

GE_GERICHTE ATAS/756/2017 vom 5. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_756_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/756/2017 du 5 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/756/2017 del 5 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

a. Selon l'art. 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP – RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. La voie à suivre est celle de l'action (ATF 115 V 224 consid. 2), étant précisé que le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). À Genève, conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05) en vigueur depuis 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 [CO – RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 LPP; art. 142 du Code civil [CC – RS 210]). b. La compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie. Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (cf. MEYER–BLASER, Die Rechtsprechung vom Eidgenössischen Versicherungsgericht und vom Bundesgericht zum BVG, 2000–2004, in RSAS 49/2005, p. 258 ss). Cette compétence est également limitée par le fait que la loi désigne de manière non équivoque les parties pouvant être liées à une contestation, à savoir les institutions de prévoyance, les employeurs et les ayants droit (ATF 127 V 29 consid. 3b et les références; voir aussi MEYER–BLASER, Die Rechtswege nach dem BVG, in RDS 1987 I p. 610; Hans Rudolf SCHWARZENBACH–HANHART, Die Rechtspflege nach dem BVG, RSAS 1983 p. 174). c. En l'espèce, la demanderesse est un ayant droit au sens de l'art. 73 al. 1 LPP et l'objet du litige relève du droit de la prévoyance professionnelle, puisqu'il porte sur le droit à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse. Étant donné que le lieu de l'exploitation où la demanderesse était engagée se trouve à Genève, la chambre de céans est compétente pour connaître du litige, tant *ratione materiae* que *ratione loci*.

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 (ATAS/390/2016).

A/1568/2016 - 20/43 - La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10). Partant, elle est recevable.

E. 2.4

p. 337). d. Aux termes de l'art. 6 LCA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2006, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du

A/1568/2016 - 36/43 - sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactement déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence (art. 6 al. 3 LCA), mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA (ATF 138 III 416 consid. 6). e. En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse a été affiliée pour la prévoyance plus étendue à partir du 1er avril 2006. Le règlement en vigueur à cette époque (ci-après : règlement 2005) prévoit la possibilité pour la caisse d'exiger de tout nouveau collaborateur qu'il se soumette à un examen médical auprès d'un médecin désigné par la caisse (art. 6 ch. 1 règlement du 2005). Au vu du résultat de l'examen médical, cette dernière peut, en se référant au préavis du médecin, imposer une ou plusieurs réserves pour l'assurance invalidité et l'assurance décès ; elles seront toutefois inopérantes pour la part de prestations découlant des exigences minima de la LPP. Si l'assuré devient invalide ou décède d'une affection ayant fait l'objet d'une réserve durant la période de validité de celle-ci, les prestations d'invalidité ou de décès de la caisse sont réduites de manière définitives aux prestations minimales LPP (art. 6 ch. 2 du règlement 2005). La caisse statue au plus tard dans les soixante jours suivant l'affiliation à celle-ci. Si des réserves sont imposées, l'intéressé en sera informé par écrit ; la durée de leur validité n'excédera pas cinq ans ; leur objet sera communiqué à l'assuré par le médecin ayant procédé à l'examen (art. 6 ch. 3 du règlement 2005). Ce règlement ne comprend en revanche aucune disposition relative à la situation dans laquelle la personne à assurer omet de déclarer ou déclare inexactement un fait important sur lequel elle a été interrogée (réticence). Par ailleurs, aucune des dispositions réglementaires en vigueur au moment où la défenderesse a invoqué une réticence de la demanderesse, le 9 décembre 2011, ne vise une interdiction de se départir du contrat de prévoyance dans cette éventualité (cf. règlement de la caisse, en vigueur dès le 1er juillet 2007). Il convient par conséquent d'appliquer les règles des art. 4 ss. LCA à l'éventualité d'une réticence et aux conséquences de celle-ci.

f. Selon la défenderesse, la demanderesse aurait commis une réticence, le 15 mars 2006, au moment de compléter le questionnaire médical de la défenderesse, en déclarant notamment qu'elle ne souffrait pas de troubles ou d'affections du système nerveux ou du psychisme tels que « épilepsie [...] névrites, dépressions ou autres [...] » et en affirmant n'avoir pas, au cours des cinq dernières années, été soignée ou conseillée par un psychothérapeute (p ex.

psychiatre, psychologue), ce malgré ses antécédents psychiatriques remontant aux années nonante. De plus, il ressortait du rapport du 2 octobre 2007 de la Dresse L_____ qu'elle était suivie par le Dr

A/1568/2016 - 37/43 - M_____ depuis environ trois ans à raison d'une fois par mois avec un traitement à base de BZD (benzodiazépines) et de Truxal® qu'elle prenait tous les soirs.

Pour sa part, la demanderesse soutient notamment qu'il n'y aurait pas réticence dès lors qu'elle était dans une attitude de déni face à son anorexie, affection pour laquelle elle n'avait plus été suivie depuis près de dix ans au moment de compléter le questionnaire de la défenderesse. De plus, elle n'aurait « réellement plus consulté de psychothérapeute de 1997 à 2007 ».

Bien qu'il paraisse douteux que la demanderesse ait raisonnablement et de bonne foi pu considérer comme sans importance et passagères les consultations auprès du Dr M_____, la question de la réticence souffre de rester indécise dans la mesure où la défenderesse a omis d'exercer à temps le droit de résiliation qui en découlait. En effet, comme la demanderesse l'a relevé sans être contredite sur ce point, la défenderesse a invoqué la réticence sur la base du rapport du Dr T_____ du 29 septembre 2011, qui lui avait été adressé le même jour, de sorte qu'elle en avait pris connaissance le lendemain ou au plus tard les premiers jours du mois d'octobre 2011. Ainsi, en faisant savoir pour la première fois le 19 décembre 2011 qu'elle n'entrait pas en matière sur une rente d'invalidité en raison d'une « réticence totale », la défenderesse avait largement dépassé le délai de quatre semaines pour résilier le contrat qui la liait à la demanderesse, de sorte qu'elle était forclosée. Dès lors que la résiliation tardive du contrat entraîne le maintien de celui-ci dans sa teneur en vigueur jusqu'alors (cf. Peter GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, in RJB 2006 p. 367), la demanderesse peut en principe prétendre aussi à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle plus étendue.

