

EN FAIT

1. Monsieur N _____, né le 1966, de nationalité française, a été inscrit auprès de la Caisse de chômage du Syndicat Interprofessionnel des Travailleuses et Travailleurs (SIT) dès le 14 septembre 1998. Son délai-cadre s'étendait jusqu'au 13 septembre 2000.
2. A ce titre, il a été affilié à la Fondation Institution supplétive LPP (ci-après la Fondation) du 14 septembre 1998 au 13 septembre 2000.
3. L'assuré a été hospitalisé en entrée non volontaire au département de psychiatrie de Belle-Idée du 27 janvier au 29 janvier 1999, du 3 au 11 mars 1999 puis du 14 au 29 mars 1999.
4. Il s'est trouvé en incapacité de travail à 100% du 1^{er} février 1999 au 30 septembre 1999, selon certificats médicaux des Drs A _____ et B _____, psychiatres à Belle-Idée.
5. Le médecin psychiatre conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), le Dr C _____, a estimé, dans son rapport du 30 juillet 1999 à destination de l'OCE, que l'aptitude au placement de l'assuré était de 50% dès le 1^{er} octobre 1999. Ce psychiatre a considéré que l'incapacité de travailler était temporaire et que l'affection était aiguë "récidivante". Selon lui, l'assuré pouvait encore exercer sa profession, et sous "restrictions médicales aux possibilités de placement", il a mentionné un complément de formation à envisager.
6. Du 1^{er} octobre 1999 au 31 décembre 1999, l'incapacité de travail de l'assuré a été de 50% selon certificats médicaux du Dr D _____, psychiatre au département de psychiatrie "Consultation Ouest Jonction".
7. Ce médecin a jugé qu'à compter du 28 janvier 2000, l'état de santé de l'assuré lui permettait une reprise du travail à 100%.
8. L'assuré a perçu les indemnités suivantes :
 - indemnités de chômage à 100% du 14 septembre au 31 décembre 1998;
 - indemnités de chômage à 100% de janvier au 9 février 1999;
 - indemnités de chômage à 50% du 1^{er} octobre au 18 février 2000;
 - prestations cantonales pour incapacité passagère de travail à 100% pour la période du 10 février 1999 au 30 septembre 1999, puis à 50% du 1^{er} octobre 1999 au 27 janvier 2000.

9. L'assuré a été engagé avec effet au 21 février 2000 par la X_____, comme vendeur technique CFC. En sa qualité d'employé, il a été affilié à la CAISSE DE PENSIONS X_____, institution de prévoyance professionnelle (ci-après la Caisse).
10. L'assuré a à nouveau été hospitalisé en entrée non volontaire au département de psychiatrie de Belle-Idée du 19 juin au 11 août 2000, puis du 18 au 28 août 2000, pour des troubles bipolaires.
11. Le contrat de travail le liant à X_____ a pris fin le 31 août 2000, pour raisons de maladie.
12. Le Dr E_____, son médecin traitant depuis le 23 mars 2001, a précisé dans un rapport médical du 26 juin 2002 destiné à l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après OCAI), que son patient était en incapacité totale de travail depuis le 31 août 2000, en raison d'une psychopathie chronique avec phase délirante et bipolaire. Il a mentionné que son patient avait été hospitalisé à quatre reprises parce qu'il traversait des phases délirantes et euphoriques.
13. Dans son rapport médical du 17 juillet 2002 à l'attention de l'OCAI, la Dresse R. F_____, psychiatre à la Consultation de la Jonction, a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.9) depuis janvier 1999 et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), depuis l'adolescence. Elle a mentionné une dépendance à l'alcool (F10.26) et au cannabis (F12.24) comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé. Ce dernier a été hospitalisé une première fois en psychiatrie en entrée non volontaire le 27 janvier 1999 pendant trois jours en raison d'une décompensation manique avec agressivité et danger hétéro-agressif. Il a été hospitalisé à nouveau du 3 au 11 mars 1999, pour décompensation maniaque avec agitation et comportement menaçants, puis du 14 au 29 mars 1999, pour décompensation maniaque avec menaces suicidaires. Il a alors été transféré pour un sevrage, car il consomme de l'alcool et du cannabis. Son hospitalisation du 19 juin au 11 août 2000 était due à un trouble majeur du comportement, celle du 18 au 28 août 2000 à une décompensation maniaque, suite à une rupture de traitement. Le médecin a précisé que l'intéressé avait été pendant toute cette période extrêmement fréquemment en rupture du suivi et du traitement médicamenteux entre les hospitalisations. Elle a expliqué qu'il était dans le déni de sa problématique psychiatrique et continuait à consommer de l'alcool et du cannabis. Une nouvelle hospitalisation non volontaire a eu lieu du 16 juillet au 7 août 2001 pour décompensation maniaque. Pendant cette phase, le patient a commencé à adhérer au suivi du traitement. La septième et dernière hospitalisation non volontaire est intervenue du 26 au 29 mars 2002. Depuis lors, le patient n'a plus présenté d'épisode maniaque franc et son état s'est plus ou moins stabilisé. Selon le médecin, l'incapacité de travail a été de 50% du 1^{er} octobre 1999 au 28 janvier

