

# **GE\_GERICHTE ATAS/1103/2011 vom 23. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1103\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1103_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1103/2011 du 23 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1103/2011 del 23 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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 - CO ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 - LPP ; art. 142 du code civil - CC). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) S'agissant de la compétence *ratione loci*, en matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). En l'occurrence, la demanderesse a été affiliée en matière de prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse suite à son engagement au sein de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA, sise à Genève. Le lieu de l'exploitation dans laquelle l'assurée a été engagée étant à Genève, la compétence *ratione loci* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent donnée. c) L'ouverture de l'action prévue à l'article 73 alinéa 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; SCHWARZENBACH-HANHART, *Die Rechtspflege nach dem BVG*, SZS 1983, p. 182).

A/1012/2009 - 20/29 - d) Pour le surplus, la demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA - RS E 5 10). Partant, elle est recevable.

### **E. 2**

La loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions entrant en vigueur le 1er avril 2004 et le 1er janvier 2006), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF

117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande date du 23 mars 2009 et les faits pertinents remontent jusqu'en 2002. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel de la demanderesse à des prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2004 et, après le 1er janvier 2005, en fonction des modifications de la LPP, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Le litige consiste à déterminer si la défenderesse, subsidiairement l'appelée en cause, doit verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2003.

### **E. 4**

En matière de prévoyance professionnelle, 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 lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 let. a LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005). Selon l'art. 23 LPP dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, 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 lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 24 al. 1 LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, cette disposition prévoyait que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité

A/1012/2009 - 21/29 - s'il est invalide à raison des deux tiers au moins, au sens de l'AI, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins. Conformément à l'art. 18 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (édition janvier 2000), lorsqu'une personne assurée tombe en incapacité de gain avant l'âge- retraite, elle a droit à une rente d'invalidité, pour autant qu'elle ait été couverte lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause a entraîné l'invalidité (al. 1, 1ère phrase). Il y a incapacité de gain lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, que par suite de maladie (y compris le déclin des facultés mentales et physiques) ou d'accident, la personne assurée est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer son métier ou toute autre activité lucrative pouvant lui être confiée, ou si elle est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale (al. 2). Le montant des prestations d'invalidité est déterminé en fonction du degré d'incapacité de gain ou au moins en fonction de l'invalidité fixée par l'assurance invalidité fédérale. Lorsqu'un degré d'incapacité de gain atteint 66 2/3 % ou plus, les prestations sont accordées intégralement. Par contre, une incapacité de gain de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation (al. 3). Le droit à une rente d'invalidité naît au moment de l'attribution à la personne assurée d'une rente de l'assurance invalidité fédérale. La rente d'invalidité prévue dans le règlement débute au plus tôt toutefois après la fin de l'obligation de verser le salaire par l'employeur, c'est-à-dire à épuisement de l'indemnité journalière en cas de maladie. Le Règlement de la caisse fixe le délai d'attente avant le début de la rente d'invalidité (al. 8). L'art. 7 du Règlement de la caisse de la défenderesse (édition janvier 2000) fixe le délai d'attente pour le versement de la rente d'invalidité et dispose que cette dernière prend effet après un délai d'attente de vingt-quatre mois, mais au plus tôt après épuisement de

l'assurance indemnité journalière en cas de maladie conclue par l'employeur.

## E. 5

Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI - RS 831.20) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Selon l'art. 26 al. 2 LPP, l'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier. a) En matière de prévoyance professionnelle obligatoire, il ressort clairement de la jurisprudence qu'il ne peut pas être dérogé à l'art. 26 al. 1 LPP et qu'une disposition réglementaire selon laquelle le droit à une prestation d'invalidité ne prend naissance qu'après l'expiration d'un délai d'attente de plus de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de travail est inadmissible et contraire à la loi (ATF 118 V 35).

A/1012/2009 - 22/29 - b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'interpréter l'art. 26 al. 1 LPP en ce sens que le renvoi aux « dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité (art. 29 LAI) » applicables par analogie pour fixer la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle vise uniquement l'art. 29 aLAI, à l'exclusion de l'art. 48 al. 2 aLAI. Du reste, c'est bien ainsi que le Tribunal fédéral a interprété la disposition en cause dans un arrêt du 1er septembre 1999, B 51/98 (RSAS 2001 p. 82 et PJA 2001 p. 445), dans lequel le début de l'incapacité de travail déterminante pour la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle a été fixé à la lumière de l'art. 29 al. 1 aLAI, quand bien même le versement de la rente de l'assurance-invalidité avait été différé bien au-delà du terme de la période de carence, en raison de la tardiveté de la demande. c) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, si une institution de prévoyance reprend, explicitement ou par renvoi, la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité effectuée par les organes de l'AI, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine ; consid. 2 non publié de l'ATF 130 V 501). 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; ATF 118 V 40 consid. 2a). Le Tribunal fédéral a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003. L'institution de prévoyance est «touchée», au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA, par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition ou au cours de la procédure d'audition (ATF 130 V 273 consid. 3.1; ATF 129 V 76). Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP – qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI – n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73). En revanche, lorsqu'il s'en tient à ce qu'a décidé l'organe de l'assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'assureur LPP dans la procédure de l'assurance-invalidité n'a plus d'objet. Dans un tel cas, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans

les art. 23 et suivants LPP, s'applique sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir ATF non publié du 9 février 2004, B 39/03, résumé in RSAS 2004 p. 451).

