

GE_GERICHTE A/2366/2010 vom 18. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2366_2010

FR: GE_GERICHTE A/2366/2010 du 18 avril 2011

IT: GE_GERICHTE A/2366/2010 del 18 aprile 2011

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA demanderesse contre NATIONALE SUISSE FONDATION COLLECTIVE LPP, Wuhrmattstrasse 19, Bottmingen, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maud VOLPER et FONDATION DE PREVOYANCE D'ISS SUISSE (PENSIONSKASSE DER ISS SCHWEIZ), Buckhauserstrasse 22, Zürich, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET défenderesses EN FAIT Madame A_____, née en 1952, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en 1983. Dès février 1998, l'intéressée a travaillé en tant que nettoyeuse à Genève auprès de X_____ S.A., devenue dès juin 2001 Y_____ S.A. (ci-après l'employeur), qui l'a annoncée auprès de la FONDATION COLLECTIVE COOP VIE, reprise dès novembre 2002 par la NATIONALE SUISSE FONDATION COLLECTIVE LPP (ci-après la fondation collective). Dès le 7 décembre 1999, l'intéressée a été en incapacité de travail totale et a bénéficié d'indemnités journalières perte de gain jusqu'au 4 mars 2002. Le 17 mars 2000, le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a adressé un rapport à la Dresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant depuis le 3 mars 2000, dans lequel il a indiqué les diagnostics de fibromyalgie et de dorsolombalgie sur troubles de la statique. Il a relevé que dans le cadre de la fibromyalgie, des petites doses de Séropram ou d'Exefor peuvent être bénéfiques. Le 27 novembre 2000, à la demande de l'assureur perte de gain maladie de l'employeur, le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu une expertise fondée sur un examen clinique et des radiographies, CT-scan et IRM effectuées entre janvier et novembre 2000. La patiente se plaignait de lombalgies, de douleurs aux épaules, poignets, nuque, bras, fesses, de céphalées, de douleurs faciales, de dysesthésies au pied droit, d'une asthénie intense à l'effort et d'une symptomatologie abdominale. Selon l'expert, la patiente présentait un syndrome fibromyalgique floride. Les autres diagnostics ne correspondaient à aucune gravité anatomique. L'incapacité de travail était justifiée. Elle ne lui était pas apparue dépressive, mais elle avait de la peine à assumer un poste de travail. Elle avait suivi avec assiduité les traitements ordonnés et tenté sans succès de reprendre son travail. Il a relevé qu'un traitement antidépresseur pouvait être bénéfique dans l'espoir de diminuer le seuil de la douleur. Le 14 février 2001, l'intéressée s'est annoncée à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), indiquant souffrir d'hernies discales, de discopathies, de fibromyalgie ainsi que des suites d'une opération au genou droit. Par rapport du 8 mars 2001, le Dr L_____ a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif existant depuis 1999 ainsi que des lombalgies chroniques sur troubles statiques. Il suivait la patiente depuis le 28 janvier 2000. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. Le 11 décembre 2001, la Dresse M_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué une hernie discale extra-canaulaire foraminale droite en L3-L4, une

discopathie protrusive L4-L5 et prolapsus disco-ligamentaire postéro médian L5-S1, une dégénérescence arthrosique débutante de la sacro-iliaque gauche, des troubles de la statique lombo-pelvienne avec raccourcissement du MID provoquant une bascule du bassin, une polyinsertionite, une déchirure de degré III de la corne postérieure du ménisque interne droit, de l'hypertension artérielle, une urétéro-rénoscopie gauche avec extraction de calculs en décembre 99 et une pancréatite biliaire et status post cholécystectomie. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale du 25 janvier au 2 février 2000 et dès le 3 mars 2000, dans toute activité, en raison des douleurs diffuses chroniques et d'une fatigue chronique. Elle avait prescrit des anti-inflammatoires, des antidépresseurs ainsi que l'école du dos. A la demande de l'OAI, le Dr O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 16 novembre 2002 une expertise dans laquelle il indique qu'il n'y a pas d'affection psychiatrique, ni psychologique ayant un caractère cliniquement relevant, ni de diagnostic de trouble somatoforme. L'expert avait contacté la Dresse M _____ le 12 novembre 2002, qui lui avait expliqué avoir prescrit le Séropram uniquement pour l'atténuation des douleurs ostéo-articulaires de la patiente. Celle-ci n'avait jamais présenté des signes d'un état dépressif. L'intéressée a reçu une attestation de prévoyance pour l'année 2002 ainsi qu'un décompte de sortie daté du 9 février 2004 - mentionnant la résiliation du contrat de travail pour le 31 décembre 2002 - établis par la fondation collective. A la demande de l'OAI, le Dr P _____, médecin-chef au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV à Lausanne, a rendu une expertise le 11 novembre 2003, suite à un examen de l'intéressée effectué la veille. La patiente se plaignait de douleurs permanentes dans la région cervicale et lombaire, de fourmillements dans les mains et pieds, de douleurs dans les épaules et le coccyx, de douleurs rachidiennes violentes le matin et de pertes de mémoire. L'expert a diagnostiqué un état douloureux chronique touchant la région rachidienne, les membres supérieurs, surtout du côté gauche (présent depuis 1999). Elle présentait une légère limitation de la mobilité lombaire. Il n'y avait toutefois pas de pathologie organique importante susceptible d'entraîner une incapacité de travail dans un métier adapté. Il a relevé par ailleurs que la patiente paraissait ralentie. Malgré le fait qu'une expertise psychiatrique en 2002 avait conclu que cette patiente n'avait pas d'état dépressif, on pouvait se demander si cela était encore valable actuellement. En effet, un traitement régulier de Séropram et de Seresta était utilisé chez cette patiente, ce qui parlerait pour l'hypothèse d'un état dépressif sous-jacent. La patiente signalait des troubles mnésiques, ce qui pouvait également faire penser à un état dépressif latent. Selon l'expert, l'activité antérieure était exigible 7,5 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20 % depuis janvier 2001 en raison du ralentissement et du manque d'activité durant plusieurs années. Le 15 juin 2004, la Dresse M _____ a attesté que sa patiente souffrait d'une périarthrite scapulo-humérale engendrant des douleurs et une limitation fonctionnelle. Selon l'échelle de HAMILTON, elle présentait une dépression modérée. Le 24 juin 2004, l'intéressée a fait l'objet d'un examen psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après SMR) par la Dresse Q _____. Elle a constaté qu'il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique. La patiente présentait quelques traits dépressifs et anxieux discrets qui ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Par décision du 17 novembre 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le 20 janvier 2005, la Dresse M _____ a attesté que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé. Elle avait été opérée du tunnel carpien à droite le 12 mai 2004 et l'état dépressif s'était exacerbé. Par décision du 27 mai 2005, l'OAI a admis l'opposition de l'intéressée en constatant qu'une instruction médicale psychiatrique était nécessaire. Le 17 janvier 2007, la Dresse R _____,

spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a rendu un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué une dépression récurrente grave depuis février 2005 et une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée. La patiente était très angoissée, fragile, vulnérable, culpabilisée facilement et présentait un état dépressif depuis l'enfance et une personnalité abandonnique-anxieuse. Le médecin déclarait prescrire un traitement médicamenteux et effectuer une psychothérapie de soutien. Le pronostic était réservé. a) A la demande de l'OAI, le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et la Dresse T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) ont rendu le 23 avril 2007 une expertise fondée notamment sur un séjour de l'intéressée du 16 au 19 avril 2007, un examen clinique, une expertise psychiatrique et une évaluation des capacités professionnelles. L'expertise psychiatrique du 17 avril 2007 de la Dresse T_____ a posé les diagnostics de dysthymie (F 34.1) et de trouble mixte de la personnalité (F 61.0). La patiente avait interrompu son activité en raison de douleurs de l'appareil locomoteur apparues en 1993. Les douleurs s'étaient vite vues attribuer le label de « fibromyalgie et dépression » et avaient entraîné diverses investigations complémentaires peu concluantes avant que ne s'ajoutent d'autres diagnostics avec ou sans symptômes