

## **GE\_GERICHTE ATAS/980/2009 vom 23. Juli 2009**

GE Cour de justice, 2009-07-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_980\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_980_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/980/2009 du 23 juillet 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/980/2009 del 23 luglio 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi que des prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations du 30 mars 1911; art. 52, 56a al. 1, 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 – LPP; art. 142 du Code civil suisse du 10 décembre 1907).

#### **E. 2**

Par ailleurs, le for (impératif) 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). En l'espèce, le lieu d'exploitation dans laquelle la demanderesse avait été engagée se trouve à Genève.

Le Tribunal de céans est ainsi compétent à raison de la matière et du lieu pour statuer en l'espèce.

#### **E. 3**

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (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. 4**

Le litige porte sur le droit de la demanderesse à réclamer des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle telles que figurant sur le certificat de prévoyance du 31 mars 2008, faisant notamment état d'une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr. En particulier, il convient d'examiner si le GMP s'est valablement prévalu de la réserve prévue par l'art. 4 de son règlement pour s'opposer au versement de prestations d'invalidité au titre de la prévoyance surobligatoire.

A/3556/2008 - 14/24 -

#### **E. 5**

Préalablement, il convient de relever que, contrairement à ce que semble admettre la demanderesse, la réserve d'assurance litigieuse grève en l'occurrence uniquement les prestations découlant de la prévoyance surobligatoire, et non de la prévoyance minimale LPP, étant à cet égard relevé que le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire a été dûment reconnu par le défendeur, lequel a d'ailleurs commencé à verser les prestations correspondantes, dès le 3 juillet 2008. En effet,

il ressort de l'art. 4 du Règlement de prévoyance, intitulé « Réserves de santé » (cf. ci-dessous, § 8), que la réserve litigieuse se rapporte exclusivement aux prestations excédant celles rachetées, c'est-à-dire à celles qui seront couvertes par l'accroissement de l'avoir de prévoyance accumulé à partir du moment de l'entrée dans la nouvelle institution (comp. ATF du 20 novembre 2007, B 151/06, consid. 4). Pour le surplus, on rappellera que, dans l'assurance obligatoire des salariés en vertu de la LPP, les institutions de prévoyance n'ont pas le droit d'instaurer des réserves qui seraient justifiées par un état de santé déficient de leurs assurés, de telles réserves étant en revanche admissibles dans le domaine de la prévoyance plus étendue, ainsi qu'en matière de prévoyance facultative (ATF 123 V 262, consid. 2c).

## **E. 6**

Dans les limites de la LPP, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). En ce qui concerne la prévoyance plus étendue, elles doivent tenir compte des dispositions de la LPP expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP. Les institutions de prévoyance doivent également se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 115 V 109 consid. 4b).

Jusqu'à la fin de l'année 1994, les institutions de prévoyance étaient autorisées à introduire des réserves non limitées dans le temps dans le domaine de la prévoyance plus étendue. Selon l'art. 331c CO, dans sa nouvelle teneur selon le chiffre 2 de l'Annexe à la loi du 17 décembre 1993 sur le libre passage, en vigueur depuis le 1er janvier 1995, les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raison de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. La durée de ces réserves est de cinq ans au plus. Par ailleurs, la réserve doit être communiquée au candidat à l'assurance et indiquer explicitement l'atteinte à la santé pour laquelle elle est instaurée ainsi que ses effets dans le temps. Cela permet en particulier, en cas de changement ultérieur d'institution de prévoyance, de savoir quelle institution répond d'une atteinte à la santé déjà existante (consid. 4.3 de l'arrêt M. du 24 novembre 2003, B 110/01, publié in SVR 2004 BVG n° 13 p. 41).

A/3556/2008 - 15/24 -

En adoptant les dispositions précitées, le législateur a atténué l'obstacle au maintien de la prévoyance que constituaient des réserves non limitées dans le temps, en restreignant leur validité à cinq ans au maximum (voir Christiane Brunner / Jean-Michel Bühler / Jean-Bernard Waeber / Christian Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 3ème éd., note 1 ad art. 331c). En outre, les art. 331c CO et 14 al. 2 LFLP sont également applicables aux rapports de travail de droit public de la Confédération, des cantons et des communes (art. 342 al. 1 let. a CO; ATF 125 V 172 consid. 3a).