E. 3

a. La novelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). 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 en principe pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle. Sur le plan matériel, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 132 III 523 consid. 4.3 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 131 V 9 consid. 1 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les références). 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).

b. Sont en principe déterminantes pour fixer le montant des prestations d'invalidité les dispositions réglementaires en vigueur au moment de la naissance du droit aux prestations et non celles qui étaient applicables au moment où a débuté l'incapacité de travail qui a entraîné l'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 2 et 3). c. En l'espèce, le présent litige concerne le droit à des prestations à compter du 1er mai 2010, de sorte qu'il sera examiné à la lumière des dispositions introduites par la première révision de la LPP et du règlement de la caisse entré en vigueur le 1er juillet 2007.

E. 4

Est litigieux le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité, plus particulièrement le point de savoir si l'événement assuré au titre de la prévoyance professionnelle est survenu pendant la période durant laquelle la demanderesse a été assurée auprès de la défenderesse.

E. 5

À titre préalable, il y a lieu de rappeler que l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail et cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 1 et 2 LPP). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (art. 10 al. 3 LPP). Si le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité tombe sur le premier jour du mois au cours duquel le délai de couverture complémentaire pour les risques d'invalidité et de décès auprès de l'institution de prévoyance du dernier employeur a commencé, et si la personne assurée a constitué, au cours de ce mois, un nouveau rapport de prévoyance auprès de

A/1568/2016 - 21/43 - l'institution supplétive, suite au chômage, pour les risques d'invalidité et de décès, la question de la compétence afférente aux prestations soit de l'institution de prévoyance de l'ancien employeur, soit de l'institution supplétive, est tranchée sur la base du jour calendrier exact de la première perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage. Si la personne assurée ne perçoit de telles indemnités qu'à partir du deuxième jour du mois – parce que le premier jour du mois tombe sur un dimanche, jour ne donnant pas droit à une indemnité de l'assurance-chômage –, le nouveau rapport de prévoyance avec l'institution supplétive ne prend naissance qu'à partir du deuxième jour du mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_793/2010 du 21 mars 2011, publié in SVR 2011, BVG n° 30 p. 114). En l'espèce, il n'est pas contesté que les rapports de travail ont commencé le 1er avril 2006 et qu'ils ont pris fin le 31 décembre 2007. La demanderesse s'est certes inscrite au chômage le 4 décembre 2007 mais un délai cadre d'indemnisation n'a été ouvert en sa faveur qu'à partir du 6 février 2008 (cf. pce 15 dem.). La demanderesse a donc été assurée auprès de la défenderesse du 1er avril 2006 au 31 janvier 2008. Pour le surplus, les développements qui suivent montrent que la question de la compétence de la défenderesse ne prête pas à discussion, l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité étant survenue un peu plus de trois mois avant le début du délai de couverture complémentaire (cf. ci-dessous : consid. 9b).

E. 6

a. Selon l'art. 23 let. a LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005, 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. L'art. 24 al. 1 let. a LPP précise que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI. Aux termes des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008 ; LAI – RS 831.20), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de

cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 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. 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

A/1568/2016 - 22/43 - 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; ATF 118 V 45 consid. 5). b. 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 des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine; consid. 2 non publié de l'arrêt 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 citées). En matière de prévoyance plus étendue, il est cependant loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion de l'invalidité différente que dans l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 120 V 106 consid. 2d). Si l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_54/2007 du 9 octobre 2008 consid. 3.1). c. En l'espèce, l'art. 29 al. 1 du règlement de la défenderesse, en vigueur au 1er juillet 2007, dispose que l'assuré qui est reconnu invalide par l'AI l'est également par la caisse dans la même mesure, pour autant qu'il ait été assuré auprès de la caisse lorsqu'a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Le règlement de la défenderesse ne s'écarte ainsi pas de la notion d'invalidité de la LAI. d. Puisque l'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1), l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure AI, 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). Pour être valablement intégrée à la procédure, l'institution de prévoyance doit avoir la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 273. consid. 3.1, 129 V 76). À défaut, le juge appelé à statuer sur le droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle examine librement la décision d'octroi de rente rendue par l'OAI à la lumière des rapports médicaux sur lesquels cette autorité s'est fondée (pour un cas d'application : arrêt du Tribunal fédéral 9C_702/2011 du 28 février 2012).

A/1568/2016 - 23/43 - De plus, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance- invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente. A défaut, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3). Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. Ainsi, en tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 et les arrêts cités). Dans ce dernier arrêt, qui concernait un assuré ayant présenté une incapacité de travail totale depuis le 29 février 2008 et qui pouvait prétendre, dans l'absolu, à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2009 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI), le Tribunal fédéral a constaté que dans la mesure où le droit à la rente ne pouvait prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations, l'assuré qui avait déposé sa demande le 10 novembre 2009, n'avait droit à une rente entière d'invalidité qu'à compter du 1er mai 2010. Partant, la Haute Cour a considéré qu'en tant que la décision du 1er septembre 2011 de l'assurance-invalidité, sous une partie intitulée « Résultat de nos constatations », contenait néanmoins la constatation que le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI avait commencé à courir le 29 février 2008, cette dernière date ne jouait aucun rôle pour fixer la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité et n'avait par conséquent aucun caractère contraignant pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt 9C_620/2012 précité consid. 2.5). En d'autres termes, le fait que l'assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n'exclut pas que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue plus d'une année auparavant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 4.1 et les références). e. En l'espèce, la demanderesse soutient que la défenderesse s'est bien vu notifier une copie de la décision du 8 décembre 2010 de la caisse de compensation, octroyant une rente entière simple d'invalidité à la demanderesse à compter du 1er mai 2010. Pour sa part, la défenderesse affirme n'avoir reçu ni le prononcé du 18 octobre 2010 de l'OAI, ni la décision du 8 décembre 2010. Quoiqu'il en soit,

A/1568/2016 - 24/43 - cette question souffre de rester indéterminée dès lors que le début du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit le 1er janvier 2008 selon les constatations de l'OAI, ne revêt pas de caractère contraignant pour la défenderesse. En effet, dans la mesure où la demande de prestations a été déposée le 20 novembre 2009 à l'OAI, soit plus de six mois après le 1er janvier 2008, elle est sans conteste tardive, quoi qu'en dise la demanderesse (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité [CIIAI] valable à partir du 1er janvier 2010, ch. 2027), de sorte que la période précédant le mois de mai 2009 ne jouait pas de rôle déterminant pour pouvoir statuer sur le droit à la

rente d'invalidité. En conclusion, la défenderesse n'est pas liée par la fixation du moment de la survenance de l'incapacité de travail par l'OAI, quand bien même les dispositions réglementaires de la défenderesse reprennent la notion d'invalidité de la LAI (cf. ATAS/702/2012 pour un cas similaire).

