

GE_GERICHTE A/1012/2009 vom 23. November 2011

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1012_2009

FR: GE_GERICHTE A/1012/2009 du 23 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1012/2009 del 23 novembre 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE demanderesse contre BALOISE-FONDATION COLLECTIVE POUR LA PREVOYANCE PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE, sise c/o BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE, Aeschengraben 2 comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP, Agence régionale Suisse romande, sise Passage Saint-François 12, 1002 Lausanne défenderesse appelée en cause EN FAIT Madame B _____ (ci-après: l'assurée ou la demanderesse) a exercé dès le 25 juin 2001 l'activité de designer/graphiste au sein de l'entreprise X _____ SA à Genève, pour un salaire mensuel brut de 2'800 fr. versé treize fois l'an. A ce titre, elle a été affiliée en matière de prévoyance professionnelle auprès de la BALOISE - FONDATION COLLECTIVE POUR LA PREVOYANCE PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE (ci-après: la BALOISE ou la défenderesse), à compter du 25 juin 2001. Par courrier du 24 octobre 2002 adressé à son employeur, l'assurée a mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 décembre 2002. Ainsi que l'a attesté le Docteur L _____, spécialiste FMH en médecine interne, dans son certificat médical du 7 janvier 2003, l'assurée a effectivement dû cesser son travail dès le 25 octobre 2002 pour des raisons médicales. Dans son certificat médical du 28 novembre 2002, le Docteur L _____ a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 25 octobre 2002, posant comme diagnostics un trouble de l'attention avec hyperactivité et une décompensation dépressive sur problèmes professionnels et personnels. Les premiers symptômes étaient apparus environ un mois auparavant. Le traitement ambulatoire par ce médecin avait débuté le 20 octobre 2002 et consistait en une prise en charge psychiatrique avec prescription d'antidépresseur, de Ritaline et d'anxiolytique. Un traitement hospitalier était également prévu dès le 17 décembre 2002 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG). Du 17 au 22 décembre 2002, l'assurée a été hospitalisée au sein de la Division des urgences médico-chirurgicales (DUMC) des HUG en raison d'une décompensation avec idées suicidaires. Dans le résumé de séjour, le Docteur M _____, médecin interne, a posé comme diagnostics des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue de cocaïne et des difficultés dans les rapports avec le partenaire et liées à l'emploi. Un traitement neuroleptique a été mis en place. Peu après sa sortie, l'assurée a été à nouveau hospitalisée à la fin de l'année 2002 à la Clinique BELMONT suite à une overdose de cocaïne. Selon divers certificats médicaux, l'assurée a été en incapacité totale de travail du 23 décembre 2002 au 4 janvier 2004. A compter du 1^{er} janvier 2003, l'assurée a été inscrite auprès de l'assurance-chômage et affiliée aux prestations complémentaires en cas de maladie (PCM), son délai-cadre d'indemnisation venant à échéance le 31 décembre 2004. Sur demande de la BALOISE du 29 janvier 2003,

l'assurée a rempli et renvoyé le rapport de la personne assurée, indiquant souffrir d'hyperactivité depuis la naissance bien que cette maladie n'ait pas été diagnostiquée à cette époque. Son activité professionnelle était entièrement limitée et elle était actuellement soignée à la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisagée pour le moment et une reprise de son activité serait probablement possible quand elle serait guérie. Dans son rapport du 5 septembre 2003, le Docteur N_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: l'OCE) et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 9 janvier 2003. L'incapacité était selon lui temporaire et une reprise d'activité à 50% pourrait selon toute vraisemblance être envisagée d'ici fin 2003. La situation serait toutefois à réévaluer éventuellement en décembre. Dans son rapport d'examen neuropsychologique du 24 mai 2004, le Docteur O_____, psychologue et logopédiste au sein de l'unité de neuropsychologie des HUG, a mis en évidence, sur le plan du comportement, une anxiété, une tendance à la précipitation, une distractibilité et une certaine agitation. Le médecin a également relevé des résultats déficitaires dans une épreuve d'attention divisée, ainsi que des capacités attentionnelles fluctuantes durant l'examen. Hormis ces déficits d'ordre attentionnel, il observait de très bonnes performances dans l'ensemble des épreuves. Selon lui, ce tableau clinique était compatible avec les troubles d'hyperactivité et de déficit de l'attention connu chez l'assurée, et le maintien d'un suivi psychiatrique était nécessaire. Du 21 juin au 30 juillet 2004, l'assurée a suivi le cours "CAP EMPLOI" auprès du cabinet Y_____. Par décision du 15 septembre 2004, l'OCE a assigné l'assurée à suivre un programme d'emploi temporaire fédéral (PETF) sous la forme d'un emploi temporaire de peintre-graphiste auprès de l'association Z_____ du 7 septembre 2004 au 31 décembre 2004 à plein temps à raison de 40 heures par semaine. L'assurée a accompli ce travail de près de quatre mois à satisfaction de son employeur. Cette mesure a été renouvelée et l'assurée a bénéficié d'un nouvel emploi temporaire auprès de l'association Z_____ du 3 janvier 2005 au 4 janvier 2006. Du 14 au 16 février 2005, l'assurée a été admise à la Clinique de Belle-Idée en hospitalisation volontaire en raison d'un état dépressif nécessitant des soins en milieu hospitalier. Le résumé du séjour a été établi par les Docteurs P_____, chef de clinique, et Q_____, médecin interne. Ces médecins ont fait état d'un trouble affectif bipolaire (épisode actuel mixte), d'un trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (actuellement abstinente), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivé du cannabis (utilisation continue) et d'une hépatite C. Selon le certificat médical du 25 février 2005 du Docteur R_____, médecin interne aux HUG, l'assurée était en incapacité totale de travail du 17 au 28 février 2005, la situation étant à réévaluer par la suite. Dès le 1^{er} avril 2006, l'assurée a été à nouveau en incapacité totale de travail jusqu'au 31 octobre 2006. Par courrier du 19 juin 2006 adressé à la BALOISE, la mère de l'assurée a indiqué que sa fille n'avait plus été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis la fin de l'année 2002 et qu'elle vivait grâce à des prestations de chômage/maladie depuis son arrêt de travail chez X_____ SA. Par ailleurs, l'assurée ne pouvait pas fournir les décomptes de maladie de son assurance AXA vu qu'elle n'avait jamais touché de prestations de la part de cette dernière. En date du 3 août 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI) en raison d'une hyperactivité et maniaque-dépression existant depuis la naissance, visant l'octroi d'une rente. Dans son préavis médical du 23 octobre 2006 à l'attention du