## **E. 7**

En l'espèce, le GMP est une institution de prévoyance qui pratique la prévoyance obligatoire et plus étendue (institution dite enveloppante). En outre, comme on vient de le voir, l'objet du litige porte sur l'application de la réserve litigieuse à la seule prévoyance surobligatoire.

## **E. 8**

Dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue (sur cette notion, voir par exemple ATF 122 V 145 consid. 4b), l'assuré est lié à l'institution de prévoyance par un

contrat innommé (sui generis) dit de prévoyance, dont le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé, à savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concludants (p. ex. en conservant le règlement reçu, en payant des cotisations ou en acceptant la déduction correspondante sur son salaire). L'interprétation du règlement doit dès lors se faire selon les règles générales qui sont applicables pour interpréter les contrats (ATF 122 V 145 consid. 4b et les références). Il en va de même de l'interprétation des statuts, en tant que contenu préformé du contrat de prévoyance (ATF 9C\_874/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les arrêts cités).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, une réserve constitue une restriction individuelle, concrète et limitée dans le temps de la couverture d'assurance dans un cas particulier (ATF 127 III 238 consid. 2c). La réserve pour raisons de santé doit être formulée de manière explicite, indiquer la période durant laquelle elle s'applique et être communiquée à l'intéressé avec l'admission dans l'institution de prévoyance (SVR 2004 BVG n. 13 p. 41 consid. 4.3).

### **E. 9**

Sous le titre « Réserves de santé », l'art. 4 du Règlement de la fondation prévoit la possibilité d'instituer une réserve limitée à cinq ans. Cette disposition a la teneur suivante :

« Au vu des prestations de risque invalidité et décès excédant celles rachetées par la prestation de libre passage LPP apportée à l'entrée par l'assuré, la fondation peut exiger de l'assuré qu'il se soumette à un examen médical, auprès d'un médecin reconnu par elle et à ses frais.

Si l'examen médical révèle que le risque est accru, l'admission dans la fondation peut être assortie d'une ou plusieurs réserve de santé pour la part

A/3556/2008 - 16/24 - des prestations de risque dépassant celles rachetées par la prestation de libre passage apportée lors de l'entrée, les prestations minimales selon la LPP restent garanties dans tous les cas. Elles seront communiquées à l'intéressé par écrit, avec l'énoncé de leur objet.

La durée des réserves n'excédera pas cinq ans, le temps de réserve éventuellement déjà écoulé dans l'ancienne institution de prévoyance inclus. Si un événement assuré en lien avec l'objet de la réserve survient durant cette période, seules les prestations légales minimales rachetées par la prestation de libre passage LPP seront versées (...).

Tant que tous les documents utiles à l'examen du risque n'ont pas été remis à la fondation, seule la couverture légale minimale est accordée. Si un événement assuré survient durant cette période et qu'il est dû à une cause qui existait avant l'affiliation, seule les prestations légales minimales de la LPP sont accordées.

(...).

Sur le vu de cette disposition réglementaire, une réserve peut ainsi être instaurée pour la partie surobligatoire pour des raisons de santé et cela sans même que la capacité de travail soit réduite au moment de l'admission.

### **E. 10**

Tout d'abord, il s'agit de déterminer si l'institution d'une réserve pour les prestations supérieures à la prévoyance minimale en raison d'un état de santé défectueux doit être examiné à la lumière des dispositions réglementaires (art. 4 Règlement), comme le soutient

la fondation, ou à celle de l'art. 2 al. 2 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), par analogie, comme l'affirme la demanderesse.

### **E. 10.1**

Selon la jurisprudence et la doctrine, si les rapports existant entre une institution de prévoyance et un assuré ne sont pas régis par la LCA, cette loi n'en trouve pas moins application par analogie et à titre subsidiaire dans la prévoyance plus étendue (ATF 9C\_117/2007, consid. 4 ; ATF 116 V 218 consid. 4b p. 225; Hermann Walser, Weitergehende berufliche Vorsorge, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle 2007, p. 2111 ch. 69).

### **E. 10.2**

Aux termes de l'art. 2 al. 1 LCA, « est considérée comme acceptée la proposition de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les quatorze jours après qu'elle lui est parvenue ». L'art. 2 al. 2 LCA dispose quant à lui que « lorsqu'un examen médical est exigé par les conditions générales de l'assurance, la proposition est considérée comme acceptée, si A/3556/2008 - 17/24 - l'assurance ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue ».

### **E. 11**

En l'occurrence, la position de la demanderesse (applicabilité de l'art. 2 al. 2 LCA) ne peut être suivie. En effet, au moment où le GMP a communiqué à l'intéressée (le 9 mars 2006) que son affiliation serait grevée d'une réserve, les rapports de prévoyance pour les prestations supérieures aux montants correspondant aux dispositions minimales n'étaient pas encore donnés, puisque ceux-ci étaient subordonnés aux conditions de la procédure d'admission. Une application de l'art. 2 al. 2 LCA (même par analogie) n'entraîne dès lors pas en considération, cette norme ne pouvant s'appliquer qu'aux contrats existants (cf. ATF 9C\_117/2007, consid. 5 ; Gerhard Stoessel, in Honsell/Vogt/Schnyder [éd.], Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht [Basler Kommentar], Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Bâle 2001, no 8 ad art. 2). On ne voit d'ailleurs pas quelle autre disposition de la LCA pourrait entrer en considération en l'espèce, par analogie ou à titre subsidiaire. Dans cette phase d'admission, l'institution de prévoyance était ainsi en droit, comme elle l'a fait et conformément à ses dispositions internes, de formuler une réserve sans devoir respecter des délais péremptoires et de ne pas accorder la couverture d'assurance avant d'en donner confirmation à l'assurée. On ne saurait en effet poser des exigences par trop sévères dans ce domaine, celui de la prévoyance professionnelle plus étendue, où il n'existe aucune obligation de contracter (cf. Hans Michael Riemer/Gabriela Riemer-Kafka, Das Recht der beruflichen Vorsorge in der Schweiz, 2ème éd., Berne 2006 p. 107 no 17). Tout au plus, l'institution de prévoyance aurait pu se référer à l'art. 9 LCA, plus défavorable à l'intéressée, qui prévoit la nullité du contrat lorsque le risque est déjà survenu (comp. ATF du 16 mai 2008, 9C\_117/07, consid. 5).

Il y aurait éventuellement lieu de se demander quel serait le sort du litige au cas où l'institution de prévoyance aurait agi dans des délais manifestement trop longs. Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce, contrairement à ce qu'affirme la demanderesse. En effet, on peut considérer que la proposition d'assurance est entrée dans la sphère de l'institution de prévoyance au plus tard le 14 décembre 2005 (respectivement le 17 janvier 2006), dates

auxquelles le GMP a adressé, en vain, au Dr M \_\_\_\_\_ deux courriers en lui demandant de fournir des renseignements médicaux sur sa patiente. Or, l'institution a communiqué à l'intéressée que l'affiliation serait grevée d'une réserve le 9 mars 2006, soit dans un délai raisonnable au sens de ce qui vient d'être exposé.

En tout état, on ne peut reprocher au GMP d'avoir agi tardivement, si l'on tient compte du fait que l'employeur a déposé sa demande d'admission le 18 octobre 2005, que la demanderesse lui a envoyé le questionnaire médical

A/3556/2008 - 18/24 - ad hoc le 7 décembre 2005 et que la confirmation d'affiliation est intervenue le 9 mars 2006.

#### **E. 12**

Partant, il y a lieu d'admettre que le défendeur pouvait grever l'affiliation de la demanderesse d'une réserve pour la partie subrogatoire.