E. 7

a. 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. Étant donné que le versement d'une rente d'invalidité dépend de la survenance de l'incapacité de travail, la fixation la plus exacte et fiable possible du moment de cette survenance est, au vu de sa portée économique, extrêmement importante. À cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002). On ne saurait renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle. La jurisprudence du Tribunal fédéral exige pour cette raison que le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle soit prouvé « en temps réel », c'est-à-dire que la preuve ne peut pas être remplacée par des suppositions et des réflexions commerciales ou médicales spéculatives ultérieures, mais doit au contraire résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 69/06 du 22 novembre 2006, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 51/04 du 2 décembre 2004). 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 88/06 du 13 août 2007 et B 61/06 du 23 octobre 2006 ; RSAS 2007, p. 480).

A/1568/2016 - 25/43 - 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). Cependant, 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 275 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 5.4). b. La relation de connexité temporelle implique qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été

capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou dans le champ des 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 5.5 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure – en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée – se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit cependant permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a certes précisé que l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible, d'après laquelle se définit la connexité temporelle entre l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP et l'invalidité ultérieure, devait permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente, pour interrompre le lien de connexité temporelle. Cela ne signifie toutefois pas que la réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente suffise déjà à interrompre la connexité temporelle. Pour admettre une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative, que ce soit à 100 % ou à 80 % au moins (en référence au taux de 20 % [au moins] de la diminution de la capacité fonctionnelle

A/1568/2016 - 26/43 - de rendement dans la profession exercée jusque-là [cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et l'arrêt cité]). Le fait que l'intéressé soit en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) une capacité de travail (presque) entière. Il n'y a pas lieu d'accorder à ce fait une signification plus étendue ou indépendante, même à la lumière de l'ATF 134 V 20 consid. 5.3 (arrêt 9C_536/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.2.2). En d'autres termes, la connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1). Parmi les circonstances à prendre en compte pour apprécier la relation de connexité temporelle, il y a également les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré perçoit pendant une longue période des indemnités journalières de l'assurance-chômage en tant que personne à la recherche d'un emploi qui dispose d'une aptitude entière au placement (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 100/02 du 26 mai 2003 consid. 4.1 et B 18/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.2.1 in fine et les références). On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI comme principe directeur ("Richtschnur"). Conformément à

cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 p. 22 s. et les références; 123 V 262 consid. 1c p. 264; 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117; arrêt du Tribunal fédéral 9C_503/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2).

c. Selon la jurisprudence, si pendant la période à retenir pour l'appréciation de la connexité temporelle, la personne assurée ne se trouve dans aucun rapport de travail, il n'y a pas lieu d'attribuer à cette période la même signification qu'à une période où le recouvrement de la capacité de travail est prouvé par du travail réellement effectué, étant donné l'impossibilité d'examiner réellement la capacité

A/1568/2016 - 27/43 - de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). 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 ss). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 131/06 du 25 mai 2007). Il convient ainsi 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 (Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 30 ad art. 23 LPP et les références). Ceci 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. Dans cette éventualité, il n'y a pas d'interruption de la connexité temporelle lorsqu'à la suite de ce séjour hospitalier, la personne assurée n'a plus jamais recouvré une capacité entière de travail pendant une période prolongée (arrêt du Tribunal fédéral B 147/06 du 2 juillet 2007 consid. 4.2 et 4.3).

E. 8

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. 9

a. En l'espèce, la chambre de céans constate que l'invalidité de la demanderesse est due à un trouble de la personnalité émotionnellement labile décompensé (F60.31) ainsi qu'à une anorexie mentale, affections psychiques sévères apparues dès le jeune âge. Ces dernières engendrent une fragilité psychique, une intolérance

A/1568/2016 - 28/43 - à la frustration, des difficultés dans la relation avec autrui, des capacités d'adaptation réduites, de la fatigue et de la fatigabilité (cf. rapport du Dr Q_____ reçu le 15 février 2010 par l'OAI ; rapport du Dr X_____ du 12 août 2010).

Dans sa « certitude subsidiaire », la défenderesse soutient qu'elle ne serait pas tenue de prêter puisque la demanderesse aurait présenté une incapacité de travail durable de 20% au moins depuis l'adolescence. Elle en veut principalement pour preuve que depuis le début de sa carrière professionnelle en 1990, la demanderesse aurait laissé une impression mitigée à ses ex-employeurs, ce qui ressortirait de la lecture des certificats de travail versés au dossier.

