

## **GE\_GERICHTE ATAS/1489/2012 vom 18. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1489\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1489_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1489/2012 du 18 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1489/2012 del 18 dicembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 ; art. 142 code civil). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (cf. 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).

#### **E. 3**

La demande, introduite dans les formes prévues par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10), est donc recevable.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité de la CIEPP, et en particulier sur la date du début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité.

#### **E. 5**

a) Ont droit à des prestations d'invalidité les invalides qui étaient assurés lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP). Par ailleurs, selon l'art. 25 LPP, les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ont droit à une rente complémentaire pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait

A/1058/2012 - 10/18 - droit à une rente d'orphelin (al. 1) ; la rente pour enfant est calculée selon les mêmes règles que la rente d'invalidité (al. 2). b) Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références, 118 V 45 consid. 5). 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 262 consid. 1a, 118 V 35 consid. 5). c) L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur (en changeant en même temps d'institution de prévoyance) et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance ; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. Cependant, 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).

## E. 6

a) Par incapacité de travail, il faut entendre la perte ou la diminution de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activités habituels. Pour être prise en considération, la diminution de rendement professionnel doit être sensible et indiscutable. En outre, cet état de fait doit être durable. La jurisprudence qualifie de sensible une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle atteint 20 % au moins (arrêt 9C\_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3 et les références, in SVR 2008 BVG n° 34 p. 143).

A/1058/2012 - 11/18 - b) Il y a lieu d'office d'examiner avec le plus grand soin si, bien que touchant son salaire, une personne se trouve effectivement frappée dans une mesure importante dans sa capacité de travail, si donc dans le cadre des rapports de travail - compte tenu de son domaine normal d'activité - elle fournit sa prestation habituelle ou n'en fournit plus qu'une réduite du fait de l'atteinte à la santé (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, p. 289). Selon la jurisprudence, une baisse de rendement doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur. Une incapacité de travail médico- théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (ATFA non publié B 75/01, du 6 février 2003, consid. 2.2). Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail (Brühwiler, Kommentar zum Einzelarbeitsvertrag, 2e éd., 1996, n° 9 ad art. 324a CO ; Favre/Munoz/Tobler, Le contrat de travail, 2001, n° 1.13 ad art. 324a CO ; Rehbindler, Schweizerisches Arbeitsrecht, 14e éd., 1999, ch. 81), dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations.

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 (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références). Une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médicale et théorique après de nombreuses années ne suffit pas à elle seule. Est plutôt déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (ATF du 13 août 2007, B 88/06 ; du 23 octobre 2006, B 61/06 ; RSAS 2007, 480). c) 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 vu 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. 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

A/1058/2012 - 12/18 - 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). Ce n'est notamment pas le cas lorsque la personne assurée doit effectuer, peu après son inscription auprès de l'assurance-chômage, un séjour hospitalier de longue durée et que sa capacité de travail était déjà partiellement restreinte pendant les rapports de travail précédents (ATF du 2 juillet 2007, B 147/06).

#### **E. 7**

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).

#### **E. 8**

En l'espèce, il est établi que la demanderesse a été employée de la régie Z\_\_\_\_\_ de novembre 2003 à décembre 2008 et affiliée auprès de la CIEPP dès le 1er janvier 2005. Elle manifestait depuis l'année 2003 environ plusieurs signes d'une acuité visuelle déficiente : elle refusait de voir des films sous-titrés, ne reconnaissait pas ses amis qui l'attendaient au

restaurant, ne voyait pas certains petits objets, ne regardait pas toujours les objets et les gens en face mais de biais (témoins N° 4 à 6). Elle a évoqué son problème de vue auprès d'une amie en 2003 ou 2004, précisant qu'elle était réticente à en parler, faisant état ultérieurement de problèmes professionnels en lien avec sa vision (témoin N° 5). L'assurée a rencontré des difficultés lors de la préparation des examens professionnels présentés en juin 2008. Il ne se justifie pas de mettre en doute le fait que l'assurée ait effectivement présenté ces examens et il ressort d'ailleurs du site de l'USPI qu'ils ont lieu en juin. Au cours de l'été 2008, l'assurée a confié à une autre amie qu'elle souffrait d'un problème de vue, peut-être génétique et rencontrait des problèmes à son travail (témoin N° 4). Ce témoignage corrobore donc le fait que l'assurée - qui a demandé conseil à sa mère peu avant le mois de juin 2008 compte tenu de la dégradation importante de sa vision - a seulement appris à ce moment-là, par une amie de sa mère, qu'elle souffrait peut-être d'une maladie génétique.