Docteur N_____, la Doctoresse S_____, médecin-traitant de l'assurée et spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que sa patiente souffrait d'une hyperactivité avec déficit de l'attention et de troubles de l'humeur. Elle était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} avril 2006, cette incapacité étant à réévaluer mais probablement définitive. Dans son avis médical du 2 novembre 2006, le Docteur N_____ a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} avril 2006, ce de manière définitive. Dans leur rapport médical du 20 décembre 2006, la Doctoresse S_____ et le Docteur T_____, psychologue et psychothérapeute, ont posé comme diagnostics un déficit de l'attention avec hyperactivité de type mixte (actuellement bien stabilisée avec un traitement de Ritaline), une dépendance à la cocaïne avec usage intensif et compulsif (actuellement abstinente), des troubles dépressifs récurrents et des troubles de la personnalité de type borderline. Ces différents troubles étaient apparus durant l'enfance et l'adolescence. Les médecins ont noté une amélioration de l'état de santé de l'assurée, cette dernière n'étant toutefois pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, et ils espéraient que dans deux ans son investissement dans la thérapie rende possible une éventuelle insertion professionnelle. Dans ses rapports médicaux du 21 décembre 2006, la Doctoresse S_____ a précisé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'elle présentait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2002, le cas étant à revoir d'ici deux ans. Sur demande de l'OAI, l'assurée a été examinée par le Docteur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 5 février 2008, il a posé comme diagnostics une hyperactivité avec déficit de l'attention, un syndrome de dépendance au cannabis (utilisation continue) et à la cocaïne (actuellement abstinente), ainsi que des difficultés relationnelles avec les parents. Ces diagnostics étaient probablement invalidants depuis le début des événements pris en charge en psychiatrie, c'est-à-dire depuis 2002, l'hyperactivité et le déficit de l'attention étant probablement présents depuis l'enfance. Selon l'expert, depuis la première grave décompensation de l'assurée en novembre 2002, son incapacité de travail était totale. Toutefois, en raison du bon investissement de son cadre thérapeutique actuel depuis plusieurs mois, l'incapacité de travail de l'expertisée était actuellement de 75%. Elle présentait ainsi une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 25%, à raison de 1 à 2h par jour, probablement de manière supervisée dans un milieu de tolérance élevé. Le rendement de l'assurée était probablement diminué de manière modérée et la capacité de travail devait progressivement, sur deux ans, être à nouveau de 100% si le cadre thérapeutique était maintenu et qu'il n'y avait pas d'autre rupture avec les soignants. Concernant une éventuelle réadaptation professionnelle, selon l'expert, l'assurée devait essayer de reprendre son activité de dessinatrice en architecture, graphiste ou assistante designer puisqu'elle avait déjà une importante expérience dans ce domaine. Ses troubles de déficit de l'attention et son hyperactivité risquaient d'ailleurs d'entraver les capacités d'apprentissage pour un nouveau métier. D'autres activités, telles que serveuse ou animatrice, étaient également exigibles de la part de l'assurée. Par projet de décision du 17 avril 2008, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2005. En effet, elle présentait un degré d'invalidité de 75% depuis le 25 octobre 2002, taux ouvrant droit à une rente entière dès le 25 octobre 2003. Elle n'avait toutefois déposé sa demande de prestations que le 3 août 2006, de sorte que sa demande était tardive et que le versement de la rente ne pouvait intervenir que dès le 1^{er} août 2005. Par décision entrée en force du 2 juin 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision. Par courrier du 17 décembre 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a fait remarquer à la BALOISE que cette dernière instruisait son dossier depuis près

de trois ans et demi sans avoir encore statué sur son droit aux prestations. Elle a donc demandé à la BALOISE de renoncer à invoquer l'exception de prescription et lui a imparti un délai au 9 janvier 2009 pour une prise de position motivée. Par courrier du 5 février 2009, elle a prolongé ce délai au 20 février 2009. Le 30 décembre 2008, la Doctoresse S_____ a rempli et retourné à la BALOISE un questionnaire médical, aux termes duquel la première consultation de l'assurée avait eu lieu le 1^{er} avril 2005 pour des troubles de la personnalité de type borderline. Comme diagnostics, elle a retenu un épisode dépressif sévère sans syndrome psychotique et un trouble affectif bipolaire. Les périodes d'incapacité attestées par la Doctoresse S_____ s'étendaient du mois d'avril 2006 à octobre 2007, date à laquelle la patiente avait changé de lieu de traitement. L'incapacité de travail importante dans toute activité avait ainsi débuté en avril 2006 en raison de troubles psychiatriques sévères. Le 22 janvier 2009, sur demande de la BALOISE, l'ancien employeur de l'assurée, l'association Z_____, a renvoyé une demande de renseignements. Selon ce document, l'assurée avait été engagée auprès de cette entreprise comme peintre-graphiste dans le cadre du Service des mesures cantonales de l'OCE du 3 janvier 2005 au 4 janvier 2006. Son salaire horaire brut s'élevait à 26 fr., correspondant à un salaire mensuel brut de 4'506 fr. 60. Ce salaire correspondait au rendement de l'assurée pour le travail qui lui était confié. Au début et à la fin de son contrat de travail, l'assurée n'était toutefois pas apte à travailler à 100% en raison de problèmes comportementaux. Au cours de la durée de travail dans cette entreprise, l'assurée avait présenté des absences depuis juillet 2005 sans certificat médical. L'ancien employeur de l'assurée a encore mentionné que cette dernière était une personne créative, rapide et dispersée, qu'elle fournissait des travaux de graphisme de bonne qualité, qu'elle possédait une bonne maîtrise des outils informatiques et qu'elle avait besoin d'être cadrée. Le 23 mars 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a déposé une demande en paiement devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent, contre la BALOISE. Elle a conclu à la constatation de son droit aux prestations d'invalidité de prévoyance professionnelle prévues par le règlement de la BALOISE et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2003, avec intérêts moratoires à 5% dès le 23 mars 2009. En substance, elle a considéré que l'appréciation de l'OAI fixant le début de son incapacité de travail durable au 25 octobre 2002 était indiscutable, tous les éléments médicaux figurant au dossier étant concordants sur ce point. Par ailleurs, la tentative d'insertion auprès de l'association Z_____ ne pouvait en aucun cas avoir interrompu le lien de connexité temporelle, dès lors qu'il s'agissait d'un emploi temporaire pour chômeur en fin de droit destiné à ouvrir un nouveau délai cadre et qu'en tout état de cause elle avait dû l'abandonner après trois mois d'activité. Par décisions des 6 et 15 janvier 2009 et 26 mars 2009, la demanderesse a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 17 décembre 2008. Dans sa réponse du 5 mai 2009, la BALOISE a conclu au rejet de la demande, estimant que la demanderesse n'avait aucun droit à des prestations d'invalidité de sa part. En effet, selon la BALOISE, il n'existait pas entre l'incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité matérielle, dans la mesure où l'affection à l'origine de l'invalidité n'était pas la même que celle qui s'était manifestée durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et qui avait entraîné une incapacité de travail. En tout état, cette incapacité de travail médico-théorique avait été fixée avec effet rétroactif plus de cinq ans après le survenance de la première incapacité de travail et était uniquement fondée sur le rapport du Docteur U_____ du 5 février 2008 qui ne revêtait aucune force probante. L'incapacité de travail retenue par l'OAI ne pouvait ainsi pas être prise en compte. Selon la

BALOISE, il n'existait pas non plus entre l'incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité temporelle au sens de la jurisprudence. La demanderesse s'était en effet trouvée en incapacité totale de travail du 25 octobre 2002 au 30 novembre 2003, puis à 50% du 1^{er} décembre 2003 au 3 janvier 2004. Du 4 janvier 2004 au 1^{er} avril 2006, il ressortait des pièces du dossier qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail. Le rapport du Docteur U_____, en tant qu'il retenait une incapacité de travail totale depuis 2002, était clairement contraire aux faits et n'emportait aucune valeur probante. S'il fallait par impossible considérer qu'il existait entre l'incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroites connexités matérielle et temporelle, la nouvelle incapacité de gain survenue dès le 1^{er} avril 2006 devait être considérée comme une rechute précédée d'une absence d'incapacité de gain d'une durée de plus d'une année et assortie d'un nouveau délai d'attente de 24 mois arrivant à échéance le 1^{er} avril 2008. En tout état de cause, une rente d'invalidité ne pouvait ainsi être octroyée à la demanderesse antérieurement au 1^{er} avril 2008. Dans sa réplique du 12 juin 2009, la demanderesse a conclu, préalablement, à l'appel en cause de la FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP - auprès de laquelle elle était assurée durant sa période de chômage dès janvier 2003 -, à l'apport du dossier de l'OCE la concernant et à l'ouverture des enquêtes. Principalement, elle a persisté dans ses conclusions et, subsidiairement, a conclu à la constatation de son droit aux prestations d'invalidité de prévoyance professionnelle prévues par le règlement de la FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de la part de cette dernière à compter du 1^{er} novembre 2003, avec intérêts moratoires à 5% dès le 12 juin 2009. En substance, la demanderesse a allégué que la décision de l'OAI du 17 avril 2008 n'avait pas été formellement notifiée à la défenderesse, mais qu'elle l'avait été à l'endroit de la BALOISE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE (ci-après: la BALOISE ASSURANCES), domiciliée à la même adresse et en charge de l'administration et de la gestion de la défenderesse. Aussi et pour autant que celles-ci ne soient pas insoutenables, la défenderesse était liée par les constatations de l'OAI, dont la force contraignante valait non seulement pour la fixation du degré d'invalidité, mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assurée s'était détériorée de manière sensible et durable. Selon la demanderesse, il fallait par ailleurs reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise du Docteur U_____, contrairement aux rapports des médecins-traitants. Le lien de connexité matérielle était selon elle indiscutable, dans la mesure où elle avait été presque sans discontinuité suivie médicalement depuis 2002 au moins. Il s'agissait de l'évolution d'une seule et même maladie, ponctuée d'épisodes de décompensation et de dépressions sévères, dont certains aspects prédominaient selon les périodes sans que les différents diagnostics puissent être dissociés. Concernant le lien de connexité temporelle, la demanderesse a estimé que les organes de l'assurance-chômage avaient fait preuve de souplesse à son égard, en lui accordant des PCM dès le 9 janvier 2003 et en continuant à l'indemniser à la fin de son droit à ces prestations, sans que son aptitude au placement ne soit examinée. En tout état de cause, une telle prise en charge par l'assurance-chômage ne permettait pas de conclure à une véritable aptitude au placement dans le circuit économique ordinaire. Quant à l'activité réalisée au sein de l'association Z_____, elle ne pouvait en aucun cas être considérée comme attestant d'une pleine capacité de travail et avait été ponctuée d'arrêts-maladie fréquents. Dans sa duplique du 30 juin 2009, la défenderesse a persisté dans ses conclusions, estimant que la décision de l'OAI du 17 avril 2008 n'était en réalité pas une décision. Elle ne lui avait d'ailleurs pas été valablement notifiée et ne lui était pas