associés jusqu'au diagnostic de « dépression récurrente » en 2005. Le caractère des plaintes et la clinique permettaient d'établir la présence d'un trouble de l'humeur persistant, les critères d'une dysthymie chronique étant réunis. Cette dernière s'était probablement installée, comme c'était souvent le cas, après l'événement majeur qu'avait représenté la mort de la mère en 1993. Par ailleurs, ce diagnostic n'était pas contradictoire avec celui de dépression retenu en 2005 par le psychiatre traitant, ni avec l'absence de trouble de l'humeur retenu par les experts en 2002 et 2004, vu l'importante fluctuance et l'extrême réactivité aux événements caractérisant la dysthymie. Ce tableau s'était installé chez une femme plutôt fruste à la capacité d'élaboration et de mentalisation limitée. "décompensant" littéralement une personnalité jusque là peu "bruyante", comme c'était le cas pour les traits de personnalité significatifs retenus ici, traits évitants et anxieux dominés par l'appréhension, le sentiment d'infériorité, la difficulté de nouer des relations sociales et traits dépendants. L'association d'une dysthymie chronique et d'un trouble mixte de la personnalité dominé par les traits évitants (anxieux) et dépendants constituait indéniablement, en l'état, une atteinte à la santé psychique de cette patiente et par là-même un certain degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage à temps partiel. Même si l'évolution dysthymique datait certainement de 1993, on pouvait lui reconnaître très clairement une valeur incapacitante à partir de février 2005, ce qui correspondait au premier contact avec le psychiatre traitant et au début d'une thérapie de soutien qui se poursuivait depuis. Les limitations fonctionnelles étaient faites de plaintes diffuses et envahissantes, d'anticipations anxieuses et pessimistes avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, une tendance à l'évitement, un adynamisme, une tendance au repli et des troubles conatifs. c) Le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 16 avril 2007 relevait que la volonté de donner le maximum aux tests était insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation était faible. d) Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont relevé que la discordance entre les données objectives et les plaintes transparaissait dans chaque rapport médical. Pour décrire ce hiatus, on s'était rapidement tourné vers le label de fibromyalgie que le Dr L_____ avait appliqué dès l'entrée dans l'incapacité de travail. D'autres diagnostics s'étaient greffés sur le tableau des douleurs diffuses, intéressant aussi bien la sphère psychique (état dépressif) que somatique. Toutefois, cette inflation de diagnostics ne

paraissait pas justifiée par la clinique. Au terme de l'entretien de synthèse, les experts ont admis que la patiente présentait une atteinte significative à sa santé, qui était essentiellement de nature psychique, C'était à partir de l'année 2005, époque où une décompensation de la dysthymie avait nécessité une prise en soins psychiatrique spécialisée, qu'on pouvait faire remonter l'incapacité de travail de longue durée : 100 % de février à juillet 2005, 70 % d'août 2005 à décembre 2006 et 50 % dès le 1^{er} janvier 2007. Par décision du 17 juillet 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée. L'intéressée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} janvier 2001. Par arrêt du 28 janvier 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS) a reconnu le droit de l'intéressée à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} février 2006 au 31 mars 2007 et à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2007. Le TCAS, en se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, a retenu que l'intéressée était en incapacité de travail dès février 2005 en raison d'une maladie psychique. Contesté par l'OAI, cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral le 26 juin 2009 (cause 9C_200/2008). Par décisions du 8 décembre 2009, l'OAI a alloué une rente entière à l'intéressée du 1^{er} février au 30 juin 2006 et une demi-rente dès le 1^{er} avril 2007. Le 26 janvier 2010, l'intéressée a requis auprès de la fondation collective le versement des prestations découlant de la prévoyance professionnelle dès le 1^{er} février 2006, faisant valoir que l'incapacité de travail durable qu'elle subissait depuis la fin des rapports de