A/1058/2012 - 13/18 - Cela étant, contrairement au souvenir du témoin N° 4, l'assurée n'a pas parlé de ses problèmes de vue à ses supérieurs au sein de l'entreprise (déclarations de la demanderesse et des témoins N° 1 et 2). Ces derniers ont indiqué que le licenciement intervenu le 8 septembre 2008 avec effet au 31 décembre 2008 était motivé par un manque de motivation et des plaintes de clients dues à la mauvaise qualité du travail. Ils ont évoqué un premier avertissement datant de novembre 2005, le second ayant eu lieu en mai 2008. L'assurée n'avait jamais fait état de problèmes de santé, n'avait pas été absente pour cause de maladie et ses supérieurs affirment n'avoir jamais constaté qu'elle présentait un problème de vue. A cet égard, compte tenu de la longue période écoulée entre 2005 et 2008, sans incident depuis novembre 2005, du fait que l'assurée a été autorisée à présenter les examens professionnels en gérance d'immeuble, ce qui dénote qu'elle est appréciée, on doit retenir que c'est effectivement le comportement et la qualité du travail de l'assurée en 2008 qui a justifié le licenciement. Les griefs de l'employeur concernent les arrivées tardives, la réception insatisfaisante de clients, une quantité de travail insuffisante, une exécution imprécise, l'assurée ayant notamment laissé en souffrance de nombreux bons pour travaux avant son départ en vacances en été 2008. Au demeurant, ses deux supérieurs ont confirmé qu'elle avait présenté une baisse de rendement en 2008, soit une quantité de travail moindre que d'habitude (témoins N° 1 et 2). Compte tenu des éléments qui précèdent, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée a effectivement subi une baisse notable de son acuité visuelle peu avant l'été 2008. Celle-ci explique les difficultés évoquées lors des examens de juin, la mauvaise exécution des bons pour travaux et le retard pris dans l'exécution de ceux-ci. A cet égard, les explications de l'assurée quant aux conséquences de la mauvaise vue (difficultés à voir le clavier, etc.) sont cohérentes avec les constatations faites par l'assurance-chômage dès le 29 janvier 2009. Ainsi, l'ensemble des manquements et le comportement inadéquat de l'employée, mis sur le compte d'un manque de motivation, alors qu'elle était complètement déstabilisée, ont impliqué des plaintes des clients et, in fine, un licenciement. Aucun autre élément que la baisse de vision et le désarroi qui a suivi n'explique le comportement de l'assurée à son travail. D'ailleurs, l'assurée avait confié à deux de ses amies que son problème de vue rendait difficile l'exécution de son travail et il s'avère que les organes de l'assurance-chômage ont aussi été complètement déboussolés par l'attitude de l'assurée avant de connaître la réalité. Conformément à la jurisprudence, il est établi que l'assurée a présenté une baisse de rendement dans son travail, remarquée par l'employeur en 2008, avec certitude à partir du 22 mai 2008, date de l'entretien de service et de la lettre d'avertissement. Reste à déterminer si la diminution de la capacité de rendement de l'assurée était sensible (au moins 20%),

indiscutable et durable avant le 31 décembre 2008. Lors du dernier jour de travail, le 8 septembre 2008, l'assurée ne présentait pas selon l'employeur d'incapacité de travail. La demanderesse (ou sa mère) a pris