#### **E. 13**

Reste à examiner si, sur le fond, la réserve (provisoire) du 9 mars 2006, formulée en vertu de l'art. 4 du Règlement, a été valablement appliquée en l'occurrence.

A cette date, le défendeur ne disposait pas, malgré deux requêtes adressées au médecin traitant de l'assurée (le Dr M \_\_\_\_\_), des éléments médicaux utiles pour lui permettre d'apprécier si les conditions d'affiliation à la prévoyance plus étendue étaient réalisées. A cela s'ajoute que, dans le questionnaire médical qu'elle a envoyé au GMP le 7 décembre 2005, la demanderesse n'avait pas même signalé à l'institution de prévoyance (en violation de son obligation d'informer : art. 4 LCA, appliqué à titre subsidiaire) qu'au moment d'entrer en service auprès de X \_\_\_\_\_ SA, elle était également suivie par la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, depuis juillet 2004. A cet égard, elle a inscrit de façon incomplète, sinon tendancieuse, sur ledit questionnaire médical, qu'elle avait bénéficié d'un « soutien psychologique », et non pas d'un traitement psychothérapeutique, terme qu'elle a biffé à la main. Or, selon le rapport de sa psychiatre traitante du 25 février 2007 à l'OCAI, l'intéressée avait en particulier suivi un traitement psychothérapeutique depuis décembre 2003, respectivement depuis juillet 2004 (date de la prise en charge par la Dresse L \_\_\_\_\_) jusqu'en février 2006, respectivement au printemps 2006, dates auxquelles le suivi psychiatrique, puis la médication psychotrope avaient été interrompus. De plus, l'assurée a laissé entendre qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès 2005, alors que, selon le rapport médical de la Dresse L \_\_\_\_\_ au GMP du 10 octobre 2007, l'incapacité de travail avait perduré jusqu'au 30 juin 2005. De surcroît, - jusqu'à son empêchement de travailler survenu en juillet 2006 -, la demanderesse n'a pas davantage transmis les renseignements médicaux demandés par l'assureur. Or, selon l'art. 4 du Règlement, l'assurance des prestations de risque invalidité excédentaires (ce par quoi, on l'a vu plus, haut, il faut entendre les prestations de la partie subrogatoire) dépendait expressément de la production préalable de « tous les documents utiles à l'examen du risque », ce qui permettait naturellement au GMP de mettre en oeuvre toutes les mesures d'instruction nécessaires (par exemple un examen médical), afin de connaître précisément l'état de santé de la demanderesse.

#### **E. 14**

Sous cet angle, on ne saurait valablement reprocher à la fondation d'avoir émis une réserve (provisoire) insuffisamment précise au regard de la

A/3556/2008 - 19/24 - jurisprudence précitée (cf. supra, § 8), en englobant « toute pathologie ayant un lien avec toutes maladies déjà existantes, ainsi que leurs suites et conséquences ». En effet, quelle que soit la formulation de la réserve, il y a lieu de constater que la fondation en a donné une interprétation conforme à l'art. 4 de son règlement, en expliquant à l'intéressée que faute d'avoir reçu les informations médicales requises, elle lui accorderait uniquement la couverture minimale LPP.

#### **E. 15**

Partant, force est de constater que la réserve en cause était sans autre opposable à la demanderesse, si bien que le GMP n'est pas tenu de lui verser des prestations d'invalidité excédant les prestations légales minimales de la LPP. Ces dernières consistent en l'espèce en une rente annuelle d'invalidité de 8'283.40 fr., dès le 3 juillet 2008 (compte tenu d'une incapacité de gain de 100% dès le 3 octobre 2006), dont le montant n'est par ailleurs pas contesté.