travail était en rapport de connexité matérielle et temporelle étroite avec l'invalidité. Par courrier du 11 février 2010, la fondation collective a refusé de prester, au motif que l'intéressée n'avait plus été assurée à partir du 1^{er} janvier 2002, faute de percevoir un salaire égal au salaire déterminant de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 25 juin 1982 (LPP ; RS 831.40). Quoiqu'il en soit, l'incapacité de travail déterminante avait débuté postérieurement à la fin des rapports de travail, fixée au 4 mars 2002. Le 16 février 2010, l'intéressée a répondu qu'il résultait de l'expertise effectuée par le Prof. P_____ qu'il existait une incapacité de travail de 20% au moins depuis janvier 2001. Il s'agissait manifestement de la même cause médicale qui avait conduit à l'invalidité. Quoiqu'il en soit, les incapacités de travail avaient débuté en 1999 déjà. Le 6 juillet 2010, l'intéressée, représentée par Maître LOCCIOLA, a ouvert action devant le TCAS contre la fondation collective (ci-après la défenderesse I), sous le numéro de cause A/2366/2010. Elle conclut, préalablement, à la production du règlement de la défenderesse en vigueur en 2001 et 2002 ainsi qu'une copie du contrat d'affiliation avec l'employeur et, principalement, au versement d'une rente entière pour elle et son enfant entre le 1^{er} février 2006 et le 31 mars 2007, au versement d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2007, majorées d'un intérêt de 5% dès le 1^{er} août 2008, sous suite de dépens et sous réserve d'une amplification de la demande. La demanderesse fait valoir que le Prof. P_____ a retenu une incapacité de travail de 20% au moins depuis janvier 2001. L'expertise effectuée par la Dresse T_____, sur laquelle s'était fondé le TCAS, retenait certes, une incapacité de travail totale dès février 2005. Cependant, les experts de la CRR estimaient que « les douleurs de l'appareil locomoteur bientôt ubiquitaires apparues en 1993 se sont vite vues attribuer le label « fibromyalgie et dépression ». Selon la demanderesse, vu son arrêt de travail définitif à partir du 7 décembre 1999 et l'incapacité de travail durable, de 20% au moins, constatée par le Dr P_____, il est manifeste qu'une incapacité de travail, due à la dépression, de 20% au moins, a subsisté sans interruption depuis janvier 2001. Il s'agissait manifestement de la même cause médicale qui a conduit à l'invalidité. Elle ajoute que le diagnostic du Dr

L'_____ du 9 mars 2001 évoque, certes, une fibromyalgie, un état dépressif et des lombalgies chroniques sur troubles statiques. Cependant, au vu de l'expertise psychiatrique de la Dresse T_____, il s'agit bel et bien, depuis 1993, mais sans répercussion dans un premier temps sur la capacité de travail, d'une même cause médicale, à savoir : une dysthymie (F34.1) et des troubles mixtes de la personnalité (F 61.0). L'argument de la défenderesse, selon lequel le salaire assuré n'aurait plus été réalisé en 2002, était sans pertinence, puisque la demanderesse avait été en incapacité de travail à partir du 7 décembre 1999 et qu'une incapacité de travail durable et donc déterminante avait été reconnue dès janvier 2001 par le Prof. P_____. Par réponse du 30 septembre 2010, la défenderesse I, représentée par Maître Maud VOLPER, conclut au rejet de l'action, sous suite de dépens, au motif que la demanderesse n'a jamais été soumise à l'assurance obligatoire lorsqu'elle travaillait pour son dernier employeur. Par ailleurs, dans le cadre de la procédure AI, la demanderesse avait fait valoir une incapacité de travail dès le 1^{er} janvier 2001 et avait sollicité l'octroi d'une rente dès cette date. Cela étant, le TCAS et le TF avaient retenu que l'incapacité de travail déterminante, en raison d'une atteinte psychique, avait débuté en février 2005. Le TCAS avait relevé à cet égard que bien qu'elle ait souffert d'une dysthymie chronique dès 1993, celle-ci n'était devenue incapacitante qu'à partir de février 2005. Or, à cette époque, elle n'était plus assurée auprès de la défenderesse I, puisqu'elle n'était plus employée depuis le 4 mars 2002. A la demande du TCAS, la défenderesse I a produit, en date du 6 octobre 2010, le règlement du 30 juin 1998 de la FONDATION DE PREVOYANCE S.A., devenue la FONDATION DE PREVOYANCE Y_____ depuis le 28 février 2007 (ci-après la fondation de prévoyance). Elle a produit également le contrat entre la fondation de