2000, puis de 100% à partir du 19 juin 2000. Il n'y a pas eu d'examens médicaux spécialisés.

14. Par décisions des 8 et 24 avril 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour longue maladie avec effet au 1^{er} juin 2001. L'OCAI a considéré que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 19 juin 2000, date à partir de laquelle a été calculé le délai de carence d'une année.
15. Par lettre du 25 août 2003, le Centre d'action sociale et de santé des Pâquis a interpellé la Caisse pour le compte de l'assuré et lui a demandé de prendre position quant au droit de ce dernier à des prestations d'invalidité.
16. A la demande de la Caisse, l'OCAI lui a communiqué le dossier de l'assuré en date du 7 novembre 2003.
17. Par courrier du 11 mars 2004, la Caisse a nié le droit aux prestations d'invalidité de l'assuré. Elle a admis un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail et l'invalidité, mais nié le lien de connexité temporelle au motif que la capacité de travail de l'assuré ne s'était pas améliorée depuis octobre 1999 et qu'il n'était pas en mesure de fournir un vrai rendement. Par ailleurs, la Caisse a dénoncé avec effet immédiat le contrat de prévoyance sur-obligatoire au motif que l'assuré n'avait pas rempli la déclaration de santé de façon complète et véridique, puisqu'il avait omis de mentionner la maladie qui avait finalement conduit à son invalidité.
18. Par lettre du 26 octobre 2004, le conseil de l'assuré s'est alors tourné vers la Fondation et lui a demandé d'examiner la possibilité de verser à son client des prestations d'invalidité. Il a annexé à sa demande divers documents, dont l'annonce d'un cas de prévoyance de personnes au chômage selon la LPP.
19. A la demande de la Fondation, l'OCAI lui a transmis copie du dossier de l'assuré le 12 novembre 2004.
20. Par courrier du 14 février 2005, la Fondation a estimé que c'était la date du début de l'incapacité de travail de l'assuré - soit le 19 juin 2000 selon l'OCAI - qui était déterminante pour définir quelle institution de prévoyance était compétente pour verser le cas échéant des prestations. Or, à cette époque, l'assuré ne lui était plus affilié.
21. Le 7 juin 2005, l'assuré a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'une demande en paiement dirigée à la fois contre la FONDATION INSTITUTION SUPPLÉMENTAIRE LPP et contre la CAISSE DE PENSIONS X_____. Il requiert du Tribunal qu'il dise laquelle de ces institutions de prévoyance professionnelle est compétente pour lui verser des prestations d'invalidité, puis qu'il condamne cette institution au versement desdites prestations avec effet au 1^{er} juin 2000.

Il relève qu'à la date à laquelle a débuté son incapacité de travail, soit le 19 juin 2000, il était affilié à la Caisse, mais fait remarquer que, d'un autre côté, son incapacité est imputable à une affection durable et invalidante qui a débuté alors qu'il était affilié à la Fondation. Il souligne cependant qu'en février 1999, aucun risque de rechute n'a été évoqué, pas plus que le fait que la reprise du travail pourrait n'être que passagère.