#### **E. 16**

Certes, le certificat de prévoyance professionnelle de l'assurée, du 31 mars 2008, mentionnait le versement d'une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr. (équivalant au 40% du salaire annuel AVS, conformément au plan de prévoyance). Ce plan d'assurance ne correspond toutefois manifestement pas à un plan minimum LPP, dès lors que la rente d'invalidité réglementaire excède la rente minimale légale. En effet, comme l'a relevé le défendeur, celle-ci était largement plus avantageuse que celle découlant de la LPP, dès lors qu'elle était calculée en pourcentage du salaire et non en pour-cent de l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré au moment où celui-ci atteint l'âge ouvrant le droit à une rente (art. 14 et 24 LPP). La demanderesse en convient d'ailleurs (implicitement), puisqu'elle estime que la rente réclamée est « élevée par rapport au salaire assuré ». Or le certificat en question précise bien que, « pour le montant et le droit aux prestations, seules les dispositions contractuelles et réglementaires font foi. Les éventuelles réserves de santé ou exclusions notifiées séparément s'appliquent de manière prioritaire » (souligné par le Tribunal). Partant, dans la mesure où, comme on vient de le voir, la réserve prévue à l'art. 4 du Règlement est opposable à la demanderesse, cette dernière ne saurait tirer aucun avantage dudit certificat. Au demeurant, selon la jurisprudence fédérale, en cas de divergence, quant aux montants assurés, entre le contrat d'assurance, singulièrement le certificat de prévoyance, et le règlement, c'est ce dernier qui, logiquement, fait foi (ATF 115 V 96, consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral du 11 mars 1980, publié dans la SZS 1982 p. 75; RIEMER, Berufliche Vorsorge, p. 104, note 21).

En tout état, le certificat de prévoyance litigieux n'est d'aucun secours à la demanderesse, dès lors que le droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire et son étendue sont entièrement déterminés d'après les dispositions de la loi, indépendamment d'un montant erroné figurant sur le certificat d'assurance (ATF du 12 février 2009, 9C\_780/2007, consid. 4.1).

A/3556/2008 - 20/24 -

Cela étant, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la requête de la demanderesse visant à la communication de « tous les contrats de réassurances susceptibles de couvrir les prestations d'invalidité », dans la mesure où l'assurée entend ainsi se renseigner sur la possibilité pour elle d'obtenir des prestations d'invalidité supérieures au minimum légal (soit une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr.), prestations auxquelles elle n'a pas droit.

## E. 17

La demanderesse fait par ailleurs valoir que l'incapacité de travail survenue en été 2006 ne résultait pas d'une maladie déjà existante, mais d'un surmenage professionnel, des atteintes à sa personnalité (disqualifications répétées) dont elle avait été victime de la part de son employeur et d'une affection cardiaque (liée au burn out). Dans ces conditions, selon elle, une éventuelle réserve ne pouvait, de toute façon, pas faire obstacle au versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle pour la partie subobligatoire.

En l'espèce, il ressort du dossier AI que, par décision du 10 janvier 2008, la demanderesse a été mise au bénéfice d'une nouvelle rente d'invalidité en raison d'une incapacité de travail de même origine (troubles anxio-dépressifs) que celle ayant donné lieu à l'octroi d'une rente AI entière du 9 décembre 2004 au 31 mai 2005. En particulier, dans son rapport à l'OCAI du 25 février 2007, la Dresse L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), des troubles anxieux mixtes (anxiété généralisée, symptômes compulsifs de type panique) (F41.3), ainsi qu'une modification durable de la personnalité (traits anxieux et anankastiques) (F62.9). Dans son précédent rapport à l'OCAI du 13 février 2005, cette praticienne avait par ailleurs attesté que face à l'intensité et la persistance des troubles psychiatriques présentés, le pronostic était très réservé à moyen voire à long terme. Une récupération totale de la capacité de travail n'était pas envisageable à court et moyen terme. L'état psychologique de la patiente restait précaire et elle ne pouvait faire face à la gestion du quotidien qu'avec difficulté. Son état psychologique restait précaire et elle ne pouvait faire face à la gestion du quotidien qu'avec difficulté. Les stimulations étaient des facteurs d'aggravation de son état psychologique. Dans un précédent rapport du 20 août 2004 adressé à la WINTERTHUR (assurance perte de gain conclue par l'UEFA), la Dresse L\_\_\_\_\_ avait précisé que « toute stimulation, même mineure, est source d'exacerbation des troubles psychiatriques ». Dans un rapport du 28 mars 2005, le Dr M\_\_\_\_\_, après avoir rappelé que la patiente souffrait d'une dépression grave depuis 2003 ayant entraîné une incapacité totale de travailler, avait, en outre, expressément souligné que sa patiente ne pourrait exercer une activité à mi-temps, voire à 60% ou 75%, dans le domaine exercé jusque-là, qu'à la