prévoyance et la FONDATION COLLECTIVE COOP VIE du 29 janvier 2001. A la lecture de ces pièces, il apparaissait que la défenderesse I et la fondation de prévoyance étaient liées par un contrat de réassurance et de gestion administrative. Les cotisations prélevées par l'employeur avaient été versées à la fondation de prévoyance et non pas à la défenderesse I. Par conséquent, celle-ci n'avait pas la légitimation passive dans le présent litige, de sorte que la demanderesse devait être déboutée de ses conclusions. Par écriture du 26 octobre 2010, la demanderesse a contesté le défaut de légitimation passive de la défenderesse I. Elle se voyait cependant contrainte à déposer également une action à l'encontre de la fondation de prévoyance par acte séparé. Elle a ajouté que si elle n'avait pas fait recours contre l'arrêt du TCAS reconnaissant le droit à une rente à partir du 1^{er} février 2006, c'est parce qu'en assurance-invalidité, une rente n'est due qu'à partir d'un degré d'incapacité de travail durable de 40%. En l'occurrence, il existait une incapacité de travail, pour des motifs psychiques, entre 20% et 40% à partir de janvier 2001, comme l'avait retenu le Dr P_____. Elle conteste l'argument selon lequel elle n'aurait jamais été soumise à l'assurance obligatoire. La défenderesse I était de mauvaise foi en niant la qualité d'assurée de la demanderesse, dès lors qu'elle avait retenu des cotisations épargne selon le décompte de sortie établi le 8 avril 2004. Le 26 octobre 2010, la demanderesse, représentée par Maître LOCCIOLA, a ouvert action devant le TCAS contre la fondation de prévoyance (ci-après la défenderesse II), sous le numéro de cause A/3645/2010. Elle conclut à la jonction de la cause avec la procédure A/2366/2010 et à ce que les défenderesses versent une rente d'invalidité entière pour elle et son fils entre le 1^{er} février 2006 et le 31 mars 2007, ainsi qu'une demi-rente à partir du 1^{er} avril 2007, à ce qu'elles calculent les montants des prestations d'invalidité et versent le montant le plus élevé, avec intérêt à 5% dès le 1^{er} août 2008. La demanderesse reprend les mêmes arguments avancés dans ses précédentes écritures. Le 2 novembre 2010, la défenderesse I a produit la version française

du règlement de la défenderesse II du 19 mai 1999. Par duplique du 19 novembre 2010, la défenderesse I persiste dans ses précédentes conclusions et requiert l'appel en cause de GENERALI ASSURANCES DE PERSONNE S.A., PATRIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SUR LA VIE S.A., SOCIETE SUISSE D'ASSURANCES GENERALES SUR LA VIE HUMAINE HOLDING S.A. et WINTERTHUR ASSURANCES VIE S.A. Elle explique qu'il n'existe aucun rapport juridique entre la demanderesse et elle. Si par impossible, le TCAS estimait qu'elle pouvait être actionnée directement par la demanderesse, alors elle sollicitait que les quatre autres assureurs ayant signé le contrat soient appelés en cause. Elle réitère l'argument selon lequel la demanderesse n'a jamais été soumise à l'assurance obligatoire. Quoiqu'il en soit, le règlement de la défenderesse II prévoit qu'un degré d'incapacité inférieur à 25% ne donne droit à aucune prestation. La demanderesse, qui alléguait une incapacité de gain de 20% depuis janvier 2001, n'avait donc pas droit à une rente. En outre, il y avait rupture du lien de connexité temporelle entre le moment où la demanderesse n'était plus employée et celui où elle a été en incapacité de travail totale, soit le 1^{er} février 2005. Par réponse du 20 décembre 2010, la défenderesse II conclut au déboutement de la demanderesse, sous suite de dépens. Elle fait valoir également que la demanderesse n'a jamais été soumise à l'assurance obligatoire vu qu'elle n'a perçu qu'un revenu annuel de 18'869 fr. 35 en 1999, puis des indemnités journalières en 2000 et 2001, au vu des pièces qu'elle produit. En outre, elle note que l'incapacité de travail attestée par le Dr L._____ relève de troubles somatiques, dès lors qu'il a diagnostiqué une fibromyalgie et des dorsolombalgies sur troubles de la statique. Quoiqu'il en soit, le TCAS avait jugé non pertinents les avis médicaux établis par les médecins traitants, pour ne retenir que les conclusions des experts. La défenderesse rappelle que le TCAS a d'ailleurs statué suite au recours déposé par la demanderesse, qui sollicitait déjà dans le cadre de la procédure contre l'OAI, le versement d'une rente entière