Ces arguments ne sauraient être suivis. Tout d'abord, le fait que la demanderesse n'aurait pas donné satisfaction à ses précédents employeurs est discutable au regard de certaines appréciations élogieuses (cf. notamment pce 9 déf.), de la durée de certains rapports de travail antérieurs – jusqu'à six ans – et d'une carrière professionnelle dans le secteur bancaire déjà longue de vingt-six ans au moment de son entrée au service de l'employeur le 1er avril 2006. De plus, la Dresse N_____ explique dans son rapport du 8 décembre 2007 que les licenciements survenaient « en général au décours de surconsommations de médicaments », ce qui laisse entendre, au vu de la durée des emplois précédents, qu'une telle surconsommation ne constituait pas un état permanent. Sur la base de tels éléments, on ne saurait conclure à une incapacité de travail quasi-constante d'au moins 20% depuis 1990. Cela étant, et quoi qu'en dise la défenderesse, il n'apparaît pas nécessaire d'ordonner la production du décompte des soins et médicaments réglés de 1997 à 2009 par la demanderesse, ni de procéder à d'autres mesures d'instruction portant sur la période ayant précédé le 1er avril 2006, date de son entrée au service de l'employeur. En effet, il est établi que la demanderesse n'a quasiment jamais été absente pour cause de maladie entre le 1er avril 2006 et le 21 février 2007, à l'exception de deux journées les 10 et 11 novembre 2006, de deux journées les 7 et 8 novembre 2006, d'une journée le 21 novembre 2006 et d'une journée le 4 décembre 2006. Quant à l'arrêt de travail à 100% du 22 février au 17 mars 2007 (pce 18 déf.), celui-ci a été délivré par le gynécologue qui avait procédé à une intervention chirurgicale (annexectomie gauche) le 22 février 2007. Ainsi, depuis son entrée au service de l'employeur, la demanderesse a travaillé durant près d'une année sans connaître d'arrêt de travail notable qui aurait été motivé par ses troubles psychiques. Pour le surplus, l'assertion de la défenderesse, selon laquelle l'activité auprès de l'employeur constituait tout au plus une énième tentative de réinsertion professionnelle, ne repose sur aucune

explication circonstanciée. Au contraire, cette thèse est contredite à la fois par la durée d'activité exercée à plein temps sans interruption notable depuis le 1er avril 2006 et par l'absence d'indices laissant apparaître que la demanderesse aurait travaillé avec un rendement diminué ou fait l'objet de remarques ou d'avertissements de la part de l'employeur sur cette période. En effet, ce dernier n'a pas donné suite à la demande du 2 février 2016 de la défenderesse de produire « toutes pièces relatives à un manque de productivité,

A/1568/2016 - 29/43 - voire à des limitations fonctionnelles dans l'exécution du travail fourni [...] en regard du cahier des charges » mais s'est contenté de répondre que la demanderesse « présentait de sérieuses lacunes tant au niveau personnel qu'au niveau professionnel », (pce 20 déf.). Quoi qu'il en soit, une telle appréciation n'est pas suffisamment circonstanciée et ouvre la voie à un grand nombre d'explications sur les causes possibles – en particulier non médicales – des lacunes alléguées. Au demeurant, le souhait de la défenderesse que la chambre de céans entende deux collaborateurs de l'employeur en qualité de témoins ne change rien au fait que ceux-ci ne sont pas médecins et que la demanderesse n'a pour ainsi dire jamais été absente pendant presque une année à compter de son engagement. Or, selon la jurisprudence, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que l'éventualité que la situation contractuelle d'une personne déroge à la réalité peut être envisagée. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, notamment en cas de maladies évoluant par poussées (sclérose en plaques, schizophrénie, etc ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.4). À défaut de quoi, le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 4.2 et les références). À ce stade, il est donc possible de conclure que même s'il existe une relative continuité dans l'anamnèse du début des années nonante à ce jour, la question de la connexité matérielle n'a pas de portée suffisante à elle seule (cf. ci-dessus : consid. 7a in fine). En effet, même si l'on parvenait à la conclusion, à la faveur des mesures d'instruction requises par la défenderesse, que les troubles psychiques de la demanderesse avaient eu une répercussion notable sur les rapports de travail antérieurs au 1er avril 2006, cela ne changerait rien au fait que la connexité temporelle de ces troubles avec l'invalidité subséquente a pris fin en raison d'une période de travail quasi ininterrompue de près de douze mois à partir du 1er avril 2006, sans qu'il soit prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au cours de ce laps de temps, les troubles psychiques considérés aient déployé des effets pertinents en droit du travail (« arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten » ; cf. arrêt du Tribunal des assurances B 69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2). b. Il convient à présent de déterminer si l'atteinte à la santé psychique, à l'origine de l'invalidité de la demanderesse, a entraîné une incapacité de travail d'une certaine importance pendant la période au cours de laquelle la demanderesse était assurée auprès de la défenderesse pour la prévoyance professionnelle, soit jusqu'au 31 janvier 2008. Au regard des développements qui précèdent, cela revient à se pencher avant tout sur la situation telle qu'elle se présentait à partir du 23 septembre 2007, date à laquelle la demanderesse a été victime d'un accident au volant de sa voiture alors qu'elle était sous l'emprise d'une intoxication aux psychotropes (cf. rapport du 2 octobre 2007 de la Dresse L_____), événement