22. Dans son mémoire de réponse du 31 août 2005, la Caisse conclut à ce que le Tribunal constate que c'est la Fondation qui est redevable des prestations réclamées, que le demandeur soit donc débouté de la demande formulée à son encontre et condamné aux dépens d'instance, dont une participation aux honoraires de son avocat. A l'appui de ses conclusions, elle expose que le demandeur a commis une réticence en répondant aux questions liées à sa santé lors de son engagement par X_____, de sorte qu'il ne peut prétendre à des prestations allant au-delà du niveau obligatoire légal. Quant aux prestations de prévoyance obligatoire, elle soutient qu'elles sont dues par l'ancienne Caisse de prévoyance, auprès de laquelle le demandeur était affilié lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, car il existe une étroite connexité, tant matérielle que temporelle, entre l'incapacité de travail et l'invalidité.
23. Dans sa réponse du 12 septembre 2005, la Fondation a soutenu que le demandeur est sorti de la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs le 20 février 2000, que son incapacité de travail est postérieure puisqu'elle a débuté le 19 juin 2000 et qu'il ne peut donc lui réclamer de rente d'invalidité. Elle fait remarquer que son règlement reprend explicitement la définition de l'invalidité de la loi sur l'assurance invalidité et qu'elle est donc liée par la date à laquelle l'OCAI a fixé le début de l'incapacité durable de travail, soit le 19 juin 2000.

Il importe de préciser que la Fondation, bien qu'ayant mentionné le Tribunal cantonal neuchâtelois des assurances dans ses conclusions, a entendu présenter celles-ci au Tribunal de céans. Monsieur Christian DELPEDRO, responsable du service des prestations de la Fondation, l'a confirmé téléphoniquement le 22 juin 2006.

24. Par ordonnance du 28 juin 2006, le Tribunal a requis de l'OCE l'apport des certificats médicaux en lien avec le taux d'incapacité et le versement des prestations, ce qui a été fait en date du 7 juillet 2006.
25. Par lettre du 5 juillet 2006, le Tribunal a demandé à l'OCAI copie du dossier de l'assuré.
26. Les parties ont été invitées à prendre connaissance de ces pièces produites par courrier du 25 août 2006.

27. Par missive du 30 août 2006, la Caisse a persisté dans ses conclusions, relevant que la période de reprise d'activité professionnelle avait été courte en regard des périodes d'hospitalisation.
28. Par courrier du 1^{er} septembre 2006, le demandeur met en exergue le fait que ces pièces permettent de confirmer son incapacité de travail du 1^{er} février 1999 au 27 janvier 2000. Il soulève encore qu'aucune partie ne conteste que la cause à l'origine de l'invalidité est bien celle à l'origine de cette incapacité.
29. Après transmission des dernières écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du code des obligations ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle du 25 juin 1982 (LPP) ; art. 142 du code civil).

L'art. 73 al. 1 LPP impose à chaque canton de désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. Sont concernées les institutions de prévoyance enregistrées de droit privé ou de droit public – aussi bien en ce qui concerne les prestations minimales obligatoires qu'en ce qui concerne les prestations s'étendant au-delà (art. 49 al. 2 LPP) – et les fondations de prévoyance en faveur du personnel non enregistrées, dans le domaine des prestations qui dépassent le minimum obligatoire (art. 89^{bis} al. 6 CC ; ATF 122 V 323 consid. 2a). La procédure doit être simple, rapide et, en principe, gratuite; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (article cité, al. 3).

Dans le cas d'espèce, le demandeur a été engagé par X_____ Genève et a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage versées par le SIT, sis à Genève, de sorte que le Tribunal de céans est compétent tant à raison de la matière que du lieu.

3. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise comme telle à l'observation d'aucun délai, de sorte que la demande est recevable.
4. Il est précisé que la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle.

S'agissant du droit applicable *ratione temporis*, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales et réglementaires en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1 et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Concernant les dispositions réglementaires des institutions de prévoyance, sont applicables pour la Fondation son règlement en vigueur dès le 1^{er} janvier 1999 ou 2000 et pour la Caisse, son règlement de 1998.