A/3556/2008 - 21/24 - condition que son poste de travail soit adapté, c'est-à-dire qu'il puisse se dérouler « sans stress ». Dans un courrier au GMP du 10 octobre 2007, la Dresse L\_\_\_\_\_ avait aussi rappelé que « l'intensité et l'ancienneté » des troubles psychiatriques présentés par sa patiente ne permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle. Dans son rapport à l'OCAI du 25 février 2007, cette praticienne a précisé que l'assurée avait « tenté » de reprendre une activité professionnelle en juin 2005, « malgré un état de santé encore fragile ». Dès le mois de septembre 2005, son état clinique était devenu « inquiétant ». Sa fragilité psychique antérieure avait aussi été un élément favorisant de la décompensation psychique sévère observée depuis juillet 2006. La récupération du trouble dépressif récurrent lors du premier épisode n'avait été que partielle, chez cette femme de 50 ans, l'âge constituant par ailleurs un facteur de gravité dans les troubles dépressifs. L'assurée présentait en outre des troubles anxieux associés, soit une comorbidité aggravant également le pronostic, ainsi que la modification de la personnalité. Enfin, dans un rapport du 20 septembre 2005, soit deux mois à peine après l'entrée en service chez X\_\_\_\_\_ SA), le SMR a retenu que la capacité de travail était nulle, compte tenu des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'agoraphobie

avec phobies paniques et d'anxiété généralisée. En outre, une éventuelle aptitude à la réadaptation était prématurée.

Dans ces conditions, le Tribunal de céans considère que l'atteinte à la santé présentée par l'assurée dans le cadre de son activité chez X\_\_\_\_\_ SA est, au sens où l'entend la réserve litigieuse, liée – en partie du moins – aux troubles dont elle souffrait avant son entrée en service, le 1er juillet 2005. En effet, compte tenu du stress inhérent à l'activité de directrice « VIP Flight Quality Service Manager », exercée de surcroît à plein temps, ce nouvel emploi n'apparaissait pas sans autre à la portée de l'assurée, alors que même que, selon le Dr M\_\_\_\_\_ (rapport du 28 mars 2005), l'état de santé de celle-ci nécessitait précisément un environnement sans stress. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que semble soutenir la demanderesse (ci-dessus, p. 11, § 39), le dossier ne permet pas de conclure que le trouble anxio-dépressif dont elle souffrait avant son entrée en service chez X\_\_\_\_\_ SA, était en rémission (durable) « durant les mois qui avaient précédé juin 2005 » (la Dresse L\_\_\_\_\_ ayant au contraire attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2005), ni même que cette affection avait disparu au moment où elle a subi une nouvelle incapacité de travail auprès de cet employeur, dès juillet 2006.

De surcroît, dans son rapport du 5 janvier 2007, le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre-conseil d'ALLIANZ ASSURANCES, a indiqué que le mécanisme qui avait déclenché les troubles psychiques, singulièrement l'incapacité de travail survenue dès le 3 juillet 2006, résultait en particulier du fait que