opposable. En tout état de cause, cette décision apparaissait d'emblée insoutenable car contraire aux faits, de sorte que l'incapacité de travail et le moment à partir duquel cette incapacité s'était détériorée de manière sensible et durable, tels que retenus par l'OAI, ne pouvaient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Une audience de comparution personnelle s'est tenue devant le TCAS en date du 30 septembre 2009. A cette occasion, la représentante de la BALOISE a produit une procuration établie au nom de la BALOISE ASSURANCES, indiquant être salariée de cette dernière. Elle avait un doute quant au point de savoir comment était libellé son contrat de travail et ne pouvait s'en souvenir. Elle avait reçu un dossier de la BALOISE et des instructions de la personne compétente pour la gestion du dossier auprès de la BALOISE. En premier lieu, elle a indiqué que la défenderesse maintenait ses conclusions. Le projet d'acceptation de rente du 17 avril 2008 avait été reçu le 23 avril 2008 par la BALOISE ASSURANCES à Bâle et la décision formelle du 2 juin 2008 avait été réceptionnée en date du 3 juin 2008. Sur question, elle a indiqué que la BALOISE se trouvait à la même adresse que la BALOISE ASSURANCES, à savoir Aeschengraben 21 à Bâle. En l'état, la BALOISE soutenait toutefois n'avoir pas eu connaissance de la décision AI. Sur question, la représentante de la BALOISE a indiqué ne pas connaître la signification du timbre figurant sur la décision du 2 juin 2008. Le mandataire de la défenderesse n'avait pas non plus la réponse quant à la signification du timbre figurant sur la pièce 65, ainsi que sur les pièces 67 à 75 du chargé de la défenderesse. La BALOISE soutenait qu'elle n'avait pas reçu de communication de la décision de l'OAI du 2 juin 2008, raison pour laquelle elle ne s'y était pas opposée. Du point de vue de la BALOISE, la demanderesse avait récupéré une capacité de travail totale et durable et avait confirmé le 16 décembre 2004 qu'elle jouissait d'une pleine capacité de travail et qu'elle n'était pas invalide au sens de l'AI. Le mandataire de la demanderesse a indiqué que cette dernière avait été hospitalisée et a produit un certificat médical à cet égard. Il a constaté qu'à teneur de la procuration, la défenderesse n'était pas valablement représentée. Il considérait en effet que la représentante ne pouvait pas valablement représenter la défenderesse à cette audience, dès lors qu'elle avait soutenu dans ses écritures qu'elle-même et la BALOISE ASSURANCES étaient deux entités distinctes. Le mandataire de la demanderesse a néanmoins accepté, pour cette audience uniquement, que la représentante présente s'exprime pour le compte de la défenderesse. Concernant la signification du timbre figurant sur les pièces 64, 65 et 67 à 75 du chargé de la défenderesse, le mandataire de la demanderesse a indiqué, pour exemple, que la pièce n° 111 du chargé de la défenderesse, à savoir son courrier du 19 décembre 2008 adressé à la BALOISE ASSURANCES, portait également la mention « PLZ 6330 ». Selon lui, c'était en fait la BALOISE ASSURANCES qui traitait les dossiers de la BALOISE, toutes les pièces du dossier dans la présente cause démontrant d'ailleurs que le dossier avait été traité par les collaborateurs de la BALOISE ASSURANCES. Par ordonnance du 2 octobre 2009, le TCAS a appelé en cause la FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP (ci-après: la FONDATION ou l'appelée en cause). Il lui a communiqué les pièces essentielles de la procédure et lui a imparti un délai pour se déterminer. Dans ses écritures du 14 décembre 2009, la FONDATION a conclu au rejet des conclusions de la demanderesse prises à son encontre. Elle a par contre estimé que le préavis et/ou la décision de l'OAI avaient été valablement notifiés à la défenderesse, laquelle était dès lors liée par les constatations définitives de l'OAI. Dans sa détermination du 12 février 2010, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté l'argumentation de l'appelée en cause, indiquant que la jurisprudence à laquelle cette dernière se référait portait exclusivement sur la question de la

légitimation passive - qui n'était en l'espèce pas contestée - et non sur la notification et la portée d'une décision de rente de l'OAI sujette à recours. Pour le surplus, la défenderesse a repris ses précédents arguments. Le TCAS a procédé à l'ouverture des enquêtes et entendu en date du 19 mai 2010 Monsieur C _____, directeur de l'association Z _____ en 2005, en qualité de témoin. Il a expliqué que cette association, qui avait été dissoute au 31 décembre 2009, était une entreprise de réinsertion professionnelle pour des personnes présentant différentes problématiques. Il a confirmé être à l'époque le répondant de la demanderesse ainsi que des 27 autres personnes placées par les différents services sociaux et administratifs. La pièce n° 121 du chargé de la défenderesse, à savoir la demande de renseignements qu'il avait remplie sur demande de la BALOISE, lui a été soumise. Il ne se souvenait toutefois pas d'avoir répondu à ces questions et ce n'était pas sa signature. Le témoin se souvenait de ce document qui lui avait été communiqué par Z _____. Il avait néanmoins démissionné de son poste de directeur depuis le 1^{er} septembre 2007 et avait donc contacté la BALOISE par téléphone. Il avait ensuite retourné ce document à Z _____ car il ne pouvait pas le remplir, n'ayant plus accès aux documents. C'était donc une personne de Z _____ qui avait rempli ce questionnaire, ne sachant toutefois pas qui. S'agissant des réponses apportées aux questions dudit document, il a confirmé que la première réponse était exacte car la demanderesse présentait effectivement des problèmes de comportement. En fait, il a nuancé la réponse en ce sens que les contrats d'occupation temporaire étaient à 100% avec un jour à disposition de la personne pour effectuer des recherches d'emplois. Sur question, il a indiqué que la demanderesse n'était pas apte à travailler à 100%. A l'époque, elle présentait des difficultés importantes liées à son trouble d'hyperactivité et il ne lui était pas possible d'effectuer 8 heures de travail de suite de manière cohérente. Elle arrivait souvent en retard et parfois ne venait pas de la journée car elle était restée couchée. Cette situation augmentait son stress et par conséquent son trouble d'hyperactivité. Le témoin a confirmé la réponse à la deuxième question, à savoir qu'à la fin de son contrat de travail, l'assurée n'était pas apte à travailler à 100%. La demanderesse était très souvent absente et s'il n'y avait pas davantage d'absences notées sur le questionnaire, c'était grâce à la mère de la demanderesse qui avait fait un travail remarquable, réveillait sa fille tous les matins et l'amenait en voiture sur le lieu de travail. Il a également confirmé les observations apposées sur le questionnaire, à savoir que la demanderesse était une personne avec un énorme potentiel de créativité ainsi que des compétences en technologie informatique extrêmement développées. En temps normal, elle aurait certainement accompli une carrière brillante. Cependant, eu égard à sa problématique psychique, elle n'arrivait pas à tenir un emploi. Sur question, le témoin a confirmé que le salaire indiqué correspondait au rendement de l'assurée pour le travail qui lui était confié. La pièce n° 36 de la défenderesse - ou 20 de la demanderesse - lui a été soumise et il a indiqué que le montant du salaire était effectivement celui figurant dans le contrat, soit 4'506 fr. 60 brut. Il a confirmé qu'il était usuel pour Z _____ de recevoir des personnes qui n'étaient pas aptes à tenir un emploi sur le marché du travail. C'était précisément le but de cette institution, au même titre que la quinzaine d'institutions similaires existant à Genève, que de recevoir des personnes présentant une problématique psychique, voire un handicap mental reconnu, afin de tenter de les faire revenir sur le marché du travail. Le témoin ne se souvenait pas quelles avaient été les recherches d'emploi effectuées par la demanderesse durant le contrat. Elle était tenue de les faire, cela faisait partie intégrante du contrat et si tel n'avait pas été le cas, elle aurait été pénalisée par l'OCE sous la forme de jours de suspension. La demanderesse avait pu rester jusqu'à la fin de son