A/1568/2016 - 30/43 - suite auquel un certificat d'incapacité de travail totale a été établi le 24 septembre 2007 par ce même médecin (période du 23 au 26 septembre 2007) et le 5 octobre 2007 par le Dr M_____ (période du 27 septembre au 14 octobre 2007). Le 15 octobre 2007, la demanderesse n'était plus en arrêt de travail et l'employeur lui a fait signer, le même jour, une convention de fin des rapports de travail prévoyant notamment la libération immédiate de son obligation de travailler. Pour la période du 15 au 23 octobre 2007, aucun certificat n'a été versé au dossier. En revanche, une attestation couvre la période d'hospitalisation à la clinique La Métairie du 24 octobre au 30 novembre 2007 (cf. pce 36 dem.). La défenderesse ne le conteste pas mais fait valoir qu'aucune pièce au dossier n'atteste, « en temps réel », une incapacité de travail en décembre 2007 et janvier 2008. La chambre de céans constate qu'il est établi que les arrêts de travail délivrés par la Dresse L_____, le Dr M_____ et la clinique La Métairie ont bel et bien été délivrés en temps réel et pour cause de maladie. En effet, si d'un point de vue somatique, la demanderesse avait récupéré en moins de quarante-huit heures après l'accident du 23 septembre 2007 (cf. rapport du 2 octobre 2007 de la Dresse L_____), on ne peut en dire autant des aspects psychiques qui se sont manifestés à l'occasion de cet événement puisque la demanderesse a été prise en charge, dès sa sortie du centre d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG le 27 septembre 2007, par le Dr M_____ puis par la Dresse N_____, dans un premier temps à « la Métairie » du 24 octobre au 30 novembre 2007, puis en hôpital de jour du 3 décembre 2007 au 31 mai 2008 (cf. pce 36 déf.). À cela s'ajoutait, du 12 décembre 2007 au 13 mai 2008, la poursuite en ambulatoire (au Centre Phénix Envol) du programme que la demanderesse avait suivi à la clinique La Métairie (pce 40 dem.). Enfin, dans la mesure où la demanderesse signalait, en mai 2008, souffrir d'une labilité émotionnelle, de troubles alimentaires et de troubles du rythme nyctéméral, le Centre Phénix Envol avait convenu avec elle qu'elle poursuive ses soins avec le Dr Q_____ (pce 40 dem.), ce qui s'était produit dès juillet 2008. Dans un rapport du 26 novembre 2013, ce psychiatre a attesté que la demanderesse était en incapacité de travail en juillet 2008 en raison d'une problématique psychiatrique sévère. Il n'a toutefois délivré un arrêt de travail en temps réel qu'en date du 16 février 2009, pour la période du 13 au 23 février 2009, arrêt qu'il a prolongé le 23 février 2009. Dans son avis du 4 septembre 2009, le Dr S_____ a fait état d'une incapacité de travail totale et définitive depuis le 3 février 2009, précisant qu'il existait une affection chronique remontant à plus de vingt ans, n'allant pas vers une amélioration objective. Enfin, le Dr T_____, dans son rapport du 29 septembre 2011, a estimé que l'invalidité totale de l'assurée était bien en rapport, notamment avec l'accident dont elle avait été victime le 23 septembre 2007. Il est donc établi que la demanderesse a été victime d'une incapacité de travail complète du 23 septembre au 14 octobre 2007 et il ressort notamment de l'avis du Dr T_____ que la maladie à l'origine de l'incapacité de travail qui est survenue au

A/1568/2016 - 31/43 - cours de cette période est également à la base de l'invalidité, de sorte que l'existence d'une connexité matérielle entre cette incapacité de travail et l'invalidité ultérieure peut être admise. Ainsi, la question qui subsiste est de savoir s'il existe des indices permettant de conclure à la rupture du lien de connexité temporelle entre les troubles incapacitants qui se sont manifestés le 23 septembre 2007 et l'invalidité, en raison d'un retour à une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée entre le 15 et le 23 octobre 2007 ainsi qu'entre le 1er décembre 2007 et le 12 février 2009. c. La défenderesse souligne avec insistance qu'il n'existe aucun certificat médical – établi en temps réel – attestant que la demanderesse était en incapacité de travail totale entre le 1er décembre 2007 et le 12 février 2009. Il est vrai que dans le contexte particulier d'une

libération de l'obligation de travailler du 15 octobre au 31 décembre 2007, suivie d'une période de chômage, la demanderesse n'a pas produit d'arrêt de travail du 15 au 23 octobre 2007, ni pour la période postérieure au 30 novembre 2007. Cependant, la formulation d'une telle exigence va clairement au-delà des réquisits jurisprudentiels, une incapacité de travail attestée en temps réel n'étant nécessaire que pour prouver la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle. Ce point étant précisément acquis (cf. ci-dessus : consid. 9b), il reste encore à déterminer si dans la situation particulière de la demanderesse, caractérisée par le fait qu'elle n'a jamais retrouvé de travail, celle-ci a de nouveau été capable de travailler pendant une longue période au regard de l'ensemble des circonstances telles que la nature de son atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui l'ont conduite à ne pas reprendre une activité lucrative (cf. ci-dessus : consid. 7b et arrêt du Tribunal fédéral 9C_169/2009 du 1er décembre 2009 consid. 3.2). À l'examen du cas, une interruption de la connexité temporelle n'entre en tout cas pas en considération du 15 au 23 octobre 2007, ne serait-ce qu'en raison de la brièveté de cette période précédant une nouvelle incapacité de travail complète du 24 octobre au 30 novembre 2007. De plus, il ressort clairement du rapport du 8 décembre 2007 de la Dresse N_____ que « l'épisode actuel » de la maladie remontait au 23 septembre 2007. La situation qui se présente après le 30 novembre 2007 est en revanche plus difficile à apprécier, compte tenu de l'absence d'arrêt de travail jusqu'au 12 février 2009. À cet égard, la défenderesse fait valoir principalement que pour pouvoir toucher des indemnités journalières de l'assurance-chômage dès 2008 et suivre les programmes de cours et d'emplois temporaires décidés par l'OCE, la demanderesse était nécessairement apte au placement, de sorte que les indices d'une incapacité de travail feraient défaut pour l'ensemble de l'année 2008 et jusqu'au 12 février 2009. Les arguments invoqués par la défenderesse sont effectivement de nature à soulever la question d'une interruption du lien de connexité temporelle. Cela dit, il serait erroné de conclure au recouvrement d'une capacité de travail d'au moins 80% à partir du 1er décembre 2007 et cela jusqu'au 12 février 2009 sur les seules bases

A/1568/2016 - 32/43 - d'une absence d'arrêt de travail après le 30 novembre 2007 et de l'octroi d'indemnités journalières de l'assurance-chômage dès 2008. En effet, la recherche d'un emploi et le bénéfice de telles indemnités pendant plus d'une année ne prouvent nullement, à elles seules, l'existence d'une capacité de travail ininterrompue du 1er décembre 2007 jusqu'au 12 février 2009 (cf. RSAS 1996 p. 47 consid. 2h). On rappellera pour le surplus que ce n'est qu'en cas de doutes sérieux quant à la capacité de travail d'un chômeur que l'autorité cantonale peut ordonner que celui-ci soit examiné par un médecin-conseil (cf. art. 15 al. 3 LACI). En outre, si l'on s'en tenait au raisonnement de la défenderesse, on occulterait – à tort – le point de savoir si la symptomatologie de la demanderesse ayant entraîné son incapacité de travail totale dès le 23 septembre 2007 s'était effectivement amendée entre le 1er décembre 2007 et le 12 mars 2009, dans une mesure propre à lui permettre de reprendre durablement l'exercice d'une activité lucrative (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_169/2009 du 1er décembre 2009 consid. 4.3). À l'examen de la situation, il appert qu'au 30 novembre 2007, date de la fin du séjour de la demanderesse à « la Métairie » et du début de son suivi en hôpital de jour, celle-ci présentait un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives (F19.21). À sa sortie de clinique le 30 novembre 2007, elle était certes abstinente mais dans un environnement