5. Est litigieuse la question de savoir quelle institution de prévoyance est tenue de verser au demandeur les prestations LPP en raison de son invalidité.
6. Selon l'art. 23 LPP (teneur au 1er janvier 2001), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 % au moins au sens de l'AI et qui étaient assurés lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ce n'est pas l'apparition des troubles comme telle qui constitue l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP, mais bien la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, soit 20 % au moins (VSI 1998 p. 126). Des périodes d'incapacité de travail relativement brèves et très espacées dans le temps ne suffisent pas à fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance (cf. ATF 123 V 264 consid. 1c). 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. Cette interprétation littérale est conforme au sens et au but de la disposition légale en cause, laquelle vise à faire bénéficier de l'assurance le salarié qui, après une maladie d'une certaine durée, devient invalide alors qu'il n'est plus partie à un contrat de travail. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux

prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 263 consid. 1a, 118 V 45 consid. 5).

Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (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 contenue 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 (ATF 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 (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées).

Avec l'ATF 129 V 73, le Tribunal fédéral des assurances a nié la force contraignante des constatations juridiquement déterminantes du droit de l'assurance-invalidité à l'égard de l'institution de prévoyance lorsque celle-ci n'est pas attirée dans la procédure administrative, au plus tard au cours de la procédure d'audition relative au projet de décision mise en oeuvre jusqu'au 31 décembre 2002 (art. 73bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'à cette date) puis, après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003, lors du prononcé de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (art. 76 al. 1 let. i RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2006; cf. dès cette date, pour la procédure de préavis les art. 57a LAI et 73bis al. 2 let. f RAI entrés en vigueur au 1er juillet 2006; RO 2006 2003 et 2007).

En l'espèce, les décisions d'octroi des 8 et 24 avril 2003 d'une rente entière de l'assurance-invalidité à l'assuré à partir du 1^{er} juin 2001 et du 1^{er} avril 2003 ont été communiquées aux défenderesses, à leur demande, le 7 novembre 2003 pour la Caisse et le 12 novembre 2004 pour la Fondation. Cette communication n'est pas une notification au sens de l'art. 76 al. 1 let. i RAI, permettant aux défenderesses de faire valoir leur droit d'opposition. Elle est intervenue bien après le prononcé de la décision AI. Les institutions ne sont donc pas liées par la fixation par les organes de l'assurance-invalidité du moment de la survenance de l'incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir si leurs dispositions réglementaires reprennent la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité.

7. La Fondation précise qu'elle n'a aucune raison de s'écarter des constatations de l'OCAI, en particulier sur le début de l'incapacité de travail déterminante pour le droit aux prestations. Elle considère que le moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable correspond à juin 2000, ainsi que l'a retenu l'OCAI.

A l'inverse, la Caisse allègue que l'incapacité de travail pertinente du demandeur est antérieure à son affiliation auprès d'elle, de sorte que les prestations réclamées doivent être servies par la Fondation.

En ce qui concerne la délimitation des responsabilités respectives de deux institutions de prévoyance auxquelles un assuré a été successivement affilié, la jurisprudence a déduit de l'art. 23 LPP qu'il ne suffit pas, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais qu'il devait en outre exister, entre cette incapacité de travail et l'invalidité, une relation d'étroite connexité, temporelle et matérielle.

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 l'affiliation à la précédente institution 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, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Mais une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée. Cette interprétation de la loi restreindrait de manière inadmissible la portée de l'art. 23 LPP, notamment dans le cas d'assurés qui ne retrouvent pas immédiatement un emploi et qui, pour cette raison, ne sont plus affiliés à aucune institution de prévoyance. D'ailleurs, si l'on voulait s'inspirer des règles en matière d'assurance-invalidité, on devrait alors envisager une durée minimale d'interruption de l'activité de travail de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI : selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATF non publié du 30 septembre 2003 no B 67/2002; ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa).