contrat d'emploi temporaire chez Z_____. Cette association avait fait preuve de souplesse et de tolérance afin de tenter de la rendre autonome, car tel était son but. Même à la fin du contrat, la demanderesse n'était toutefois pas apte à réintégrer le marché normal du travail. Elle avait certes évolué mais n'avait pas encore atteint le seuil minimum pour pouvoir prendre un emploi. Le même jour, le TCAS a entendu Monsieur T_____, psychothérapeute, en qualité de témoin. Il a confirmé avoir été directeur du Centre de Plainpalais de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL de 1995 à fin 2009 et avoir eu la demanderesse comme patiente du 15 mars 2005 au 19 novembre 2007. Elle avait été adressée par le Centre d'alcoologie de la FONDATION PHENIX de la rue de Frontenex, dans un premier temps pour parfaire le diagnostic. La demanderesse était arrivée à la consultation avec un diagnostic d'hyperactivité et un traitement assez conséquent et lourd de Concerta -médicament prescrit en cas d'hyperactivité-. Il s'agissait d'une hyperactivité sévère, mixte, avec une instabilité très conséquente. La patiente pouvait réagir très vite, de façon parfois excessive, et présentait un trouble de la concentration très important. Les médecins psychiatres avaient hésité entre le diagnostic de troubles de l'humeur et troubles bipolaires, la demanderesse présentant une personnalité borderline et de grandes difficultés d'adaptation sociale. Sur le plan de la psychothérapie, elle avait été très difficile à suivre et ne parvenait pas à s'adapter au cadre qu'on lui proposait. Selon le témoin, cela était fréquent chez les personnalités borderline. En particulier, la patiente ne venait pas aux rendez-vous, y compris ceux du médecin, de sorte qu'il était difficile d'adapter la médication. La mère de la patiente la réveillait le matin et venait elle-même chercher les ordonnances. Au bout d'un certain temps, les absences de la demanderesse avaient posé des problèmes et le traitement avait dû être interrompu au bout de deux ans. En septembre 2007, les médecins du centre avaient proposé à la demanderesse une hospitalisation en milieu psychiatrique pour avoir un cadre suffisamment stable permettant de mieux équilibrer le traitement, mais elle avait refusé et ne remplissait pas les conditions d'une hospitalisation non volontaire. Concernant la pièce 27 du chargé de la demanderesse, le témoin a confirmé avoir cosigné ce rapport avec la Doctoresse S_____ et retenu une incapacité totale de travail depuis 2002. Il n'avait effectivement pas signé la page 2 de la pièce 27 et c'était la Doctoresse S_____ qui avait attesté de l'incapacité de travail. Il a cependant précisé qu'il s'agissait d'un rapport médical et qu'il n'était pas médecin. Le témoin ne pouvait pas expliquer pourquoi l'année 2002 avait été retenue, probablement était-ce parce qu'en 2002 la demanderesse avait subi plusieurs hospitalisations. C'était à ce moment-là que la Doctoresse V_____ était intervenue et avait prescrit un traitement de Ritaline. Sur question, il a indiqué que le Concerta était un médicament identique à la Ritaline, mais avec une fonction retard, très couru sur le marché noir. Les médecins du centre avaient reconstitué l'histoire médicale de la patiente, notamment lors d'entretiens avec la mère de cette dernière et grâce aux rapports médicaux. Le témoin a indiqué qu'à l'époque, la patiente n'était pas apte à travailler. Elle suivait néanmoins une réadaptation professionnelle dans un centre de réadaptation, à savoir l'association Z_____ avec laquelle le Centre de Plainpalais de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL avait des entretiens de réseaux. La direction de Z_____ avait aménagé un horaire un peu particulier pour la patiente et avait été très tolérante face aux difficultés de la patiente à se lever. Cette dernière présentait également des difficultés à maintenir une activité sur le long terme et à établir des liens sociaux avec les autres personnes fréquentant l'atelier. Par ordonnance du 19 mai 2010, le TCAS a ordonné l'apport du dossier de la demanderesse auprès de l'OCE. Le 30 juin 2010, le TCAS a entendu la Doctoresse S_____, spécialiste FMH en médecine

interne, en qualité de témoin. Elle a indiqué avoir téléphoné à la demanderesse le lundi 28 juin 2010, laquelle l'avait informée qu'elle partait pour le Togo en mission humanitaire. Le témoin avait vu cette patiente pour la première fois le 1^{er} avril 2005 à la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL d'où l'assurée était partie en novembre 2007. Selon la Doctoresse S_____, la demanderesse n'était pas en traitement au centre de Plainpalais avant cette date et elle était alors en traitement chez la Doctoresse V_____, psychiatre, étant également hospitalisée à plusieurs reprises à la Clinique de BELMONT. Le témoin a expliqué que la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL était un centre multidisciplinaire et que la première fois, c'était Monsieur D_____, directeur de la fondation, qui avait reçu la demanderesse. Il avait ensuite adressé cette dernière au centre de Plainpalais où elle avait été suivie par Monsieur T_____, par une psychologue-stagiaire et par la Doctoresse S_____. Au début, la patiente était assez perturbée mais le suivi était régulier ; le témoin avait par la suite espacé les rendez-vous et en définitive, la patiente avait de la peine à venir. Cette dernière était davantage suivie par Monsieur T_____, avec lequel le témoin avait un contact régulier et de nombreux colloques au sujet de la patiente. S'agissant des diagnostics, il y en avait eu plusieurs : la patiente présentait probablement depuis l'enfance une hyperactivité avec troubles de l'attention, des troubles de la personnalité de type borderline, des troubles dépressifs récurrents ainsi qu'une consommation de cocaïne avant 2002. La patiente était abstinente depuis que le témoin la connaissait. Le diagnostic de bipolarité était également probable et les troubles présentés par la patiente avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Selon le témoin, elle avait été placée à l'époque par le chômage dans un structure spéciale, XA_____ (recte: Z_____), qui n'était en tous cas pas une structure normale sur le marché du travail, la patiente ne pouvant pas travailler dans le circuit économique normal avant avril 2006. La Doctoresse S_____ avait délivré des certificats d'arrêt de travail à 100% dès le mois d'avril 2006. En avril 2005, la patiente n'était toutefois pas capable de travailler normalement dans le circuit économique avec un rendement satisfaisant, mais comme elle était alors dans une structure protégée, elle n'avait pas demandé de certificats d'arrêt de travail. Or, la demanderesse avait de nombreuses difficultés, notamment avec les horaires et les collègues, et le témoin n'avait pas été surpris lorsque l'assurée lui avait demandé des certificats d'arrêt de travail en avril 2006. S'agissant de la pièce 27 du chargé de la demanderesse, la Doctoresse S_____ a indiqué que l'incapacité de travail de 100% depuis 2002 indiquée sous lettre B était fondée sur l'anamnèse, les hospitalisations à la Clinique de BELMONT et le rapport de sortie de la Clinique de Belle-Idée de février 2005 où figurait également l'anamnèse de la patiente. Au regard de l'anamnèse, on pouvait fort bien imaginer qu'elle présentait des troubles l'empêchant d'avoir une activité sur le marché du travail normal. Elle ne connaissait pour sa part pas la patiente à cette époque. Le témoin a encore indiqué qu'en automne 2007, il avait demandé de l'aide dans le suivi de cette patiente à un nouveau médecin psychiatre arrivé à la fondation, considérant ce cas comme un échec thérapeutique. Les choses s'étaient mal passées, il y avait eu une prise de bec et la patiente était partie en claquant la porte, ne revenant pas par la suite. En automne 2007, l'état de santé de la demanderesse ne s'était pas amélioré selon le témoin. La pièce 112 du chargé de la défenderesse lui a été soumise et il a expliqué que sous chiffre 5 de ce questionnaire, il avait daté le début de l'incapacité de travail importante à avril 2006 car cela correspondait à la date où il avait délivré pour la première fois des arrêts de travail à la demande de la patiente. Il était toutefois clair qu'elle était malade depuis de nombreuses années et que la situation était chaotique. Concernant les pièces 17 et 18 du chargé de la