pour une incapacité de travail dès le 1^{er} janvier 2001. Or, le TCAS et le TF n'avaient retenu une incapacité de travail qu'à partir de février 2005 pour une maladie psychique, écartant les troubles somatiques. Or, l'incapacité de travail de 20% retenue par le Dr P._____ était de nature somatique. Même si la demanderesse présentait des atteintes psychiques à sa santé avant 2005, ces atteintes n'étaient devenues incapacitantes qu'à partir de février 2005. Ainsi, il est manifeste que le rapport de connexité matérielle n'est pas rempli dans la mesure où l'atteinte à la capacité de travail de la demanderesse dès le 7 décembre 1999 n'était pas due aux éléments psychiques qui ont conduit à l'invalidité dès 2005, mais à des éléments somatiques qui n'étaient pas invalidants. Enfin, la connexité temporelle n'était pas non plus remplie. Par ordonnance du 21 décembre 2010, le TCAS a joint la cause A/3645/2010 à la cause A/2366/2010. Le 19 janvier 2011, à la demande de la Cour de céans, l'OAI a transmis le dossier de la demanderesse. Par écriture du 28 février 2011, la demanderesse persiste dans ses conclusions. Selon elle, elle était manifestement assurée lors du début de l'incapacité de travail, le 7 décembre 1999. Le Dr L._____ avait diagnostiqué un état dépressif depuis le 9 mars 2001, ce qui correspondait à la dysthymie. Or, le contrat de travail de travail avait été résilié avec effet au 31 décembre 2002, comme cela ressortait du décompte de sortie établi par la défenderesse I. Elle fait valoir que le trouble de la personnalité diagnostiqué par la Dresse T._____ a diminué progressivement sa capacité de travail. Or, une incapacité de travail de 20% au moins est suffisamment déterminante en matière de connexité au sens de la LPP. Par ailleurs, le Prof. P._____ signalait un traitement antidépresseur débuté avant la fin des rapports de travail. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du code des obligations ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 ; art. 142 code civil). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient 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). S'agissant du for de l'action, celui-ci 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, la demanderesse a exercé son activité à Genève. La compétence ratione loci du Tribunal de céans est ainsi donnée, et n'est par ailleurs pas contestée. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} avril 2004 et au 1^{er} janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). En l'espèce, le présent litige concerne le droit à des prestations d'invalidité à compter de février 2006, de sorte qu'il sera examiné au regard des nouvelles normes dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Est litigieuse la question de savoir si les défenderesses sont tenues de verser en faveur de la demanderesse des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle. A titre préalable, la Cour de céans constate que les défenderesses contestent la qualité d'assurée de la demanderesse, au motif que son salaire annuel était inférieur au minimum légal. Sont soumis à l'assurance obligatoire, les salariés qui ont plus de 17 ans et qui reçoivent d'un même employeur un salaire annuel supérieur à un certain montant fixé à l'art. 2 al. 1 LPP (23'880 fr. en 1998, 24'120 fr. en 1999 et 2000, 24'720 fr. en 2001 et 2002 ; art. 5 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP 2 ; RS 831.441.1)). L'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail et cesse notamment lors de leur dissolution. Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité (art. 2 et 10 al. 1 et 3 LPP). En l'occurrence, il ressort des pièces versées au dossier que la demanderesse a commencé son activité auprès de son dernier employeur en février 1998 et que le contrat a été résilié pour le 31 décembre 2002 (pièce 2bis chargé demanderesse). Par conséquent, dans l'hypothèse où la demanderesse aurait reçu un salaire supérieur au montant limite fixé par l'art. 5 de l'OPP2, il y aurait lieu de retenir que la période d'assurance a débuté en février 1998 et a pris fin le 31 janvier 2003, soit un mois après la fin des rapports de travail. Au vu des considérations qui suivent, la question du montant du salaire pourra cependant rester ouverte. Selon l'art. 23 LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 pour cent au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art.