8. a) En l'espèce, en ce qui concerne l'exigence de la connexité matérielle, il y a lieu de relever que l'assuré souffre de trouble affectif bipolaire (F31.9) depuis janvier 1999 et de trouble de la personnalité (F60.9) depuis l'adolescence. Ces troubles sont à l'origine de l'invalidité et ont entraîné une première incapacité de travail de 100%

du 27 janvier au 30 septembre 1999, puis de 50% du 1er octobre 1999 au 27 janvier 2000, alors que le demandeur était affilié à la Fondation. Ces mêmes troubles ont provoqué une incapacité totale et durable de travail dès juin 2000, alors que l'assuré était affilié à la Caisse. L'incapacité de travail en 1999, consécutive à l'émergence du trouble bi-polaire qui fonde l'incapacité à l'origine de l'invalidité, a eu lieu durant l'affiliation à la Fondation, de sorte qu'il y a lieu d'admettre la connexité matérielle avec celle-ci.

b) Quant à la connexité temporelle, il est établi que le demandeur a retrouvé une capacité de travail entière dès le 28 janvier 2000, selon certificat médical du Dr D_____. Engagé comme vendeur technique avec effet au 21 février 2000, il a travaillé régulièrement jusqu'au 19 juin 2000, date d'une nouvelle hospitalisation non volontaire, qui marque, pour l'assurance invalidité, le début du délai de carence d'une année pour le droit à la rente d'invalidité. Cependant, durant l'année précédente, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale pendant huit mois, puis en incapacité partielle pendant quatre mois. Il a subi, pendant cette période, trois internements non volontaires en raison de crises liées à son trouble bi-polaire. Jusqu'en 2001, il était en outre dans le déni de sa problématique psychiatrique et s'est trouvé très fréquemment en rupture de suivi et de traitement médicamenteux. Dans ces circonstances, la capacité de travail de l'assuré pendant quatre mois ne saurait être considéré comme un laps de temps suffisant pour rompre la connexité temporelle avec la Fondation. Il ne pouvait en effet être admis que l'amélioration survenue pendant cette période pouvait se maintenir assez longuement, sans crainte d'une complication à venir. Il était prévisible que la diminution ou disparition des symptômes de la maladie serait de courte durée, vu la gravité de l'affection et son caractère récurrent, dans un contexte de déni de la maladie, de sorte qu'elle ne suffit pas pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance. Le fait que le Dr C_____ ait qualifié, en juillet 1999, l'affection de l'assuré de "temporaire" n'est pas de nature à remettre en question ce qui précède.

En conclusion, le Tribunal constate que c'est à la Fondation d'allouer au demandeur les prestations LPP liées à son invalidité.

9. Il reste à déterminer le droit à la rente du demandeur. Il a été constaté supra que la Fondation n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité, dans la mesure où elle n'a pas été intégrée à la procédure suivie par l'OCAI. La déclaration de la Fondation dans ses écritures devant l'autorité de céans, suivant laquelle elle se rallie aux considérations de l'assurance-invalidité, ne constitue pas une adhésion qui entraîne la force contraignante de la décision de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 23 LPP. La situation aurait été différente si la Fondation avait établi un décompte des prestations. Dans la situation présente, le juge doit en conséquence procéder à sa propre appréciation des faits quant à l'invalidité

présentée par le demandeur (voir ATF non publié du 26 juillet 2006, no B.27/2005 consid. 3.1 à 3.3).

En application de l'art. 60 al. 2 let. e LPP, l'institution supplétive est une institution de prévoyance tenue d'affilier l'assurance-chômage et de réaliser la couverture obligatoire des bénéficiaires d'indemnités journalières annoncés par cette assurance.

Selon l'art. 4.1.1.2.1 2§ du règlement de la Fondation en vigueur au 1^{er} janvier 1999 (ci-après : le Règlement), il y a invalidité lorsque, par suite de maladie ou d'accidents, la personne assurée est empêchée de façon temporaire ou permanente d'exercer sa profession ou de déployer une autre activité rémunérée.