A/1012/2009 - 23/29 - d) Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance- invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de faits résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'OAI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision (« révision procédurale ») (ATF 126 V 309 consid. 3a et les références). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme

A/1012/2009 - 24/29 - rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

## **E. 6**

L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance. Pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, 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 ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. 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 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 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201). 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

A/1012/2009 - 25/29 - 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 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa).

## **E. 7**

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).

#### **E. 8**

En l'espèce, par projet de décision du 17 avril 2008 et décision formelle du 2 juin 2008, l'OAI a accordé à la demanderesse une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2005. Il a considéré qu'elle présentait un degré d'invalidité de 75% depuis le 25 octobre 2002, taux ouvrant droit à une rente entière dès le 25 octobre 2003, mais que sa demande était tardive. La défenderesse ne s'estime pas liée par l'appréciation de l'OAI, alléguant que le projet d'acceptation de rente et la décision du 2 juin 2008 ont été adressés à la BALOISE ASSURANCES et ne lui ont donc pas été formellement notifiés. Ainsi que le relève à juste titre la demanderesse, la Cour de céans souligne toutefois que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de reconnaître la légitimation passive de la BALOISE ASSURANCES en lieu et place de sa fondation collective, défenderesse dans la présente cause (ATF non publié 9C.254/2009 du 26 mai 2009, consid. 2.1). Les enquêtes ont par ailleurs permis d'établir que la défenderesse et la BALOISE ASSURANCES, ayant leur siège à la même adresse, occupent les mêmes locaux et emploient les mêmes personnes. Il est également clairement apparu que la défenderesse, ne disposant en fait d'aucun employé, a délégué la gestion de ses affaires à la BALOISE ASSURANCES. Pour preuve, dans le cadre de l'instruction du dossier de la demanderesse, la défenderesse a adressé à cette dernière et à ses employeurs des documents pour la plupart émis non par elle-même mais par la BALOISE ASSURANCES. Lors de la première audience tenue par la Cour de céans, la défenderesse a d'ailleurs été représentée par une employée de la BALOISE ASSURANCES et a produit une procuration libellée au nom de cette dernière. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que la défenderesse ne peut pas sérieusement alléguer ne pas avoir reçu la décision de l'OAI, alors même que cette

A/1012/2009 - 26/29 - décision a été reçue par la BALOISE ASSURANCES qui dispose des mêmes collaborateurs que la défenderesse et gère les dossiers de cette dernière. Il convient au contraire de retenir que la décision de l'OAI a été valablement notifiée à la défenderesse, laquelle en a eu connaissance et a eu la possibilité de la contester en temps utile. En définitive, la Cour retient donc que la défenderesse a été intégrée à la procédure de l'assurance-invalidité et qu'elle est liée par la décision de l'OAI et son estimation de l'invalidité, sous réserve d'une estimation d'emblée insoutenable.

#### **E. 9**

Pour rendre sa décision, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport d'expertise du 5 février 2008 du Dr U\_\_\_\_\_. Au terme de son analyse, ce dernier est parvenu à la conclusion claire que l'incapacité de travail de la demanderesse était totale depuis sa première grave décompensation en novembre 2002, mais de 75% au moment de l'expertise en raison du bon investissement de son cadre thérapeutique. La Cour relève que lors de son expertise, le Dr U\_\_\_\_\_ a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la demanderesse. Pour ce faire, l'expert s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport de sept pages est circonstancié. L'état de santé de la demanderesse a

fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin a procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Par ailleurs, contrairement à l'avis de la défenderesse, les enquêtes menées par la Cour de céans n'ont pas remis en cause l'appréciation du Dr U \_\_\_\_\_, faisant au contraire apparaître comme hautement vraisemblable que la demanderesse présente une capacité de travail nulle ou quasi-nulle depuis l'automne 2002. Au vu de ce qui précède, l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'OAI ne se révèle pas d'emblée insoutenable et semble au contraire tout à fait appropriée en tant qu'elle retient un degré d'invalidité de 75% depuis le 25 octobre 2002.