A/1058/2012 - 14/18 - rendez-vous avec le Prof. L. \_\_\_\_\_ le 24 septembre 2008, mais n'a obtenu un rendez-vous que pour le 26 janvier suivant. Entretemps, l'assurée n'a consulté aucun spécialiste, ni généraliste, tout en alléguant qu'entre juin 2008 et janvier 2009, la baisse de vision a été très rapide. Elle s'est par ailleurs inscrite au chômage le 10 décembre 2008 en alléguant d'une pleine capacité de travail en qualité de secrétaire-réceptionniste. L'ensemble de ces éléments peut effectivement laisser croire que la baisse de l'acuité visuelle n'avait pas un effet important sur sa capacité de travail. Toutefois, l'assurée a expliqué de façon convaincante qu'elle était demeurée dans le déni de sa maladie et de son handicap, s'accrochant à son emploi, refusant l'idée d'une maladie et croyant que sa volonté pourrait suffire pour surmonter ses difficultés. La réalité de ce déni est démontrée par la discrétion de l'assurée à l'égard de ses amis (témoins N° 4 à 6), par le fait qu'elle n'a jamais évoqué ses difficultés dans le cadre professionnel (témoins N° 1 et 2). De même, son attitude dans le cadre de l'assurance-chômage est révélatrice : malgré la consultation du 26 janvier 2009, elle persiste à taire son handicap, pourtant clairement perçu par les divers intervenants qui constatent qu'elle est incapable de remplir un formulaire, de trouver les touches du clavier, etc. De même, en septembre 2009 encore, soit neuf mois après le diagnostic sans appel du Prof. L. \_\_\_\_\_, le déni de l'assurée est encore relevé par les organes de l'assurance-invalidité. Ainsi, le fait que l'assurée n'ait pas consulté de spécialiste entre septembre 2008 et janvier 2009, malgré la diminution de son acuité, qu'elle ait pris en vain des vitamines, qu'elle se soit annoncée à l'assurance-chômage avec une aptitude à 100%, sont expliqués par l'importance du déni et ne permettent pas de retenir que la perte de vision n'était pas encore assez grave pour avoir des conséquences notables sur la capacité de travail. Dans la réalité, le 31 décembre 2008 au soir, l'assurée ne parvenait plus à lire les lettres du scrabble, la diminution de l'acuité visuelle avait donc manifestement, à cette date, des conséquences importantes sur la capacité de lecture de l'assurée. Il n'est pas contestable que cela aurait impliqué, si l'assurée avait encore travaillé en décembre 2008, une incapacité de travail importante, l'activité de secrétariat, consistant notamment à dactylographier des bons de travaux, sur la base d'indications écrites du gérant d'immeuble, n'étant plus exécutable par l'assurée. A ce propos, les arguments de la défenderesse ne résistent pas à l'examen. Certes, lors du dernier jour de travail, le 8 septembre 2008, l'assurée taisait encore son problème de vue et ses supérieurs affirment ne pas l'avoir constaté. Il a toutefois été établi qu'elle présentait alors déjà une diminution de rendement et une mauvaise exécution de son travail, à mettre sur le compte d'une baisse déjà importante de l'acuité visuelle, laquelle s'est encore aggravée au vu des constatations faites le soir du 31 décembre 2008. On ne peut pas raisonnablement soutenir qu'une secrétaire qui ne parvient plus à lire les lettres du scrabble soit capable d'exécuter son travail. L'agrandissement de la police de caractère et la luminosité de l'écran n'y changent rien, preuve en est qu'après une réadaptation professionnelle de plus d'un an, l'assurée ne dispose que d'une capacité de travail de 50% dans une activité

A/1058/2012 - 15/18 - d'employée de bureau. Il est donc établi que, du point de vue professionnel, l'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 20% avant le 31 décembre 2008.

Du point de vue médical, le Prof. L\_\_\_\_\_ a attesté que, le 26 janvier 2009, l'acuité visuelle de l'assurée était en-dessous du seuil de cécité pour l'œil droit et à peine au-dessus pour l'œil gauche, l'altération du champ visuel central en rapport avec la baisse d'acuité visuelle étant un facteur limitant dans tous les travaux nécessitant une vision fine, soit notamment la lecture et l'écriture, ce qui représente une gêne majeure pour toute activité de secrétariat, sans qu'il puisse fixer le pourcentage d'incapacité de travail. Les constatations objectives qu'il a faites sont tout à fait compatibles avec la description de l'évolution de la maladie par l'assurée, le déficit visuel en cas de lumière insuffisante, dès l'âge de 38 ans, correspondant d'ailleurs à l'année à partir de laquelle l'assurée n'a plus conduit (2005). Compte tenu de l'absence de rapport médical antérieur au 31 décembre 2008, la Cour a sollicité des précisions du Prof. L\_\_\_\_\_ afin de déterminer si ses constatations objectives du 26 janvier 2009 permettaient d'établir si, en décembre 2008, l'acuité visuelle de l'assurée était déjà atteinte au point d'impliquer des limitations dans les travaux nécessitant une vision fine, de façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%). Le Prof. L\_\_\_\_\_ a répondu qu'il était certain qu'en décembre 2008, l'acuité visuelle était déjà atteinte au point d'impliquer des limitations importantes, car les examens montraient une atrophie importante de la région centrale de la rétine qui met plusieurs années à se constituer, de sorte qu'il est impossible que cette atrophie entraînant une baisse de l'acuité visuelle ait pu se constituer en quelques semaines. Ainsi, contrairement à ce que soutient la défenderesse, il n'y a pas de contradiction entre les dires de l'assurée et les explications du médecin. L'évolution n'a pas été "fulgurante", mais progressive. Le fait que la maladie de Stargardt soit évolutive et que les manifestations physiques mettent plusieurs années à se constituer, conformément à l'attestation du Prof. L\_\_\_\_\_ n'empêchent pas, conformément aux faits établis, que cette évolution ait été plutôt lente de 2000 à 2008 et plus rapide dans le courant de l'année 2008. En l'espèce, il est établi que la baisse de l'acuité visuelle a engendré, en 2008, une diminution de rendement constatée par l'employeur, la dégradation décrite par l'assurée dès le printemps 2008, et plus particulièrement dès septembre 2008, étant compatibles avec les constatations du Prof. N\_\_\_\_\_. D'ailleurs, à suivre la défenderesse, l'assurée serait passée d'une vision tout à fait compatible avec une activité de secrétaire le 31 décembre 2008 à une cécité presque totale de près le 26 janvier 2009, en totale contradiction avec les explications circonstanciées du Prof. L\_\_\_\_\_ à ce sujet. Il a déjà été relevé, au surplus, que malgré un reclassement dans une activité mieux adaptée, la capacité de travail résiduelle de l'assurée ne dépasse pas 50%, selon les constatations médicales et professionnelles de l'OAI, alors que la très faible acuité visuelle constatée le 26 janvier 2009 n'a connu ni aggravation, ni amélioration. Il est donc établi au degré