protégé, d'où la nécessité d'un suivi en hôpital de jour jusqu'au 31 mai 2008. Cela étant, il ressort notamment du pli du 11 août 2015 de la fondation Phénix et du courrier du Dr R_____ du 31 mars 2015 que « l'abstinence », mentionnée en décembre 2007 par la Dresse N_____, était synonyme d'absence d'abus de substances psycho-actives à la faveur d'un environnement protégé mais non d'une absence de « médication forte » dans le contexte d'un état dépressif important pendant la période du 30 novembre 2007 au 12 février 2009. Il est vrai que le Dr R_____ n'est pas psychiatre et que son appréciation est partant sujette à caution en tant qu'elle constate l'incapacité de travail totale dans laquelle la demanderesse se serait trouvée sur toute cette période. Quoiqu'il en soit, le rapport du 26 novembre 2013 du psychiatre traitant, le Dr Q_____, va dans le même sens que ce médecin généraliste : « les copies des arrêts maladie que j'ai en ma possession remontent à 2009, mais la patiente a dû en recevoir bien avant par moi-même et par ses anciens médecins puisque dès son suivi à mon cabinet (juillet 2008), elle était dans l'incapacité de travailler » en raison d'une problématique psychiatrique sévère (trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, F60.31 ; anorexie mentale, F50.0 ; dépendance aux BZP, F13.25 et épisodes dépressifs récurrents, F33.1). En outre, il ne ressort pas du rapport du Dr Q_____, reçu le 15 février 2010 par l'OAI, que l'état de santé et la symptomatologie de la demanderesse se seraient améliorés entre juillet 2008 et la date d'établissement de ce rapport, en tout cas pas au point de permettre de recouvrer, ne serait-ce que partiellement, une quelconque capacité de travail, même dans une activité adaptée.

A/1568/2016 - 33/43 - Par ailleurs, la thèse selon laquelle la demanderesse aurait recouvré une capacité de travail durable entre le 1er décembre 2007 et le 12 février 2009 est également affaiblie par le fait que cette période a débouché, précisément en raison des troubles évoqués, sur une incapacité de travail totale et définitive selon les critères de l'assurance-chômage, sanctionnée par une inaptitude au placement (art. 15 LACI), le Dr S_____ allant jusqu'à dire que le fait d'être au chômage « était en partie une conséquence de son affection » (pce 24 dem.). Enfin, l'expérience non concluante du stage non rémunéré de trois mois effectué auprès de la société P_____ SA, dès avril 2008, en particulier l'appréciation du président du conseil d'administration de cette dernière, évoquant de nombreux jours d'absence, des rapports et présentations non exécutés, « tant sa capacité de travail semblait diminuée », accréditent la persistance de troubles incapacitants entre la sortie de clinique le 30 novembre 2007 et juillet 2008, début du suivi hebdomadaire de la demanderesse par le Dr Q_____. On rappellera à cet égard que selon le rapport du 12 décembre 2013 du Dr U_____, la Dresse N_____ a continué à s'occuper du suivi de la demanderesse en hôpital de jour du 3 décembre 2007 au 31 mai 2008 et qu'en parallèle, soit du 12 décembre 2007 au 13 mai 2008, cette dernière se faisait délivrer tous ses traitements par le Centre Phénix Envol « afin de prévenir leur mésusage » (pce 40 déf.). L'ensemble de ces indices tend à démontrer que la symptomatologie ayant entraîné l'incapacité de travail dès le 23 septembre 2007 ne s'est pas amendée pendant la période du 1er décembre 2007 au 12 février 2009 dans une mesure propre à permettre à la demanderesse de reprendre durablement l'exercice d'une activité adaptée à au moins 80%. Il n'est pas non plus prouvé qu'elle ait présenté une capacité de travail d'une durée de trois mois (art. 88a al. 1 RAI par analogie) sans interruption notable au cours de cette période. Pour le surplus, le stage bénévole de trois mois, effectué au sein de l'entreprise P_____ SA sous le régime de l'assurance-chômage, peut être qualifié au mieux de tentative de réinsertion ayant échoué. Ainsi, il existe suffisamment d'indices objectifs qui permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail

survenue le 23 septembre 2007 et l'invalidité survenue postérieurement.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les troubles psychiques – qui sont la cause de l'invalidité à 100% de la demanderesse – ont entraîné une incapacité de travail totale à compter du 23 septembre 2007. À cette date, la demanderesse était assurée auprès de la défenderesse. Dans ces circonstances, il convient d'admettre que la condition d'assurance posée par l'art. 23 LPP est réalisée, de sorte qu'en application de l'art. 26 al. 1 LPP, la demanderesse peut prétendre au moins à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire à compter du 1er mai 2010, rien ne permettant de s'écarter de la décision de l'assurance-invalidité sur ce point (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 6.5).

A/1568/2016 - 34/43 -

E. 11

a. Dès lors qu'il est établi que la demanderesse a droit à une rente d'invalidité à titre de prestations minimales obligatoires selon la LPP (art. 6 LPP), il reste à déterminer son droit à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle plus étendue (art. 49 LPP), soit le droit à une rente d'invalidité réglementaire et à un capital-invalidité. Il s'agit, en particulier, d'examiner si la défenderesse a nié ce droit à juste titre en considérant qu'elle était fondée à se départir du contrat de prévoyance relatif à la prévoyance surobligatoire en raison d'une réticence de la demanderesse, soit que celle-ci n'avait pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation.