#### **E. 10**

Le défenderesse conteste l'existence d'une relation d'étroite connexité tant matérielle que temporelle entre l'incapacité de travail de la demanderesse survenue le 25 octobre 2002 et son invalidité. Concernant tout d'abord le lien de connexion matérielle, il ressort du dossier et des enquêtes conduites par la Cour de céans que la demanderesse souffre depuis l'enfance de troubles psychiques, lesquels sont invalidants depuis 2002. Les médecins ont retenu une hyperactivité avec trouble de l'attention, faisant également état, notamment, d'une dépendance à la cocaïne et au cannabis, d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité de type borderline. La Cour souligne que les différents diagnostics se fondent sur une anamnèse et une symptomatologie identiques, mettant en évidence chez la demanderesse un seul et même tableau

A/1012/2009 - 27/29 - clinique, ponctué d'épisodes de décompensation et de dépression, dont certains aspects prédominent selon les périodes sans que les différents diagnostics puissent être dissociés. La Cour retient ainsi que l'affection psychique de la demanderesse à l'origine de son invalidité est la même que celle qui s'est manifestée durant l'affiliation à la défenderesse et qui a entraîné son incapacité de travail durable dès l'automne 2002. La relation d'étroite connexité matérielle doit ainsi être admise. S'agissant ensuite du lien de connexité temporelle, dans le cadre de l'assurance- chômage, la demanderesse a suivi un cours auprès du cabinet Y \_\_\_\_\_ du 21 juin au 30 juillet 2004 et a travaillé auprès de l'association Z \_\_\_\_\_ du 7 septembre 2004 au 4 janvier 2006. Contrairement aux dires de la défenderesse, ces faits ne sont toutefois pas de nature à entraîner une longue interruption de l'incapacité de travail de la demanderesse, dans la mesure où les enquêtes ont clairement mis en évidence que cette dernière n'avait pas recouvré sa capacité de travail durant cette période. Concernant l'association Z \_\_\_\_\_, la Cour souligne d'ailleurs qu'il s'agissait d'une entreprise de réinsertion professionnelle accueillant des personnes inaptes à travailler sur le marché du travail ; la demanderesse, envers qui l'association faisait preuve de souplesse et de tolérance, n'était pas en mesure de reprendre une activité sur le marché normal du travail, que ce soit au début ou à la fin de son activité auprès de Z \_\_\_\_\_. La relation d'étroite connexité temporelle doit partant également être admise.

#### **E. 11**

En définitive, au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, c'est-à-dire le 25 octobre 2002, la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse. La demande devra dès lors être rejetée en tant qu'elle est dirigée contre l'appelée en cause et admise dans le sens des considérants en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse. Il résulte en effet de ce qui précède que cette dernière devra verser à la demanderesse une rente de prévoyance professionnelle fondée sur un degré d'invalidité de 75%, c'est-à-dire une rente entière d'invalidité. A ce stade, il reste donc uniquement à

déterminer depuis quand cette rente est due à la demanderesse. Dans la mesure où cette dernière est affiliée auprès de la défenderesse pour la prévoyance professionnelle obligatoire, l'art. 7 du Règlement de la caisse de la défenderesse (édition janvier 2000) est nul en tant qu'il fixe à vingt-quatre mois le délai d'attente pour le versement de la rente d'invalidité (ATF 118 V 35). Il convient donc d'appliquer l'art. 26 LPP et l'art 18 al. 8 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (édition janvier 2000), desquels il ressort que le droit à la rente d'invalidité naît au moment de l'attribution à la demanderesse d'une rente de l'assurance invalidité fédérale. Au surplus, il ne ressort pas du dossier que la demanderesse aurait perçu des indemnités journalières en cas de maladie dans le cadre de l'assurance indemnité journalière conclue par son employeur. Au contraire, aucun décompte ne figure au dossier et la mère de la demanderesse a indiqué dans

A/1012/2009 - 28/29 - un courrier du 19 juin 2006 que sa fille n'avait jamais touché de prestations de la part de son assurance maladie AXA. En conclusion, c'est à compter du 1er octobre 2003 que la demanderesse a droit à une rente entière d'invalidité, ce conformément aux art. 26 LPP et 18 al. 8 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (édition janvier 2000), ainsi qu'à l'art. 29 al. 3 LAI, applicable par renvoi de l'art. 26 al. 1er LPP.

#### **E. 12**

La demanderesse conclut encore au paiement d'intérêts moratoires. Selon la jurisprudence, un intérêt moratoire est dû, en matière de rente de prévoyance professionnelle, dès le jour du dépôt de la demande en justice, conformément à l'art. 105 al. 1 CO (ATF 119 V 131 consid. 4 c). A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO; ATF 130 V 421 consid. 5.1, 119 V 131 consid. 4d, 115 V 37 consid. 8c). Etant donné que les règlements de la défenderesse ne contiennent aucune disposition à ce sujet, un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 23 mars 2009, date du dépôt de la demande en justice.

#### **E. 13**

Enfin, la demanderesse, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens à concurrence de 5'000 fr (art. 89H al. 3 LPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et 89H al. 1 LPA).

A/1012/2009 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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