En vertu de l'art. 23 LPP (teneur au 1^{er} janvier 1999), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsque est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ce taux minimal a été abaissé à 40% avec l'entrée en vigueur des modifications pertinentes pour le cas d'espèce au 1^{er} avril 2004. L'art. 4.1.1.2.3 du Règlement prévoit que la rente d'invalidité dépend du degré d'invalidité. Une invalidité de 66 2/3% donne droit à la totalité des prestations, une invalidité égale ou supérieure à 50% mais de moins de 66 2/3% à la moitié des prestations et une invalidité de moins de 50% ne donne aucun droit.

Il ressort des pièces du dossier, notamment médicales, que le demandeur a connu un taux d'invalidité variant au gré des périodes de la manière suivante :

- du 27 janvier 1999 au 30 septembre 1999 inclusivement : 100% d'invalidité;
- du 1^{er} octobre 1999 au 27 janvier 2000 : 50% d'invalidité;
- du 19 juin 2000 à ce jour : 100% d'invalidité.

Le Tribunal invitera en conséquence la Fondation à déterminer les montants dus au demandeur au regard de ce qui précède. Le cas échéant, celle-ci tiendra compte de la modification de l'art. 23 LPP au 1^{er} avril 2004.

10. Reste à examiner la demande de dépens de la Caisse, notamment à titre de participation aux honoraires d'avocat.

En ce qui concerne les frais de dépens de la cause, l'art. 73 al. 2 LPP précise que les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite. L'art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA) prévoit quant à lui que la procédure est gratuite pour les parties. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En effet, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, la possibilité de limiter la gratuité en cas de recours

téméraire ou interjeté à la légère est un principe général de procédure prévu pour toutes les branches des assurances sociales (ATF 126 V 151 consid. 4b).

La jurisprudence a précisé qu'un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité. Le fait qu'un recours soit dépourvu de chances de succès ne suffit pas a priori à lui seul à lui conférer un tel caractère. Encore faut-il qu'un élément – critiquable – s'ajoute subjectivement parlant : la partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chances de succès (Pratique VSI 1998 p. 194). Dans le cadre de litiges portant sur des cotisations de la prévoyance professionnelle, le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement le comportement du débiteur des cotisations dans la procédure judiciaire, mais également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285).

Le Tribunal fédéral des assurances a également rappelé qu'il y a lieu de faire une différence entre, d'une part, la sanction constituée par la mise des frais de procédure à la charge d'une partie qui agit par légèreté ou de manière téméraire au sens de l'art. 85 al. 2 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (aLAVS) (actuellement art. 61 let. a de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales [LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003] et, d'autre part, le droit aux dépens selon l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS [actuellement art. 61 let. g LPGA], droit qui s'apprécie selon les critères développés au sujet de l'allocation de dépens à une partie agissant sans mandataire (Pratique VSI 2002 p. 61).

Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause en procédure cantonale et sont représentés par un avocat ou, d'une autre manière, par une personne qualifiée, peuvent prétendre à des dépens lorsque l'adverse partie procède à la légère ou de manière téméraire (ATF 128 V 323). En l'espèce, le Tribunal de céans considère que l'attitude de la demanderesse ne saurait être qualifiée de légère, ni de téméraire.

Par ailleurs, les autorités et organisations chargées de tâches de droit public n'ont en principe pas droit à des dépens lorsqu'elles obtiennent gain de cause. Comptent au nombre des organisations chargées de tâches de droit public notamment la CNA, les autres assureurs-accidents, les caisses-maladie et les caisses de pension (ATF 120 V 352 consid. 6). Exceptionnellement, des dépens peuvent être alloués lorsqu'en raison de la particularité ou de la difficulté du cas, le recours à un avocat indépendant était nécessaire (ATFA I 86/05 non publié du 29 août 2006 consid. 7.2; ATF 119 V 456 consid. 6b). Tel n'est pas le cas en l'espèce.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Condamne la FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP à verser au demandeur les prestations LPP liées à son invalidité après calcul de ces prestations dans le sens des considérants.
3. Rejette la demande en tant qu'elle est dirigée contre la CAISSE DE PENSIONS X_____.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente décision dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le demandeur désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au demandeur (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

La présidente

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Sandrine TORNARE

Une copie conforme de la présente décision est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le