demanderesse, le témoin a indiqué ne pas avoir eu connaissance des documents établis par la Doctoresse V _____ et ne pas vouloir contester les certificats d'arrêt, respectivement de reprise de travail, établis par une consœur suivant la patiente à cette époque. Sur question, la Doctoresse S _____ a indiqué être formelle concernant la période dès avril 2005. Concernant la période de 2002 à 2005, elle n'avait pas connu la patiente et s'était fondée sur des renseignements anamnestiques. Le même jour, le TCAS a entendu la Doctoresse V _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en qualité de témoin. Elle a toutefois indiqué ne pas avoir été déliée du secret médical par la demanderesse et ne plus se souvenir de la période pendant laquelle elle l'avait suivie. C'était en tout cas dans le cadre de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL et elle n'avait plus accès au dossier médical. Les pièces n° 8 à 14 et 16 à 18 du chargé de la demanderesse ont été soumises au témoin, qui a confirmé qu'il s'agissait de documents établis et signés de sa main dans le cadre de la consultation de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. Il a encore précisé que chaque consultation avait un dossier et qu'en cas de changement de consultation, le dossier devait suivre. Au terme de cette audition, le TCAS a réservé une nouvelle audition du témoin, lorsqu'il serait délié du secret médical. Le même jour, le TCAS a encore entendu le Docteur U _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en qualité de témoin. S'agissant de la première page de son rapport d'expertise, sur laquelle figuraient des dates d'entretiens téléphoniques avec les Doctoresse V _____ et S _____ postérieures à la date d'établissement du rapport, le témoin n'avait pas d'explication et devait vérifier. Il devait s'agir d'une erreur de date du secrétariat, probablement dans l'établissement de son rapport. Lorsque l'expert avait vu l'expertisée, l'entretien et l'anamnèse avaient été difficiles, la patiente étant décompensée et dispersée avec une fuite des idées. Elle était probablement sous l'influence du cannabis, mais il n'avait pas fait de dosages toxicologiques. Le témoin a expliqué qu'il ne pouvait pas se fier entièrement à la déclaration de la demanderesse pour l'anamnèse, de sorte qu'il s'était fondé en grande partie sur le dossier de l'OAI. Sur question, lorsqu'il indiquait à la troisième page de son rapport que la patiente avait été hospitalisée en 2002 pendant sept semaines à la Clinique de BELMONT, ceci résultait du dossier AI, et plus particulièrement de documents en format pdf à disposition sur CD-ROM. La pièce 10 de la défenderesse a été soumise au témoin, qui a indiqué qu'il s'agissait d'un résumé de séjour établi par le DUMC. Il ne savait pas s'il s'était référé à ce document pour mentionner l'hospitalisation, mais notait que pour l'unité 2-JC, il s'agissait d'une hospitalisation brève. S'agissant de l'incapacité de travail actuelle de 75% qu'il avait retenue dans son rapport, l'expert a expliqué qu'il s'était fondé sur ce qu'il avait ressenti du point de vue clinique. Il s'agissait également de motiver la patiente à continuer de se soigner, à bénéficier du cadre thérapeutique afin éventuellement récupérer une meilleure capacité de travail. Sur question, l'incapacité de travail de 100% depuis 2002 indiquée dans son rapport d'expertise ne se fondait pas sur un document précis, mais plutôt sur l'entier du dossier AI, les entretiens téléphoniques avec les médecins traitants ainsi que sur l'impression clinique. La patiente avait un suivi thérapeutique chaotique, passait d'un thérapeute à l'autre, se brouillait avec eux, abandonnait les soins pendant un certain temps puis revenait consulter dans un centre quand elle se sentait mal. Quand le témoin l'avait vue, la demanderesse se disait en totale rupture avec ses médecins et sans suivi psychiatrique. Au moment de son expertise, le témoin n'avait pas eu connaissance des certificats d'arrêt de travail figurant sous pièces 8 à 14 et 16 à 18 du chargé de la demanderesse. En revanche, il avait eu un entretien téléphonique avec la Doctoresse V _____ qui estimait la patiente en incapacité de travail totale depuis une

longue durée. L'expert a expliqué que les patients hyperactifs avec un trouble de déficit de l'attention et toxicomanes avec un trouble de la personnalité présentaient souvent des fuites en avant et demandaient des certificats de reprise de travail pour se présenter à un emploi. Dans ces cas, les médecins délivraient souvent le certificat de reprise de travail et en cas d'échec établissaient un certificat d'incapacité de travail rétroactif parce que le patient n'avait en réalité pas réussi à se réinsérer. Il était possible que ces documents figurent sur le CD-ROM de l'OAI et que le témoin soit passé dessus sans s'y attarder puisqu'il s'était entretenu avec la Doctoresse V_____. Il était possible qu'après son expertise, la patiente ait repris son suivi thérapeutique avec la Doctoresse V_____ et qu'elle ait repris par la suite une activité lucrative. Avec un tel tableau clinique, la trajectoire de la demanderesse était très anarchique et à l'époque de son expertise, le témoin avait l'impression d'une évolution à long terme d'une incapacité de travail de 75%. Sur question, il a précisé que les certificats de reprise de travail attestés par la Doctoresse V_____ au début de l'année 2004 n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions de son expertise. En effet, dans une relation thérapeutique, le médecin traitant poussait le patient à reprendre une activité et, pour sa part, l'expert s'était fondé sur une impression générale qu'il avait eue sur la base du dossier, du status clinique et des deux entretiens avec les soignants. Le témoin a encore précisé que pour un consommateur de produits toxiques, le diagnostic de trouble de la personnalité n'était pas possible car faussé, la littérature insistant sur le fait que des faux diagnostics de personnalité de type borderline avaient été posés chez des personnes consommant des produits toxiques. Cependant, au vu de l'anamnèse et de la trajectoire de la patiente, un tel trouble était probable. Sur question ce qui était invalidant était à son avis le trouble de la personnalité de type borderline F 63.31. Ce trouble était souvent compliqué par un trouble dépressif récurrent avec des tentatives de suicides et des idées noires. L'expert n'avait pas pu poser le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, car il aurait fallu une période d'abstinence totale de deux mois au minimum avec contrôle de toxicité pour poser ce diagnostic. Le trouble de l'hyperactivité et déficit de l'attention était également fortement invalidant s'il n'était pas soigné. En l'occurrence, la patiente n'était pas compliant et prenait des médicaments en association avec des produits toxiques. Le syndrome de dépendance au cannabis était également invalidant en fonction de la quantité de produits toxiques. Pour l'expert, ces diagnostics étaient présents et invalidants depuis 2002, et avaient perduré. Selon lui, la demanderesse devait pouvoir bénéficier de soins en milieu psychiatrique et être sevrée, et des investigations psychiatriques approfondies devaient être menées. Si la patiente acceptait les soins psychiatriques et s'abstenait complètement de la consommation de produits toxiques, il pensait qu'elle pourrait évoluer favorablement. Sur question, le témoin a indiqué que lors de son entretien téléphonique avec la Doctoresse V_____, ils étaient d'accord sur les diagnostics posés. La seule divergence portait sur la capacité de travail, l'expert l'estimant à 25% pour pousser la patiente à reprendre une activité et la Doctoresse V_____ l'estimant à 0%. Par déclaration du 13 juillet 2010 adressée au TCAS, la demanderesse a délié la Doctoresse V_____ du secret médical et a autorisé cette dernière, respectivement le TCAS, à obtenir son dossier complet auprès de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. Par ordonnance du 17 août 2010, le TCAS a ordonné l'apport du dossier de l'assurée à la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1er janvier 2011, a entendu la Doctoresse V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en qualité de témoin, en date du 6 avril 2011. A l'époque où elle avait suivi

