interprétation dans un ATF 140 V 213 consid. 4.4.2 p. 218 s. (arrêt 9C_219/2014 du 23 septembre 2014, consid. 5.3.3 et 5.3.4).

En revanche, chaque arrérage se prescrit séparément par cinq ans selon l'article 41 alinéa 2 LPP (même arrêt, consid. 2.3; ATF 132 V 159 consid. 3 p. 162). Cette disposition prévoit que les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans si elles touchent des cotisations et des prestations périodiques et par dix ans dans les autres cas. Il renvoie aussi aux articles 129 à 142 CO (code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220).

Le moyen tiré de la prescription n'a pas à être relevé d'office par le juge; il appartient au seul débiteur de le soulever (RSAS 2001 p. 183, 1994 p. 389 consid. 3a et les références), ce qui est ici le cas s'agissant de la FIS.

4.2 En l'occurrence, le demandeur était affilié auprès de la FIS lors de la survenance des incapacités de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité dans le cadre du droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle ; en effet, comme relevé ci-dessus, il y était affilié le 13 mai 2009 ainsi que le 15 novembre 2009. On doit dès lors admettre l'imprescriptibilité du droit en tant que tel aux prestations relatives à ces incapacités.

Néanmoins, chaque arrérage se prescrit séparément par cinq ans selon l'art. 41 al. 2 LPP (même arrêt, consid. 2.3; ATF 132 V 159 consid. 3 p. 162). En l'occurrence, comme l'a relevé l'OAI, si la demande n'avait pas été tardive, une rente d'invalidité aurait dû découler de l'incapacité de travail durable attestée dès le 13 mai 2009, soit dès le 1^{er} mai 2010.

En décembre 2016 et 2017, le demandeur avait fait notifier des commandements de payer à hauteur de 500 000 fr. à AXA et à la FIS avec la mention « interruption de la prescription » (pièces 65 et 66). Les arrérages de rente dus antérieurement au 31 décembre 2011 étaient toutefois alors déjà prescrits compte tenu du délai quinquennal. Pour les arrérages postérieurs, un nouveau délai a commencé à courir dès les interruptions de décembre 2016-2017 (art. 137 CO). Le délai de prescription a de nouveau été interrompu par l'introduction de l'action en novembre 2021.

On doit dès lors constater que les arrérages de rentes dus dès le 1^{er} janvier 2012 ne se sont pas prescrits dans le délai quinquennal. Il appert néanmoins que les périodes d'incapacité de travail relatives aux seuls accidents de janvier et novembre 2009 ont pris fin au 13 novembre 2009 s'agissant du premier accident et au 31 janvier 2012 s'agissant des séquelles de l'accident du 15 novembre 2009 (cf. courrier de la CNA du 9 janvier 2012, repris dans le projet de décision du 23 juillet 2013 de l'OAI). A compter du 1^{er} février 2012, le droit à une rente d'invalidité a ainsi été justifié par l'incapacité de travail d'origine psychiatrique, laquelle n'est pas à charge de la FIS (cf. *supra*).

En conclusion, l'action doit être très partiellement admise, en ce sens que la FIS est invitée à fixer le montant et à verser une rente d'invalidité LPP fondée sur une incapacité de travail de 100% pour la seule période du 1^{er} janvier 2012 au 31 janvier 2012.

5.1 Le recourant qui obtient très partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPG) dont le montant, à la charge de l'intimée, est arrêté, compte tenu de la difficulté de la cause, des écritures au dossier et de l'issue de la procédure, à 500 fr., TVA et débours compris.

Bien qu'obtenant respectivement totalement et partiellement gain de cause, AXA et la FIS n'ont pas le droit à des dépens. En effet, l'article 91 alinéa 3 LPJA précise qu'aucune indemnité pour les frais de procédure n'est allouée, en règle générale, aux autorités et organismes chargés de tâches de droit public qui obtiennent gain de cause (voir également l'art. 68 al. 3 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 ou LTF ; RS 173.110). Or, la jurisprudence, rendue sous l'ancien article 159 alinéa 2 OJ, dont la teneur a été reprise à l'article 68 alinéa 3 LTF, a qualifié comme telles les assurances

de prévoyance professionnelle selon la LPP (ATF 112 V 49 consid. 3 et 356 consid. 6, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 97/04 du 7 janvier 2005 consid. 9).

5.2 Selon l'article 73 alinéa 2 *in initio* LPP, les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite.

L'instruction de la présente cause n'ayant pas nécessité d'opérations particulières, la Cour de céans renoncera à percevoir des frais (art. 87a et 85 en relation avec l'art. 88 al. 4 LPJA).

Prononce

1. L'action dirigée à l'encontre d'AXA est rejetée.
2. L'action dirigée à l'encontre de la FIS est très partiellement admise cette dernière étant invitée à verser à X _____ une rente d'invalidité LPP pour le mois de janvier 2012 uniquement, toute autre prétention étant rejetée.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. La FIS est condamnée à verser à X _____ un montant de 500 fr. à titre de participation à ses dépens.

Sion, le 24 juillet 2023