29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine; consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Le Tribunal fédéral des assurances 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. 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). 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 (ATF 130 V 273 s. consid. 3.1, 129 V 76). Dans le cas particulier, l'OAI n'a pas notifié sa décision aux défenderesses. Celles-ci ne sont donc pas liées par la fixation par les organes de l'assurance-invalidité du moment de la survenance de l'incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir si les dispositions réglementaires des défenderesses reprennent la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité. Ont droit à des prestations d'invalidité, les personnes invalides qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23, 2e partie de la phrase, LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004). Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, d'au moins 20% (TFA du 14 mars 2005, B 105/03), indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. A cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295, arrêt B 35/00 du 22 février 2002). Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 263 consid. 1a, 118 V 45 consid. 5). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle

qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). 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 qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa). Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui

concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la demanderesse est invalide en raison de troubles psychiques, soit une dysthymie chronique et un trouble mixte de la personnalité. Les parties ne contestent pas non plus que ces troubles psychiques ont entraîné une incapacité de travail totale à compter de février 2005 à juillet 2005, puis de 70% d'août 2005 à décembre 2006 et de 50% dès le 1^{er} janvier 2007, comme l'a retenu le TCAS dans son arrêt du 28 janvier 2008 (ATAS/115/2008), confirmé par le TF le 26 juin 2009 (cause 9C_200/2008). Il résulte en effet de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR - qui a pleine valeur probante - que quand bien même la demanderesse avait été en incapacité de travail depuis décembre 1999 pour des troubles somatiques, il apparaissait que ceux-ci n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail. Par contre, elle souffrait de troubles psychiques, qui s'étaient décompensés dès février 2005 et qui avaient entraîné depuis cette date, une incapacité de travail totale, qui s'était par la suite améliorée. b) La demanderesse fait valoir, dans le cadre de la présente procédure, que les troubles psychiques avaient, en janvier 2001 déjà, une incidence sur sa capacité de travail, de l'ordre de 20% à 40%. S'agissant de l'apparition des troubles psychiques, l'expertise de la CRR retient que la dysthymie chronique s'est installée probablement après le décès de la mère de la demanderesse, soit en 1993. Elle avait décompensé une personnalité à traits évitants et anxieux dominés par l'appréhension, le sentiment d'infériorité, la difficulté de nouer des relations sociales et dépendants. Les experts ont précisé que la dysthymie chronique, associée au trouble mixte de la personnalité dominé par les traits évitants (anxieux) et dépendants, constituait indéniablement une atteinte à la santé psychique avec un impact sur la capacité de travail. S'agissant de déterminer à partir de quand les troubles psychiques avaient eu une répercussion sur la capacité de travail de la demanderesse, les experts ont estimé que si l'évolution dysthymique datait certainement de 1993, elle avait clairement une valeur incapacitante à partir de février 2005. A partir de cette date, la décompensation de la dysthymie avait nécessité une prise en soins psychiatrique spécialisée et entraîné une incapacité de travail de longue durée liée à diverses limitations fonctionnelles, à savoir des plaintes diffuses et envahissantes, une anticipation anxieuse et pessimiste avec sentiment d'incapacité, d'infériorité, d'insécurité, une tendance à l'évitement et au repli, un adynamisme. Qui plus est, la Dresse R_____, psychiatre traitant, a également diagnostiqué la présence, depuis