la demanderesse, elle était directrice de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. Il lui semblait l'avoir suivie pendant une période de deux ans, jusqu'à fin 2004, mais pas de façon continue car il y avait des périodes de thérapie. Selon le témoin, la patiente vivait à l'époque en couple avec une personne également suivie par le centre et c'était dans ce contexte, ainsi que par la Clinique de BELMONT, qu'elle avait été adressée à la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. Sauf erreur, les diagnostics posés à l'époque étaient ceux d'hyperactivité et en tous cas état dépressif et possiblement des abus de substances. En présence d'hyperactivité, il était possible que le diagnostic différentiel de troubles affectifs bipolaires ait été posé. Sans le dossier, elle ne pouvait toutefois pas répondre. Selon son souvenir, l'état de santé de la patiente était en dents de scie compte tenu du contexte dans lequel elle se trouvait avec beaucoup de violences, son compagnon de l'époque ayant de gros problèmes. Concernant la pièce n° 36 du dossier de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL confirmant l'hyperactivité et la prise de substances, le témoin a indiqué qu'il ne s'agissait pas de son écriture et qu'à son souvenir, le trouble hyperactif était très sévère. Au regard de cette pièce, la Doctoresse V_____ notait que les personnes suivant la patiente avaient des difficultés à équilibrer son traitement. Ce n'était toutefois pas elle qui la suivait car elle ne prescrivait jamais de Dormicum. Ces documents émanaient sans doute de la Doctoresse S_____. Le témoin a expliqué qu'en présence d'un diagnostic d'hyperactivité, il y avait très souvent d'autres diagnostics comorbides associés, notamment l'abus de substances. Il y avait eu des hospitalisations, comme cela ressortait de cette pièce, aux HUG et à la Clinique de BELMONT. L'incidence des troubles présentés par la patiente sur sa capacité de travail était très importante, notamment parce que tous les diagnostics comorbides associés étaient sévères dès le début de sa prise en charge, que ce soit l'abus de substance, les troubles de l'humeur et l'hyperactivité. Avant de poser le diagnostic, les médecins du centre avaient interrogé la mère de la patiente qui avait confirmé qu'elle avait eu beaucoup de difficultés avec sa fille dans l'enfance, à l'école notamment. Sur question, le témoin n'avait aucun souvenir d'avoir eu un entretien quelconque avec le Docteur U_____. La pièce 18 du chargé de la demanderesse a été soumise au témoin, qui a confirmé avoir fixé dans ce document une reprise à 100% dès le 4 janvier 2004. Cela pouvait s'inscrire dans le cadre d'un essai parce que le patient avait un projet ; les médecins essayaient de réinsérer les patients donc étaient amenés à faire des reprises de travail, mais sans garantie de pouvoir toujours tenir le projet fixé, notamment dans le domaine des abus de substances. Cela ne signifiait pas forcément que la patiente avait récupéré une capacité de travail durable, surtout pas avec plusieurs diagnostics comorbides graves. La demanderesse n'était pas un cas léger pour la consultation de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL et il y avait eu beaucoup d'interventions de la police et des médecins d'urgence dans son cas. Selon le témoin, la patiente avait été transférée dans un autre centre en raison d'une part de la prégnance des substances, le centre du témoin étant spécialisé dans les problèmes d'alcool et non de drogue, et d'autre part du fait que son compagnon, dont elle était séparée, était suivi à la consultation de la Doctoresse V_____. Le fait que son compagnon était suivi par les mêmes médecins avait créé des problèmes relationnels entre la patiente et ses médecins et le lien thérapeutique avait été rompu, malgré le fait qu'elle avait urgemment besoin de soins. La demanderesse avait alors été d'accord d'être suivie dans une autre consultation au sein de la FONDATION PHENIX - CENTRE ENVOL. Sur question, le témoin a indiqué qu'avant d'être suivie dans leur centre, la patiente avait eu une période d'activité professionnelle. C'était une personne assez talentueuse, notamment dans le domaine artistique, qui avait

donc des compétences a priori compatibles avec une reprise de travail, ce que les médecins estimaient plausible peut-être à l'époque. Le projet de la demanderesse devait être cohérent mais le témoin ne s'en souvenait plus. Ce dernier a cependant précisé, s'agissant de la durabilité de la reprise de travail, qu'il était difficile de se prononcer au moment où l'on préconisait cette reprise. On savait aussi que plus les périodes d'arrêt de travail étaient longues, plus la reprise était difficile. A un moment donné, si le médecin estimait qu'il n'y avait plus de maladie motivant un arrêt de travail, il devait prescrire une reprise sans préjuger de la durabilité de ladite reprise. Si la Doctoresse V_____ avait préconisé une reprise de travail, c'était que la patiente était en rémission, dès lors que s'agissant de maladies chroniques, elles ne pouvaient être qu'en rémission et non pas guéries. Il ne devait plus y avoir de symptômes ou alors un minimum compatibles avec une reprise de travail. Les troubles présentés par la patiente étaient susceptibles de se décompenser face à un stress, un événement de vie particulier tels qu'un décès, une rupture affective, voire la reprise de substance. La rechute pouvait être très rapide et violente, et des symptômes très graves pouvaient survenir d'un jour à l'autre. Par exemple, avec la prise de cocaïne, les idées suicidaires surgissaient dans les 24 heures après la prise de la substance. Le témoin ne pouvait pas répondre à la question de savoir si en janvier 2004, la patiente était objectivement capable de reprendre le travail de manière durable. Il ne pouvait en aucun cas être sûr d'une absence de rechute dépressive ou de reprise de substances. C'était le cas chez n'importe quel patient présentant ce type de problèmes, les médecins du centre ayant vu des patients abstinents pendant plusieurs années rechuter, la maladie se réactivant. Il n'était pas possible de dire qu'une personne allait rester stable pendant une semaine, un mois, un an ou dix ans avec ce type de pathologie. Sur question, la Doctoresse V_____ a expliqué que son éthique ne lui permettait pas de prescrire des reprises ou des arrêts de travail en fonction de l'assurance-chômage. Elle faisait une évaluation de la situation par rapport à la maladie, s'agissant d'évaluer à un moment donné si la patiente pouvait reprendre le travail ou non. Si une personne trouvait un emploi, elle s'assurait qu'elle avait retrouvé toutes ses compétences avant de préconiser une reprise de travail. Il n'y avait pas la même pression s'agissant d'un patient au chômage, les exigences de performance étant moindres. Au terme de cette audience, le mandataire de la défenderesse a allégué que le projet de décision de l'OAI n'avait pas été notifié à la BALOISE qui se trouvait à Bâle dans les locaux de la BALOISE ASSURANCES. Quant à la décision de l'OAI, elle n'avait jamais été notifiée à l'une ou l'autre des entités. Le représentant de l'appelée en cause a indiqué que sauf erreur, la défenderesse n'avait aucun employé et avait délégué la gestion de ses affaires à la BALOISE ASSURANCES, ce que la représentante de la défenderesse a confirmé. Le mandataire de la demanderesse a quant à lui considéré que la défenderesse avait reçu la décision de l'OAI, se référant à la jurisprudence et notamment à l'arrêt du Tribunal fédéral du 26 mai 2009. Dans ses écritures après enquêtes du 19 mai 2011, la demanderesse a persisté dans ses dernières conclusions, rappelant que la défenderesse était liée par la décision de l'OAI. Par ailleurs, les enquêtes avaient démontré que les liens de connexités matérielle et temporelle étaient remplis. Selon les témoignages, les affections à l'origine de l'invalidité étaient en effet les mêmes que celles ayant conduit aux premières périodes d'incapacité de travail intervenues alors que la demanderesse était assurée par la défenderesse. Les enquêtes avaient également pu confirmer que l'on se trouvait en présence d'une véritable désintégration professionnelle qui trouvait son point de départ lors des premières incapacités de travail survenues alors que la demanderesse était dans un rapport de prévoyance avec la défenderesse. Dans ses conclusions après enquêtes du 20 mai 2011,

la défenderesse a persisté dans l'intégralité de ses conclusions, rappelant ses précédents arguments. Elle a par ailleurs estimé que s'il devait être reconnu à la demanderesse le droit à une rente d'invalidité, cette dernière ne saurait lui être octroyée antérieurement au 1^{er} avril 2007. Dans ses conclusions après enquêtes du 20 mai 2011, l'appelée en cause a constaté que tous les témoins entendus avaient estimé que l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité était bel et bien survenue en 2002 et que la demanderesse n'avait pas recouvré depuis lors sa capacité de travail dans une mesure telle qu'on pourrait admettre une rupture du lien de causalité temporelle. L'appelée en cause a donc retenu que la décision de l'OAI du 17 avril 2008 n'était pas insoutenable, en ce qu'elle fixait le début de l'incapacité de travail au 25 octobre 2002, date à laquelle la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse. La question de savoir si la décision de l'OAI avait été adressée à la défenderesse pouvait finalement demeurer sans réponse. En date du 27 octobre 2011, sur demande de la Cour de céans, la défenderesse a produit une copie du contrat d'affiliation qu'elle avait conclu avec l'entreprise X _____ SA en date du 7 juin 2001, ainsi qu'une copie de ce contrat d'affiliation applicable dès le 1^{er} janvier 2006. Après communication aux parties de ces pièces, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du code des obligations - CO ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 - LPP ; art. 142 du code civil - CC). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) S'agissant de la compétence *ratione loci*, en matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). En l'occurrence, la demanderesse a été affiliée en matière de prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse suite à son engagement au sein de l'entreprise X _____ SA, sise à Genève. Le lieu de l'exploitation dans laquelle l'assurée a été engagée étant à Genève, la compétence *ratione loci* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent donnée. c) L'ouverture de l'action prévue à l'article 73 alinéa 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; SCHWARZENBACH-HANHART, *Die Rechtspflege nach dem BVG*, SZS 1983, p. 182). d) Pour le surplus, la demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA - RS E 5 10). Partant, elle est recevable. La loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions entrant en vigueur le 1^{er} avril 2004 et le 1^{er} janvier 2006), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel

les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande date du 23 mars 2009 et les faits pertinents remontent jusqu'en 2002. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel de la demanderesse à des prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2004 et, après le 1er janvier 2005, en fonction des modifications de la LPP, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Le litige consiste à déterminer si la défenderesse, subsidiairement l'appelée en cause, doit verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2003. En matière de prévoyance professionnelle, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 let. a LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005). Selon l'art. 23 LPP dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 24 al. 1 LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, cette disposition prévoyait que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison des deux tiers au moins, au sens de l'AI, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins. Conformément à l'art. 18 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (édition janvier 2000), lorsqu'une personne assurée tombe en incapacité de gain avant l'âge-retraite, elle a droit à une rente d'invalidité, pour autant qu'elle ait été couverte lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause a entraîné l'invalidité (al. 1, 1ère phrase). Il y a incapacité de gain lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, que par suite de maladie (y compris le déclin des facultés mentales et physiques) ou d'accident, la personne assurée est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer son métier ou toute autre activité lucrative pouvant lui être confiée, ou si elle est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale (al. 2). Le montant des prestations d'invalidité est déterminé en fonction du degré d'incapacité de gain ou au moins en fonction de l'invalidité fixée par l'assurance invalidité fédérale. Lorsqu'un degré d'incapacité de gain atteint $66 \frac{2}{3}$ % ou plus, les prestations sont accordées intégralement. Par contre, une incapacité de gain de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation (al. 3). Le droit à une rente d'invalidité naît au moment de l'attribution à la personne assurée d'une rente de l'assurance invalidité fédérale. La rente d'invalidité prévue dans le règlement débute au plus tôt toutefois après la fin de l'obligation de verser le salaire par l'employeur, c'est-à-dire à épuisement de l'indemnité journalière en cas de maladie. Le Règlement de la caisse fixe le délai d'attente avant le début de la rente d'invalidité (al. 8). L'art. 7 du Règlement de la caisse de la défenderesse (édition janvier 2000) fixe le délai d'attente pour le versement de la rente d'invalidité et dispose que cette dernière prend effet après un délai d'attente de vingt-quatre mois, mais au plus tôt après épuisement de l'assurance indemnité journalière en cas de maladie conclue par l'employeur. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI - RS 831.20) s'appliquent

par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Selon l'art. 26 al. 2 LPP, l'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier. a) En matière de prévoyance professionnelle obligatoire, il ressort clairement de la jurisprudence qu'il ne peut pas être dérogé à l'art. 26 al. 1 LPP et qu'une disposition réglementaire selon laquelle le droit à une prestation d'invalidité ne prend naissance qu'après l'expiration d'un délai d'attente de plus de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de travail est inadmissible et contraire à la loi (ATF 118 V 35). b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'interpréter l'art. 26 al. 1 LPP en ce sens que le renvoi aux « dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) » applicables par analogie pour fixer la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle vise uniquement l'art. 29 aLAI, à l'exclusion de l'art. 48 al. 2 aLAI. Du reste, c'est bien ainsi que le Tribunal fédéral a interprété la disposition en cause dans un arrêt du 1er septembre 1999, B 51/98 (RSAS 2001 p. 82 et PJA 2001 p. 445), dans lequel le début de l'incapacité de travail déterminante pour la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle a été fixé à la lumière de l'art. 29 al. 1 aLAI, quand bien même le versement de la rente de l'assurance-invalidité avait été différé bien au-delà du terme de la période de carence, en raison de la tardiveté de la demande. c) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, si une institution de prévoyance reprend, explicitement ou par renvoi, la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité effectuée par les organes de l'AI, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine ; consid. 2 non publié de l'ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références; ATF 118 V 40 consid. 2a). Le Tribunal fédéral a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003. L'institution de prévoyance est «touchée», au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA, par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition ou au cours de la procédure d'audition (ATF 130 V 273 consid. 3.1; ATF 129 V 76). Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP – qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI – n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73). En revanche, lorsqu'il s'en tient à ce qu'a décidé l'organe de l'assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'assureur LPP dans la procédure de l'assurance-invalidité n'a plus d'objet. Dans un tel cas, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 et suivants LPP, s'applique sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir ATF non publié du 9 février 2004, B 39/03, résumé in RSAS 2004 p. 451). d) Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de faits résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait

pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligerait l'OAI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision (« révision procédurale ») (ATF 126 V 309 consid. 3a et les références). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références). L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance. Pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, il faut non seulement que l'incapacité de

travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Mais une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée. Cette interprétation de la loi restreindrait de manière inadmissible la portée de l'art. 23 LPP, notamment dans le cas d'assurés qui ne retrouvent pas immédiatement un emploi et qui, pour cette raison, ne sont plus affiliés à aucune institution de prévoyance. D'ailleurs, si l'on voulait s'inspirer des règles en matière d'assurance-invalidité, on devrait alors envisager une durée minimale d'interruption de l'activité de travail de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATF 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa). 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). En l'espèce, par projet de décision du 17 avril 2008 et décision formelle du 2 juin 2008, l'OAI a accordé à la demanderesse une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2005. Il a considéré qu'elle présentait un degré d'invalidité de 75% depuis le 25 octobre 2002, taux ouvrant droit à une rente entière dès le 25 octobre 2003, mais que sa demande était tardive. La défenderesse ne s'estime pas liée par l'appréciation de l'OAI, alléguant que le projet d'acceptation de rente et la décision du 2 juin 2008 ont été adressés à la BALOISE ASSURANCES et ne lui ont donc pas été formellement notifiés. Ainsi que le relève à juste titre la demanderesse, la Cour de céans souligne toutefois que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de reconnaître la légitimation passive de la BALOISE ASSURANCES en lieu et place de sa fondation collective, défenderesse dans la présente cause (ATF non publié 9C.254/2009 du 26 mai 2009, consid.

2.1). Les enquêtes ont par ailleurs permis d'établir que la défenderesse et la BALOISE ASSURANCES, ayant leur siège à la même adresse, occupent les mêmes locaux et emploient les mêmes personnes. Il est également clairement apparu que la défenderesse, ne disposant en fait d'aucun employé, a délégué la gestion de ses affaires à la BALOISE ASSURANCES. Pour preuve, dans le cadre de l'instruction du dossier de la demanderesse, la défenderesse a adressé à cette dernière et à ses employeurs des documents pour la plupart émis non par elle-même mais par la BALOISE ASSURANCES. Lors de la première audience tenue par la Cour de céans, la défenderesse a d'ailleurs été représentée par une employée de la BALOISE ASSURANCES et a produit une procuration libellée au nom de cette dernière. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que la défenderesse ne peut pas sérieusement alléguer ne pas avoir reçu la décision de l'OAI, alors même que cette décision a été reçue par la BALOISE ASSURANCES qui dispose des mêmes collaborateurs que la défenderesse et gère les dossiers de cette dernière. Il convient au contraire de retenir que la décision de l'OAI a été valablement notifiée à la défenderesse, laquelle en a eu connaissance et a eu la possibilité de la contester en temps utile. En définitive, la Cour retient donc que la défenderesse a été intégrée à la procédure de l'assurance-invalidité et qu'elle est liée par la décision de l'OAI et son estimation de l'invalidité, sous réserve d'une estimation d'emblée insoutenable. Pour rendre sa décision, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport d'expertise du 5 février 2008 du Dr U_____. Au terme de son analyse, ce dernier est parvenu à la conclusion claire que l'incapacité de travail de la demanderesse était totale depuis sa première grave décompensation en novembre 2002, mais de 75% au moment de l'expertise en raison du bon investissement de son cadre thérapeutique. La Cour relève que lors de son expertise, le Dr U_____ a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la demanderesse. Pour ce faire, l'expert s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport de sept pages est circonstancié. L'état de santé de la demanderesse a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin a procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Par ailleurs, contrairement à l'avis de la défenderesse, les enquêtes menées par la Cour de céans n'ont pas remis en cause l'appréciation du Dr U_____, faisant au contraire apparaître comme hautement vraisemblable que la demanderesse présente une capacité de travail nulle ou quasi-nulle depuis l'automne 2002. Au vu de ce qui précède, l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'OAI ne se révèle pas d'emblée insoutenable et semble au contraire tout à fait appropriée en tant qu'elle retient un degré d'invalidité de 75% depuis le 25 octobre 2002. La défenderesse conteste l'existence d'une relation d'étroite connexité tant matérielle que temporelle entre l'incapacité de travail de la demanderesse survenue le 25 octobre 2002 et son invalidité. Concernant tout d'abord le lien de connexion matérielle, il ressort du dossier et des enquêtes conduites par la Cour de céans que la demanderesse souffre depuis l'enfance de troubles psychiques, lesquels sont invalidants depuis 2002. Les médecins ont retenu une hyperactivité avec trouble de l'attention, faisant également état, notamment, d'une dépendance à la cocaïne et au cannabis, d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité de type borderline. La Cour souligne que les différents diagnostics se fondent sur une anamnèse et une symptomatologie identiques, mettant en évidence chez la demanderesse un seul et même tableau clinique, ponctué d'épisodes de décompensation et de dépression, dont certains aspects prédominent selon les périodes sans que les différents diagnostics puissent être dissociés. La Cour retient ainsi que l'affection psychique de la

demanderesse à l'origine de son invalidité est la même que celle qui s'est manifestée durant l'affiliation à la défenderesse et qui a entraîné son incapacité de travail durable dès l'automne 2002. La relation d'étroite connexité matérielle doit ainsi être admise. S'agissant ensuite du lien de connexité temporelle, dans le cadre de l'assurance-chômage, la demanderesse a suivi un cours auprès du cabinet Y _____ du 21 juin au 30 juillet 2004 et a travaillé auprès de l'association Z _____ du 7 septembre 2004 au 4 janvier 2006. Contrairement aux dires de la défenderesse, ces faits ne sont toutefois pas de nature à entraîner une longue interruption de l'incapacité de travail de la demanderesse, dans la mesure où les enquêtes ont clairement mis en évidence que cette dernière n'avait pas recouvré sa capacité de travail durant cette période. Concernant l'association Z _____, la Cour souligne d'ailleurs qu'il s'agissait d'une entreprise de réinsertion professionnelle accueillant des personnes inaptes à travailler sur le marché du travail ; la demanderesse, envers qui l'association faisait preuve de souplesse et de tolérance, n'était pas en mesure de reprendre une activité sur le marché normal du travail, que ce soit au début ou à la fin de son activité auprès de Z _____. La relation d'étroite connexité temporelle doit partant également être admise. En définitive, au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, c'est-à-dire le 25 octobre 2002, la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse. La demande devra dès lors être rejetée en tant qu'elle est dirigée contre l'appelée en cause et admise dans le sens des considérants en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse. Il résulte en effet de ce qui précède que cette dernière devra verser à la demanderesse une rente de prévoyance professionnelle fondée sur un degré d'invalidité de 75%, c'est-à-dire une rente entière d'invalidité. A ce stade, il reste donc uniquement à déterminer depuis quand cette rente est due à la demanderesse. Dans la mesure où cette dernière est affiliée auprès de la défenderesse pour la prévoyance professionnelle obligatoire, l'art. 7 du Règlement de la caisse de la défenderesse (édition janvier 2000) est nul en tant qu'il fixe à vingt-quatre mois le délai d'attente pour le versement de la rente d'invalidité (ATF 118 V 35). Il convient donc d'appliquer l'art. 26 LPP et l'art 18 al. 8 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (édition janvier 2000), desquels il ressort que le droit à la rente d'invalidité naît au moment de l'attribution à la demanderesse d'une rente de l'assurance invalidité fédérale. Au surplus, il ne ressort pas du dossier que la demanderesse aurait perçu des indemnités journalières en cas de maladie dans le cadre de l'assurance indemnité journalière conclue par son employeur. Au contraire, aucun décompte ne figure au dossier et la mère de la demanderesse a indiqué dans un courrier du 19 juin 2006 que sa fille n'avait jamais touché de prestations de la part de son assurance maladie AXA. En conclusion, c'est à compter du 1^{er} octobre 2003 que la demanderesse a droit à une rente entière d'invalidité, ce conformément aux art. 26 LPP et 18 al. 8 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (édition janvier 2000), ainsi qu'à l'art. 29 al. 3 LAI, applicable par renvoi de l'art. 26 al. 1^{er} LPP. La demanderesse conclut encore au paiement d'intérêts moratoires. Selon la jurisprudence, un intérêt moratoire est dû, en matière de rente de prévoyance professionnelle, dès le jour du dépôt de la demande en justice, conformément à l'art. 105 al. 1 CO (ATF 119 V 131 consid. 4 c). A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO; ATF 130 V 421 consid. 5.1, 119 V 131 consid. 4d, 115 V 37 consid. 8c). Etant donné que les règlements de la défenderesse ne contiennent aucune disposition à ce sujet, un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 23 mars 2009, date du dépôt de la demande en justice. Enfin, la demanderesse, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens à concurrence de 5'000 fr (art. 89H al. 3 LPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et 89H al.

1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : La rejette en tant qu'elle est dirigée contre la FONDATION INSTITUTION SUPPLEMENTIVE LPP. L'admet dans le sens des considérants en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2003, avec intérêts à 5% l'an dès le 23 mars 2009. Dit que la procédure est gratuite. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de 5'000 fr. à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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