A/3556/2008 - 22/24 - l'assurée avait interrompu sa psychothérapie en retrouvant une activité professionnelle chez X\_\_\_\_\_ SA. Que ce traitement n'ait en fait été interrompu qu'au début 2006, ne relègue pas au second plan l'incidence de la première affection psychique sur la nouvelle incapacité de travail. Au demeurant, le Dr N\_\_\_\_\_, tout comme la psychiatre traitante, ont estimé que l'assurée présentait désormais un risque de reproduire un nouvel (troisième) état dépressif évalué à 70% « et pour des événements de stress de moins en moins sévères », ce qui nécessitait par ailleurs de « maintenir le traitement médicamenteux durant deux à trois ans ». C'est dire qu'un tel risque était « accru » (art. 4 Règlement) lors de l'engagement de l'assurée chez X\_\_\_\_\_ SA, en qualité de directrice à plein temps, le 1er juillet 2005, et que, partant, l'incapacité de travail survenue dans le cadre de cette activité n'était pas (totalement) indépendante de celle subie chez le précédent employeur. Sur un plan plus général, on relèvera que lorsqu'une personne a souffert de dépression, la récurrence n'est pas nécessairement « déclenchée par un nouveau facteur de stress, mais simplement parce que le seuil de vulnérabilité est abaissé. Le moindre petit événement réactive des souvenirs douloureux, des sensations physiques qui peuvent s'embraser et déterminer une nouvelle rechute » (Dr Guido BONDOLFI, psychiatre aux H.U.G., « Le Temps », 11 juillet 2009, p. 3). A cet égard, est symptomatique le fait que « face à des éléments banaux comme une plante verte qui va évoquer pour elle son précédent poste de travail, les humiliations et disqualifications subies durant ces dernières expériences de travail (...) vont défiler dans ses pensées associées à des images de fait. Elle a peur de revivre ses situations » (rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 25 février 2007, p. 2).

Il s'ensuit qu'on ne saurait tenir pour établi, au degré de vraisemblance prépondérante (applicable en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales : ATF 126 V 322 consid. 5a), que le burn out, le harcèlement moral ou l'affection cardiaque (liée au burn out) auxquels la demanderesse aurait été exposée durant son engagement chez X\_\_\_\_\_ SA,

aient joué, comme elle le soutient, un rôle exclusif dans les troubles anxio-dépressifs ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail dès juillet 2006.

Incidentement, on relèvera que le harcèlement moral allégué semble contesté par l'employeur, lequel a indiqué avoir mis fin aux rapports de travail en raison du profil de l'assurée « non-conforme aux exigences du poste » (questionnaire AI du 26 septembre 2007). En tout cas, le dossier ne contient pas de jugement condamnant l'employeur de ce chef.

Partant, c'est à juste titre que le GMP a opposé la réserve litigieuse à la demanderesse pour lui refuser le versement d'une rente d'invalidité au titre de la prévoyance surobligatoire.

A/3556/2008 - 23/24 -

### **E. 18**

Les considérations qui précèdent ne préjugent pas de l'obligation éventuelle du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA de fournir des prestations à l'intéressée, le Tribunal de céans n'ayant pas à examiner ici la question de savoir si la demanderesse présentait effectivement une atteinte à la santé durable avant le début de son affiliation à la fondation intimée, singulièrement, si ladite atteinte avait des répercussions sur sa capacité de travail et son rendement auprès d'X\_\_\_\_\_ SA (rapport de connexité temporelle) (comp. ATF du 30 septembre 2008, 9C\_335/2008, consid. 5 a contrario).

Cette question sera examinée, le cas échéant, dans le cadre de l'action ouverte par la demanderesse à l'encontre du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA, le 27 février 2009, devant la CASSO, juridiction compétente ratione loci, auprès de laquelle la cause est par ailleurs pendante à l'heure actuelle.

Sous cet angle, la requête de la demanderesse tendant à la suspension de la présente procédure jusqu'à droit jugé dans ladite cause apparaît sans objet.

### **E. 19**

Succombant, la demanderesse n'a pas droit à des dépens (art. 89H al. 3 LPA a contrario).

### **E. 20**

La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

### **E. 21**

Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociales fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATAS/477/2008 ; ATF du 13 octobre 2003, B 61/03, consid. 5 ; ATF 126 V 149 consid. 4).

A/3556/2008 - 24/24 -

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