février 2005, d'une dépression récurrente grave entraînant une incapacité de travail totale (rapport du 17 janvier 2007). Pour faire valoir que sa capacité de travail était déjà diminuée par les troubles psychiques en janvier 2001, la demanderesse se fonde sur les conclusions du Prof. P_____ et du Dr L_____. La Cour de céans constate que le Prof. P_____ a certes indiqué, dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2003, que la demanderesse paraissait ralentie. Cet expert a ajouté que malgré le fait que l'expertise psychiatrique de 2002 avait conclu à l'absence d'un état dépressif, on pouvait se demander si cela était encore valable. Selon lui, l'incapacité de travail était de 20% au moins depuis janvier 2001 en raison du ralentissement et du manque d'activité pendant plusieurs années. Le Dr L_____ a, quant à lui, effectivement diagnostiqué un état dépressif existant depuis 1999 et des lombalgies chroniques sur troubles statiques. Selon lui, l'incapacité de travail était totale (rapport du 8 mars 2001). La Cour de céans relèvera cependant que dans la mesure où ces médecins ne sont pas spécialisés en psychiatrie, l'on ne saurait retenir, sur la

base de leurs rapports uniquement, que la demanderesse présentait, en janvier et mars 2001, une incapacité de travail en raison de troubles psychiques. De surcroît, s'il est vraisemblable que la demanderesse a présenté un ralentissement au moment de l'examen effectué par le Prof. P _____ - le 10 novembre 2003 - aucune pièce au dossier ne permet cependant de faire remonter la présence de ce ralentissement au mois de janvier 2001, soit presque trois ans auparavant. Il y a lieu encore de relever qu'avant de rendre leurs conclusions, les experts de la CRR ont pris connaissance des rapports invoqués par la demanderesse avant de rendre leurs conclusions, de sorte que s'ils avaient estimé que les troubles psychiques avaient eu, avant février 2005, une quelconque incidence sur la capacité de travail de la demanderesse, on ne voit pas pour quelles raisons ils ne l'auraient pas mentionné. La demanderesse fait également valoir qu'un traitement antidépresseur avait déjà été initié en 2001. On relèvera à cet égard que la Dresse M _____, qui suit la demanderesse depuis le 3 mars 2000, a expliqué au Dr O _____, le 12 novembre 2002, que sa patiente n'avait jamais présenté de signes d'un état dépressif et qu'elle avait prescrit le Séropram uniquement dans le but d'atténuer les douleurs ostéo-articulaires de la demanderesse (rapport du 16 novembre 2002 du Dr O _____, p. 2). Un traitement antidépresseur avait d'ailleurs été également conseillé par le Dr N _____ pour diminuer le seuil de la douleur et quand bien même la demanderesse ne lui était pas apparue dépressive (rapport du 27 novembre 2000). De surcroît, c'est seulement le 15 juin 2004 que la Dresse M _____ évoque pour la première fois la présence d'un trouble psychique chez la demanderesse, soit une dépression modérée. En conclusion, aucun avis médical ne permet à la Cour de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise de la CRR, ni de retenir que la demanderesse présentait, en 2001 déjà, une incapacité de travail due à des troubles psychiques. Force est dès lors de constater que la survenance de l'incapacité de travail en raison des troubles psychiques remonte au mois de février 2005, au plus tôt, soit bien après la fin de l'éventuelle période d'assurance, fixée au 31 janvier 2003. La demanderesse sera par conséquent déboutée de toutes ses conclusions. Compte tenu de ce qui précède, la question de la légitimité passive de la défenderesse I peut rester ouverte. Les défenderesses prétendent à l'octroi de dépens. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4). Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits évoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable (ATF 124 V 287 consid. 3b). Même si elle a échoué à faire reconnaître un droit à des prestations d'invalidité, la demanderesse n'a pas défendu une position insoutenable, de sorte qu'elle ne saurait être condamnée à verser une indemnité aux défenderesses. La demande doit par conséquent être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 3 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : La rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.