b. Les caisses sont habilitées à restreindre la protection conférée par la couverture d'assurance surobligatoire en instaurant une réserve pour raisons de santé – aux conditions posées par l'art. 14 LFLP, qui ne sont pas déterminantes en l'espèce. Selon l'art. 331c CO, les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. La durée de ces réserves est de cinq ans au plus. Selon la jurisprudence, dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue, une réserve avec effet rétroactif n'est pas valable, même dans le cas où l'assuré n'a pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation – ce qui amène l'institution de prévoyance à ne pas formuler de réserve pour raisons de santé – et que l'institution de prévoyance découvre après coup la réticence de son assuré. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 331c CO, et donc la possibilité d'émettre une réserve pour raisons de santé, ne vaut que pour les réserves que l'institution de prévoyance a émises lors de l'entrée de l'assuré dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 4.4 ; cf. aussi Hermann WALSER, op. cit. ad art. 14 LFLP, p. 1541 n. 10). Ainsi, lorsque l'assuré viole son devoir de renseigner et que l'institution de prévoyance l'apprend après coup, elle ne peut corriger la situation qu'en se départissant du contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 in fine), sous réserve du cas particulier dans lequel le règlement ou les statuts en vigueur au moment de la déclaration de résiliation interdisent une telle résiliation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2011 consid. 3c). En

l'absence de telles dispositions, les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence, par application analogique des art. 4 ss de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA – RS 221.229.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1). c. Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les

A/1568/2016 - 35/43 - faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 ; 116 V 218 consid. 5a et les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b et les arrêts cités). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur (ATF 126 III 10 consid. 2b ; 136 III 334 consid.

E. 12

a. Sont en principe déterminantes pour fixer le montant des prestations d'invalidité les dispositions réglementaires en vigueur au moment de la naissance du droit aux prestations et non celles qui étaient applicables au moment où a débuté l'incapacité de travail qui a entraîné l'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 2 et 3). Étant donné que la demanderesse a droit à des prestations d'invalidité à compter du 1er mai 2010, ce droit doit être examiné à la lumière du règlement de la caisse entré en vigueur le 1er juillet 2007 (ci-après : règlement 2007).

b. Selon l'art. 29 ch. 1 règlement 2007, l'assuré qui est reconnu invalide par l'AI est également reconnu invalide par la caisse dans la même mesure, pour autant qu'il ait été assuré auprès de la caisse lorsqu'a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Aux termes de l'art. 30 ch. 1 du règlement 2007, le droit à la rente temporaire d'invalidité de la caisse prend naissance le jour de l'ouverture du droit à la rente AI et s'éteint le jour où cesse le droit à la rente AI, au plus toutefois au jour de la retraite ordinaire, l'assuré ayant droit, dès cette date, à la rente de retraite.

A/1568/2016 - 38/43 -

Selon l'art. 31 du règlement 2007, le montant annuel de la rente complète d'invalidité est égal à l'avoir de retraite projeté multiplié avec le taux de conversion applicable à l'âge de la retraite ordinaire (ch. 1). L'avoir de retraite projeté est égal à l'avoir de retraite constitué le jour de la reconnaissance de l'invalidité, augmenté des bonifications avec intérêts au taux fixé dans l'annexe qui auraient été attribuées jusqu'au jour de la retraite ordinaire si l'assuré était resté en service jusqu'à cette date en conservant son dernier traitement cotisant (ch. 2).

À teneur de l'art. 32 du règlement 2007, le droit à la libération des cotisations commence et prend fin en même temps que le droit à la rente temporaire d'invalidité. En cas d'invalidité partielle, la libération des cotisations s'applique à la partie invalide du traitement cotisant (ch. 1). Pendant la libération des cotisations, les cotisations de l'assuré invalide et les cotisations de l'employeur pour cet assuré sont à charge de la caisse. Les cotisations personnelles de l'assuré invalide s'ajoutent à la somme de ses cotisations personnelles. L'avoir de retraite de l'assuré est crédité des bonifications de retraite déterminées sur la base du dernier traitement cotisant (ch. 2).

c. En l'espèce, les notions d'invalidité et d'évènement assuré, définies par l'art. 29 ch. 1 du règlement 2007, sont identiques à celles de l'art. 23 LPP. Puisqu'il est établi que la demanderesse remplit les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire, celle-ci peut effectivement prétendre à une rente d'invalidité réglementaire de la part de la défenderesse.

La demanderesse soutient principalement que les indications nécessaires au calcul de la rente à laquelle elle peut prétendre ne figurent pas sur sa fiche d'assurance au 1er janvier 2007 et qu'on n'y trouve notamment pas l'avoir de retraite projeté, de sorte qu'elle est dans l'impossibilité de chiffrer ses conclusions, contrairement à ce qu'elle avait prévu initialement pour un stade ultérieur de la procédure. Le calcul de la rente d'invalidité selon le règlement 2007 lui paraissant complexe de surcroît, elle sollicite que soit ordonnée une expertise actuarielle pour en déterminer le montant, dite expertise étant aussi nécessaire pour chiffrer le montant des cotisations dues en vertu de l'art. 32 du règlement 2007. Enfin, elle conclut à ce qu'il soit préalablement ordonné à la défenderesse de produire les décisions de son conseil de fondation relatives à l'adaptation des rentes à l'évolution des prix depuis l'année 2007. c/aa. L'art. 73 al. 1 LPP ne permet pas au juge de la prévoyance professionnelle de renvoyer la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision à l'institution de prévoyance, une telle mesure étant exclue dans une procédure caractérisée précisément par l'absence de décision (ATF 129 V 450 consid. 4.2). Compte tenu de la maxime de disposition, il est laissé à l'appréciation de la demanderesse de définir l'objet du litige qu'elle entend soumettre au tribunal compétent en matière de prévoyance professionnelle. Lorsque, comme c'est généralement le cas, la demande en justice se limite à faire valoir un droit à des

A/1568/2016 - 39/43 - prestations obligatoires et/ou surobligatoires quant à leur principe, le tribunal n'a pas la possibilité d'étendre le litige aux points qui n'en font pas partie, à savoir la quantification des prestations en CHF des prétentions qu'il a admises le cas échéant.

Selon l'art. 73 al. 2 LPP, il doit établir les faits d'office seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la demanderesse. La maxime inquisitoire ne saurait servir à étendre le litige à des points qui ne font pas l'objet de la demande. En revanche, lorsque les prestations déduites en justice sont chiffrées, le tribunal compétent *ratione materiae* doit se prononcer sur le début et le montant des prestations qu'il admet puisque ces éléments font alors partie du litige (ATF 129 V 450 consid. 3.2 et 3.3). Lorsque le tribunal cantonal saisi a rendu une décision sur la prétention litigieuse réclamée uniquement quant à son principe et qu'il ne s'agit plus que de calculer les prestations dues, on ne voit pas pourquoi – indépendamment du fait que la quantification des prestations ne fait pas partie de l'objet de la contestation – le tribunal saisi devrait procéder à des calculs dont il n'a pas été question au départ. Il appartient plutôt à l'institution de prévoyance – qui, contrairement au juge, dispose de tous les moyens nécessaires y compris informatiques – de déterminer le montant des prestations dues en fonction de l'issue de la procédure judiciaire. Une telle façon de procéder est conforme aux principes de simplicité et de célérité de la procédure prévus à l'art. 73 al. 2 LPP. Il convient également de prendre en compte le fait que les institutions de prévoyance sont chargées de l'exécution de tâches de droit public et qu'elles sont placées sous la surveillance de l'État. Il leur incombe par ailleurs d'appliquer la maxime inquisitoire et de s'en tenir au respect des droits fondamentaux garantis par la Constitution (même arrêt consid. 3.4). c/bb. Dans le cas concret, la demanderesse n'a pris de conclusions chiffrées contre la défenderesse dans aucune de ses écritures, que ce soit pour la rente stricto sensu ou pour des éléments susceptibles d'influencer le montant de cette dernière : « condamner la caisse [...] à verser sur le compte LPP [de la demanderesse] des montants qui seront précisés dans le cadre d'un prochain échange d'écriture ». La chambre de céans n'ayant pas pour vocation d'assister la demanderesse dans l'articulation de telles conclusions chiffrées, il n'y a pas lieu de donner suite à sa demande d'expertise actuarielle. En effet, la possibilité et l'opportunité d'une telle mesure devraient être examinées tout au plus dans le cadre d'une procédure ultérieure si les parties ne parvenaient pas à s'entendre sur le montant exact de la rente d'invalidité réglementaire admise dans son principe par le présent arrêt (pour une solution similaire : ATF 129 V 450 consid. 4). Pour les mêmes raisons, il est non moins superfétatoire, en tout cas à ce stade, d'ordonner la production d'autres documents que la demanderesse estime nécessaires pour pouvoir chiffrer ses prétentions. d. La demanderesse précise toutefois qu'il y a lieu de condamner la défenderesse au paiement d'une rente d'invalidité rétroactivement au 1er mai 2010,

A/1568/2016 - 40/43 - cela avec un intérêt à 5% sur chaque prestation mensuelle échue dès la date de son exigibilité. En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure. À défaut de disposition réglementaire topique, le taux intérêt moratoire est de 5% conformément à l'art. 104 al. 1 CO. En matière de rentes, l'intérêt moratoire n'est dû qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice (art. 105 al. 1 CO par analogie ; ATF 119 V 131 consid 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_35/2011 consid. 6.6). Selon l'art. 21 ch. 2 let. a du règlement 2007, un intérêt moratoire est dû, en cas de versement de rentes, à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. Le taux d'intérêt correspond au taux minimal LPP. La demande en justice ayant été déposée le 18 mai 2016, des intérêts moratoires ne peuvent pas être octroyés avant cette date, ni dépasser le pourcentage de 1.25%, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral pour 2016 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. i de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [OPP 2] du 18 avril 1984 – RS 831.441.1). Selon l'art. 12 let. j OPP 2, ce taux a été réduit à

1% pour 2017.

E. 13

a. La demanderesse conclut enfin à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.-, avec un intérêt à 5% dès le 1er mai 2010.

Selon l'art. 43 ch. 1 du règlement 2007, si l'invalidité ou le décès survient plus de cinq ans avant l'ouverture du droit à la retraite ordinaire, le montant du capital est égal à : - 100% du dernier traitement cotisant en cas d'invalidité ou de décès à la suite d'un accident (let. a) ; - 200% du dernier traitement cotisant en cas d'invalidité ou de décès à la suite de maladie (let. b). L'art. 11 ch. 1 du règlement 2007 précise que le traitement cotisant est égal au traitement déterminant. En cas d'invalidité, le capital est versé à l'assuré. Le paiement du capital intervient le jour où est versée la première rente d'invalidité de la caisse (art. 41 du règlement 2007). Enfin, l'art. 21 ch. 2 let. b du règlement 2007 précise qu'un intérêt moratoire est dû, en cas de versement d'un capital, à partir de son exigibilité. Le taux d'intérêt correspond au taux minimal LPP. b. En l'espèce, le dernier traitement de la demanderesse s'élevait à CHF 106'920.- (pce 17 déf.). Son invalidité étant survenue à la suite d'une maladie et plus de cinq ans avant l'ouverture du droit à la retraite ordinaire, elle a droit à un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.- (200% de CHF 106'920.-). Étant

A/1568/2016 - 41/43 - donné que ce capital est dû à la même date que la première rente d'invalidité, soit le 1er mai 2010, la somme de CHF 213'840.- porte intérêts, dès cette date, au taux de 2%, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral pour 2010 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. f OPP 2).

E. 14

La demande en paiement est donc partiellement admise, en ce sens que la défenderesse sera condamnée à verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle (obligatoire et surobligatoire) dès le 1er mai 2010, avec intérêts à 1.25% l'an dès le 18 mai 2016 sur les prestations échues à cette date et dès la date de leur exigibilité sur les prestations suivantes relatives à 2016, ce taux étant ramené à 1% l'an dès la date de leur exigibilité sur les prestations relatives à 2017.

La défenderesse sera également condamnée à verser à la demanderesse un capital- invalidité d'un montant de CHF 213'840.- avec intérêts à 2% l'an dès le 1er mai 2010.

E. 15

La demanderesse, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la chambre de céans fixera en l'espèce à CHF 4'500.- (art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). *****

A/1568/2016 - 42/43 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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