A/1058/2012 - 16/18 - de vraisemblance exigée par la jurisprudence s'agissant de dater l'incapacité, au vu de l'avis médical du Prof. N\_\_\_\_\_ et des constatations objectives de l'entourage de l'assurée qui confirment les déclarations de cette dernière, que la maladie de Stargardt dont elle souffre impliquait, avant le 31 décembre 2008, une incapacité de travail de plus de 20%, et très vraisemblablement de plus de 50% dans l'activité de secrétaire. Ainsi, c'est la défenderesse, auprès de laquelle la demanderesse était affiliée jusqu'au 31 décembre 2008 qui est compétente pour la prise en charge de ce cas d'invalidité et débitrice d'une rente d'invalidité qui devra être calculée sur la base du règlement de l'institution de prévoyance, pour un taux d'invalidité de 61%, conformément à la décision de l'OAI.

## **E. 10**

a) Le recourant qui obtient gain de cause a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA). La notion de « recourant » utilisée ne saurait être comprise dans son sens le plus strict mentionné ci-dessus ; la jurisprudence a en effet considéré que quelle que soit la qualité (en procédure cantonale) de l'assuré, il peut prétendre à des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 108 V 111). Saisi d'un litige concernant le domaine de la prévoyance professionnelle, dans lequel les procédures sont introduites non par la voie du recours, mais par celle de l'action de droit administratif, le Tribunal fédéral a également estimé que le demandeur avait droit à des dépens, et cela malgré le terme de « recourant » utilisé à l'art. 73 al. 2 LPP (ATF 126 V 143). b) L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848). b) Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurance sociale est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire, bien que cela soit moins le cas en matière LPP. Quant à l'activité de celui-ci, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion des démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires. On tiendra compte, dans ce contexte, des conséquences économiques qu'aura pour l'intéressé l'issue de la procédure (ATF 114 V 87 consid. 4 ; ATF A non publié du 23 janvier 2006, I 699/04, consid. 2). c) Dans le cas d'espèce, la demanderesse obtient entièrement gain de cause. Compte tenu du nombre d'audiences et d'écritures, mais du fait que celles-ci sont brèves et

A/1058/2012 - 17/18 - succinctement motivées, la Cour fixe les dépens dus à la demanderesse au montant de 2'500 fr.

## **E. 11**

a) Il est admis en matière de prévoyance professionnelle - à la différence de ce qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans les autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 414 consid. 5.1) - que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure ; le taux d'intérêt moratoire est de 5%, à défaut de disposition réglementaire topique (art. 104 al. 1 CO ; ATF 130 V 414 consid. 5.1 et les arrêts cités). b) En l'espèce, la défenderesse est en demeure de payer les prestations dues dès le dépôt de la demande le 5 avril 2012.

## **E. 12**

La demande est donc admise et la défenderesse est condamnée à payer à la demanderesse, avec intérêts à 5% dès le 5 avril 2012, une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 61%, dont le montant et le début du droit seront fixés conformément aux dispositions réglementaires de la CIEPP ainsi que 2'500 fr. de dépens.

A/1058/2012 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :