

## **GE\_GERICHTE A/3556/2008 vom 23. Juli 2009**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3556\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3556_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3556/2008 du 23 juillet 2009

IT: GE\_GERICHTE A/3556/2008 del 23 luglio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.07.2009  
A/3556/2008

A/3556/2008 ATAS/980/2009 du 23.07.2009 ( LPP ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3556/2008  
ATAS/980/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 8 du 23 juillet 2009 En la cause Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée au  
Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe  
NORDMANN demanderesse Contre GROUPE MUTUEL PREVOYANCE, sis rue du  
Nord 5, 1920 Martigny défendeur EN FAIT B \_\_\_\_\_, ressortissante suisse, née en  
1954, a en particulier travaillé de 1977 à 1988 au sein d'une compagnie aérienne, où elle a  
exercé en dernier lieu la fonction de responsable du personnel de cabine. Du 1<sup>er</sup> février  
2001 au 10 décembre 2003, elle a travaillé comme coordinatrice de réception, responsable à  
l'accueil et la sécurité des visiteurs à l'UEFA. Dans le cadre d'un changement de hiérarchie,  
courant 2003, le contexte professionnel s'est détérioré et l'employeur a résilié le contrat de  
travail au 31 mai 2004. Le 24 novembre 2004, l'assurée a déposé une demande de  
prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), alléguant être  
incapable travailler depuis le 9 décembre 2003, en raison de dépression et de troubles  
anxieux. Dans un rapport du 13 février 2005 adressé à l'OCAI, la Dresse L \_\_\_\_\_,  
psychiatre traitante depuis le 29 juillet 2004, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère  
associé à des troubles anxieux (agoraphobie avec trouble panique, anxiété généralisée,  
symptômes compulsifs) existant depuis décembre 2003. Face à l'intensité et la persistance  
des troubles psychiatriques présentés, le pronostic était très réservé à moyen voire à long  
terme quant à l'évolution de la capacité de travail. Une récupération totale de la capacité de  
travail n'était pas envisageable à court et moyen terme. Une réadaptation professionnelle ne  
pouvait pas être envisagée, car la symptomatologie dépressive sévère et ses retentissements  
neurologiques ne permettaient pas à la patiente de pouvoir effectuer et maintenir une  
activité d'apprentissage. Son état psychologique restait précaire et elle ne pouvait faire face  
à la gestion du quotidien qu'avec difficulté. Les stimulations étaient des facteurs  
d'aggravation de son état psychologique. Dans un rapport du 28 mars 2005, le Dr  
M \_\_\_\_\_, médecin-traitant généraliste depuis fin 2003, a attesté que sa patiente souffrait  
d'une dépression grave depuis mi-2003 et que la capacité de travail de celle-ci était nulle  
depuis décembre 2003. Moyennant un aménagement de son poste de travail (sans stress),  
l'intéressée, dont la motivation pour la reprise du travail était bonne, pouvait exercer une  
activité à mi-temps, voire à 60% ou 75%, dans le domaine exercé jusque-là. Dans un  
rapport du 20 septembre 2005, le Service médico-régional de l'AI (SMR) a diagnostiqué un  
épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, agoraphobie avec phobies paniques,  
anxiété généralisée. Sur la rubrique « limitations fonctionnelles », il a retenu une anxiété,  
une agitation psychomotrice, des troubles importants de la concentration et de la mémoire,

des ruminations, des troubles du sommeil, des cauchemars, une aboulie, une anhédonie, des sentiment d'incapacité, des idées suicidaires et un retrait social. La capacité de travail était nulle dans quelque activité que ce soit. En cas d'octroi de rente, une révision était proposée dans le délai d'une année. Une éventuelle aptitude à la réadaptation était prématurée. Par décision du 12 octobre 2005, l'OCAI a accordé une rente entière à l'assurée dès le 9 décembre 2004. Entre-temps, le 1<sup>er</sup> juillet 2005, B \_\_\_\_\_ est entrée au service de la société X \_\_\_\_\_ SA, en qualité de directrice « VIP Flight Quality Service Manager », à plein temps, pour une durée indéterminée, moyennant un salaire de 9'000 fr. brut par mois, payable 13 fois l'an. Le lieu d'activité était Genève (contrat conclu le 12 mai 2005). Le contrat de travail était soumis aux « dispositions contractuelles de travail pour X \_\_\_\_\_ en Suisse », dont l'art. 8.9 prévoit que les prestations d'assurance (maladie, accident, institution de prévoyance) figurent « dans les règlements respectifs qui peuvent être consultés ». X \_\_\_\_\_ SA est affiliée au GROUPE MUTUEL PREVOYANCE (ci-après : GMP ou la fondation) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, pour une durée indéterminée, mais au minimum de cinq ans. Cette affiliation est intervenue rétroactivement, selon la confirmation d'affiliation du 9 mars 2006, faisant suite à une demande d'admission d'X \_\_\_\_\_ SA du 18 octobre 2005. Selon le contrat de prévoyance professionnelle, les rentes d'invalidité sont versées après un délai d'attente de 24 mois et leur montant équivaut au 40% du salaire AVS. Dans le cadre de l'étude relative à l'acceptation de son affiliation, X \_\_\_\_\_ SA a fait parvenir à l'assurance un avis d'entrée pour B \_\_\_\_\_, daté du 17 novembre 2005. Le 7 décembre 2005, B \_\_\_\_\_ a transmis au GMP un questionnaire médical, dans lequel elle a indiqué qu'elle s'était trouvée en incapacité de travailler en 2004 et qu'elle avait recouvré sa pleine capacité de travail depuis 2005. La question n° 7 est libellée ainsi : « Avez-vous suivi un traitement psychothérapeutique ? ». L'intéressée a tracé le terme « traitement » et a inscrit « soutien psychologique ». Elle a répondu « oui » dans la case correspondante. Dans ce même questionnaire, elle a également invité l'assurance à contacter son médecin-traitant généraliste, le Dr M \_\_\_\_\_. Par courrier du 14 décembre 2005, puis du 17 janvier 2006, le GMP a requis, en vain, un rapport médical de ce dernier médecin, « en vue de se prononcer sur les conditions d'affiliation » de la patiente. Dans sa confirmation d'affiliation du 9 mars 2006, le GMP a informé l'employeur que, sur la base des informations en sa possession, il avait dû formuler une « réserve de santé provisoire » pour B \_\_\_\_\_. Par courrier recommandé du même jour, le GMP a prié l'intéressée de prendre note de cette réserve, formulée faute d'avoir obtenu les rapports médicaux requis de son médecin-traitant. L'assurance a précisé que, de ce fait, toute prestation d'assurance pourrait être exclue ou limitée au minimum légal en cas d'incapacité de gain avec toute pathologie ayant un lien avec toutes maladies déjà existantes, ainsi que leurs suites et conséquences. Après réception de toutes les informations nécessaires, le GMP réexaminerait le dossier de l'assurée et lui communiquerait sa décision définitive. Dans un courrier (non daté), reçu le 29 mai 2006, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle avait retrouvé un emploi « à dater du 1<sup>er</sup> juin 2005 ». Par courrier du 29 mai 2006, l'OCAI lui a fait savoir que le droit à la rente était maintenu pour la période allant du 9 décembre 2004 au 31 mai 2005. Selon une note du gestionnaire de l'assurance-invalidité du 21 août 2006, l'amélioration de l'état de santé de l'assurée avait été admise dès le 1<sup>er</sup> avril 2005, période à partir de laquelle celle-ci avait pu rechercher un nouvel emploi. Par décision du 17 octobre 2006 (entrée en force, faute de recours), l'OCAI a supprimé la rente avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juillet 2005, retenant en particulier que l'assurée avait « repris une activité lucrative à 100% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2005 ». Par pli de son précédent mandataire du 22

décembre 2006, l'assurée (qui se trouvait empêchée de travailler depuis le 3 juillet précédent) s'est plainte auprès d'X\_\_\_\_\_ SA de conditions de travail « inadmissibles » (cumul de deux fonctions et, « durant une certaine période », travail 7 jours sur 7), ce qui avait entraîné un « burn-out », puis son arrêt de travail. La société a mis fin au contrat pour le 31 janvier 2007, estimant le profil de l'employée « non-conforme aux exigences du poste » (cf. questionnaire AI de l'employeur du 26 septembre 2007). Par courrier du 29 janvier 2007, l'assurée s'est annoncée à l'OCAI « pour une rechute ». Dans un rapport du 5 janvier 2007 (transmis par l'assurée à l'OCAI le 7 mars suivant), 2007, le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre-conseil d'ALLIANZ ASSURANCES (assurance d'indemnité journalière maladie collective d'X\_\_\_\_\_ SA), a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), survenu dans un contexte de surmenage professionnel et de disqualification par l'employeur. Il précise que, dès son engagement chez X\_\_\_\_\_ SA, l'assurée, « comme à l'accoutumée », avait eu peine à mettre des limites à son activité professionnelle et qu'elle s'était rapidement trouvée directrice de deux sociétés (X\_\_\_\_\_ et Y\_\_\_\_\_). Elle ne comptait pas ses heures, toute heureuse d'avoir été reconnue pour ses compétences par son employeur, un homme jugé brillant et visionnaire. Le mécanisme qui avait déclenché les troubles psychiques résultait en particulier du fait qu'elle avait interrompu sa psychothérapie en retrouvant une activité professionnelle. Il s'agissait de son second effondrement dans un contexte d'angoisse de perte. Sans support, elle avait lutté en vain contre l'effondrement narcissique. Ce développement était soutenu par des antécédents abandonniques que représentait pour elle la séparation puis le divorce de ses parents. Selon le praticien, le risque de reproduire un nouvel état dépressif était chiffrable à 70% « et pour des événements de stress de moins en moins sévères ! Ainsi, il serait avisé de maintenir ce traitement (ie : 200mg/j de Zoloff) durant une période de deux ou trois ans ». Dans un courrier du 21 février 2007, la Dresse L\_\_\_\_\_ a commenté ce rapport en précisant qu'elle avait suivi la patiente de juillet 2004 à fin décembre 2006. Celle-ci avait été forcée à exercer « la double tâche » dans son dernier poste de travail. Elle dû interrompre son suivi psychiatrique en raison de la surcharge de travail et des pressions de la part de son ex-employeur. On notait également des « flash-backs fréquents sur ses deux dernières expériences professionnelles. Les raisons médicales motivant l'incapacité totale de travail étaient l'intensité et la gravité des troubles anxieux et dépressifs, leur récurrence associées à la modification de la personnalité. L'image d'elle-même de la patiente avait été profondément abîmée par les dernières expériences professionnelles douloureuses. La praticienne a en outre confirmé l'appréciation du Dr N\_\_\_\_\_ relative au risque de rechute (70% et pour des stress de plus en plus faibles) présentée par l'assurée. L'absence de pression d'ordre professionnel était nécessaire pour entreprendre une première phase de stabilisation visant à améliorer la gestion du quotidien. Lors de la tentative de reprise de l'activité professionnelle, en juillet 2005, elle avait pu constater le retentissement sur l'état psychique de sa patiente pendant six mois (exacerbation de l'anxiété et des troubles du sommeil), malgré le suivi psychiatrique et le traitement antidépresseur maintenus durant cette période. Par lettre du 19 février 2007, la MOBILIERE ASSURANCE & PREVOYANCE, institution de prévoyance de l'UEFA, a informé l'OCAI que l'intéressée était « réassurée » auprès d'elle pour le risque invalidité dans le cadre de la loi sur la prévoyance professionnelle. Dans un avis de sortie du 19 avril 2007, signé par son employeur le 5 avril précédent, B\_\_\_\_\_ a informé le GMP que les rapports de travail avaient pris fin pour le 31 janvier 2007 et qu'elle ne jouissait pas de sa pleine capacité de travail depuis le 2 octobre 2006. Dans un rapport du 25 février 2007

(destiné à l'OCAI), la Dresse L\_\_\_\_\_ a précisé que, malgré une tentative de reprise d'une activité lucrative en juin 2005, l'état de santé de sa patiente s'était à nouveau fragilisé dès le mois de septembre 2005, puis en avril 2006. L'assurée avait présenté un premier épisode dépressif d'intensité sévère en décembre 2003 dans un contexte de mobbing et de licenciement abusif. L'évolution avait été très lente avec réduction partielle de la symptomatologie sous Zoloff. En juin 2005, elle avait eu l'opportunité d'obtenir un poste de travail dans le domaine de l'aviation, qui était une passion pour elle. Dans ce cadre, elle avait souhaité, malgré un état de santé encore fragile, s'engager dans cette activité. Dans un premier temps, elle avait repris peu à peu confiance dans ses compétences, retrouvant ses ressources professionnelles. Malheureusement, elle avait été confrontée à des exigences excessives de son employeur (disponibilité 7 jours sur 7, travail cumulé de deux fonctions, avec bureau en semaine, et vols de week-ends). Elle n'avait alors plus été en mesure de poursuivre le suivi psychiatrique (finalement) interrompu en janvier 2006. De ce fait, la médication psychotrope avait été interrompue, au printemps 2006. L'état clinique de l'assurée était inquiétant depuis le mois de septembre 2005 (troubles du sommeil, anxiété). La menace permanente sur son emploi l'avait conduite à supporter cette surcharge de travail, ce qui avait abouti, le 3 juillet 2006, à un nouvel épisode dépressif associé à l'exacerbation des troubles anxieux précédemment observés, avec incapacité de travail totale. Le suivi psychiatrique avait été repris en juillet 2006. Le dernier contexte professionnel où la patiente avait, à nouveau, subi une atteinte à sa personnalité avec disqualifications répétées malgré un travail intensif jamais reconnu, avait profondément déstabilisé l'intéressée, déjà fragilisée par la précédente expérience professionnelle. L'assurée avait tenté de reprendre une activité professionnelle à 100% en juillet 2005. Elle avait assumé cette activité sans pouvoir poser aucune limite au détriment de sa santé. Sa fragilité psychique antérieure était aussi un élément favorisant de la décompensation psychique sévère observée depuis juillet 2006. La récupération du trouble dépressif récurrent lors du premier épisode n'avait été que partielle, chez cette femme de 50 ans (facteur de gravité dans les troubles dépressifs) qui présentait des troubles anxieux associés, soit une comorbidité aggravant également le pronostic, ainsi que la modification de la personnalité dans le contexte de mobbing (suite à sa précédente expérience professionnelle), puis d'exigence abusive dans le cadre professionnel avec développement de traits anxieux et anankastiques rigides qui se chronifiaient. La patiente présentait un effondrement psychique suite à ses (deux dernières) expériences professionnelles douloureuses. Sa vision du monde avait été détruite à deux reprises : sa représentation d'un monde juste où l'on était reconnu quand on travaillait consciencieusement avait été dévastée. La praticienne a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), des troubles anxieux mixtes (anxiété généralisée, symptômes compulsifs de type panique) (F41.3), une modification durable de la personnalité (traits anxieux et anankastiques) (F62.9). Le 10 octobre 2007, la Dresse L\_\_\_\_\_ a fait parvenir au GPM un rapport médical (daté du même jour). Il ressort de ce document que la patiente était suivie par cette praticienne depuis le 29 juillet 2004. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, d'un trouble anxieux mixte et d'une modification durable de sa personnalité. Selon l'anamnèse, l'assurée avait présenté un 1<sup>er</sup> épisode dépressif d'intensité sévère avec trouble anxieux mixte en décembre 2003 dans un contexte de harcèlement au travail. L'évolution avait été lente sous Zolof (200 mg) jusqu'en juillet 2006 (recte : 2005), date de la reprise de travail à un nouveau poste, où la patiente

avait subi une surcharge de travail avec disqualifications, responsable d'une rechute anxiodépressive en juillet 2007 (recte : 2006). Du 9 décembre 2003 au 30 juin 2005, l'incapacité de travail avait été totale, ainsi que du 3 juillet au 20 août 2006, puis du 3 octobre 2006 pour une durée indéterminée. Du 21 août au 2 octobre 2006, la capacité de travail avait été de 50%. Dans ce même courrier, la praticienne informait l'assurance que sa patiente s'était annoncée à l'assurance invalidité. L'intensité et l'ancienneté des troubles psychiatriques présentés ne permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle à moyen et long terme. Dans un projet d'acceptation du 11 octobre 2007 (confirmé par décision du 10 janvier 2008), l'OCAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité, du 3 juillet au 19 août 2006 (taux d'invalidité de 100%), une demi-rente du 20 août 2006 au 9 janvier 2007, puis une rente entière dès le 10 janvier 2007. A cet égard, l'Office s'est en particulier fondé sur l'art. 29 bis RAI (dépôt, dans les trois ans qui suivent une diminution du degré d'invalidité, d'une nouvelle demande de rente en raison d'une incapacité de travail due à la même affection). Après s'est procuré le dossier AI, le GMP a informé l'intéressée, par courrier du 3 décembre 2007, qu'il refusait toute prestation d'invalidité, au motif que l'incapacité de gain avait débuté « avant votre affiliation auprès de notre institution de prévoyance professionnelle » et l'a invitée à s'annoncer auprès de son ancienne institution de prévoyance. Par courrier de son nouveau mandataire (Me Philippe NORDMANN) du 29 janvier 2008, l'assurée a contesté ce point de vue. Elle a fait valoir que, sur le plan de la connexité matérielle, elle avait subi le 3 juillet 2006 une incapacité pour cause de « burn-out » avec malaise cardiaque, alors que le motif de son précédent arrêt de travail était différent (dépression). En outre, sur le plan temporel, elle avait pu retravailler à plein temps entre juillet 2005 et juillet 2006, période durant laquelle elle n'avait pas bénéficié de prestations AI. Ce délai suffisait, en tout état, à interrompre le lien de connexité temporelle. Par ailleurs, la caisse de pension de l'ancien employeur (UEFA) estimait également qu'il incombait au GMP de prendre en charge le cas d'invalidité. Le 18 mars 2008, l'assurée a sollicité du GMP sa fiche d'assurance, ainsi que le Règlement de prévoyance. Dans une lettre du 31 mars 2008, le GMP a estimé que l'incapacité débutée le 3 juillet 2006 était « une rechute d'invalidité existante », selon le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2007, si bien que, selon la fondation, le lien de connexité matérielle n'était pas rompu. Quant à la rupture du lien de connexité temporelle, elle était sujette à interprétation. L'assureur a également rappelé que le délai d'attente était de 24 mois et qu'aucune rente n'arriverait échéance avant juillet 2008. De plus, une réserve de santé avait été notifiée à l'assurée le 9 mars 2006, de sorte qu'en cas de versement de prestations d'invalidité, celles-ci seraient limitées au minimum légal. Dans ce même courrier, le GMP a communiqué son Règlement de prévoyance (édition au 1<sup>er</sup> janvier 2005), ainsi qu'un certificat de prévoyance professionnelle, daté du 31 mars 2008, faisant état d'un salaire annuel annoncé de 130'000 fr. pour 2006, d'un salaire annuel assuré de 54'825 fr. et d'une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr. Ce document précise également que « pour le montant et le droit aux prestations, seules les dispositions contractuelles et réglementaires font foi. Les éventuelles réserves de santé ou exclusions notifiées séparément s'appliquent de manière prioritaire ». Dans un courrier du 15 mai 2008, l'assurée a fait valoir que « sur la question de la réserve médicale, on était ici apparemment dans le minimum LPP dès lors que le certificat de prévoyance indique que, pour un salaire annuel annoncé de 130'000 fr., le salaire assuré n'était que de 54'825 fr. pour l'année 2006, soit précisément le minimum LPP ». Par envoi du 29 mai 2008, l'assurée a transmis au GMP un courrier du 28 mai 2008, par lequel la MOBILIERE SUISSE, Société

d'assurances sur la vie, indiquait que le cas ne devait pas être pris en charge par le Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA (dont le siège est situé dans le canton de Vaud), compte tenu de la rupture du lien de connexité temporelle en l'espèce, en raison notamment d'une activité exercée à plein temps du 1<sup>er</sup> juin 2005 au 3 juillet 2006, soit pour une durée supérieure au délai de trois mois requis par la jurisprudence. Par courrier du 3 juillet 2008, le GMP a accepté de verser à l'assurée une rente annuelle d'invalidité de 8'283.40 fr., dès le 3 juillet 2008, compte tenu d'une incapacité de gain de 100% dès le 3 octobre 2006. L'assurance indiquait en outre que les prestations accordées étaient limitées aux prestations minimales définies par la LPP, conformément à la réserve de santé du 9 mars 2006, motif pris que la cause de l'incapacité de gain à l'origine de l'invalidité était liée à une maladie déjà existante avant l'affiliation au sein de la fondation. Dans ce même courrier, la fondation annonçait le versement prochain de la rente pour les mois de juillet, août et septembre 2008. Par lettre du 14 juillet 2008, l'assurée a fait valoir qu'en acceptant de fournir des prestations minimales, l'assurance admettait que l'affection qui avait conduit à son incapacité, puis à son invalidité, était survenue lors de son emploi chez X\_\_\_\_\_ SA. Le GMP n'avait toutefois pas tenu compte « de cette absence de confirmation de la réserve ». Ainsi, cette atteinte à la santé ne tombait pas sous le coup de la réserve, conformément à un ATF B 94/05 (rendu en matière de rente invalidité pour la partie surobligatoire). De toute façon, il fallait admettre que le GMP avait renoncé à ladite réserve, en application de l'art. 2 al. 2 LCA (acceptation tacite de la proposition d'assurance après quatre semaines dans le cas où les CGA exigent un examen médical), applicable par analogie. Dans cette même lettre, l'assurée a sollicité l'incorporation de sa prestation de libre passage (185'139.60 fr. en mai 2007), en vue d'améliorer la rente d'invalidité. Par pli du 14 août 2008, le GMP a persisté à nier une rupture du lien de connexité matérielle entre l'incapacité de gain débutée en 2003 (avant l'affiliation à cette institution, le 1<sup>er</sup> juillet 2005) et celle débutée en 2006. A son avis, il s'agissait d'une rechute d'une invalidité existante, la cause médicale des deux incapacités de gain étant identique. Toutefois, l'assurée ayant pu reprendre une activité professionnelle durant plus d'un an, l'assurance estimait que le lien de connexité temporelle avait été rompu. Par ailleurs, la réserve était opposable en l'occurrence, conformément au courrier du GMP du 9 mars 2006, respectivement à l'art. 4 du Règlement de prévoyance, qui stipulait que tant que les documents utiles à l'examen du risque n'avaient pas été remis à la fondation, seule la couverture légale minimale était accordée. En outre, ladite réserve n'avait jamais été contestée par l'assurée. Enfin, au regard de la jurisprudence, il n'était pas possible d'intégrer une prestation de libre passage dans le but d'améliorer les prestations d'invalidité d'un assuré lorsqu'un cas d'assurance était déjà survenu. Dans un certificat du 24 septembre 2008, la Dresse L\_\_\_\_\_ a attesté qu'une activité professionnelle « comprenant un double poste à 100% et une disponibilité 24h/24, 7j/7 (comme dans le cas de figure de la situation professionnelle de Madame B\_\_\_\_\_, entre juillet 2005 et fin 2006) entraîne chez toute personne un épuisement physique et moral à moyen terme, qu'il existe ou non des antécédents psychiatriques de dépression ». Par acte du 30 septembre 2008, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), en concluant à ce que le GMP soit condamné à lui servir une rente d'invalidité de 52'000 fr. par an, avec intérêt à 5% dès chacune des échéances mensuelles de rente, dès le mois de juillet 2008. Elle a également requis la production de « tous les contrats de réassurances susceptibles de couvrir les prestations d'invalidité ». A l'appui de sa requête, elle a en substance fait valoir que l'on se trouvait dans la prévoyance minimale LPP (le montant assuré de 54'825 fr correspondant au

salaires coordonnés maximal pour l'année 2006), alors que la réserve litigieuse n'était possible que dans la prévoyance professionnelle plus étendue. Par ailleurs, la rente réclamée était « promise » selon le certificat de prévoyance, qui mentionnait que la rente annuelle d'invalidité s'élevait à 52'000 fr. En effet, l'art. 2 ch. 5 du Règlement de prévoyance disposait que l'étendue des prestations était stipulée dans la confirmation d'affiliation de l'affilié concerné. Il n'était mentionné nulle part que la rente d'invalidité de 52'000 fr. (ne) correspondrait pas au salaire assuré de 54'825 fr. Certes, cette rente était élevée par rapport au salaire assuré, mais il y avait lieu de prendre en considération le fait que la fondation était réassurée auprès de compagnies d'assurance sur la vie pour les risques invalidité, en application de l'art. 2 ch. 7 de son Règlement. Au surplus, la réserve du 9 mars 2006 était tardive, au vu du début d'affiliation, survenue neuf mois plus tôt, à l'été 2005. En effet, l'art. 4 du Règlement relatif aux réserves de santé n'envisageait que la période de l'entrée de l'assuré. De plus, la réserve était extrêmement vague et ne concernait en rien l'affection « survenue en été 2005 », dès lors que l'incapacité de travail survenue en été 2006 résultait d'un surmenage professionnel et d'une affection cardiaque et ne constituait donc pas une suite de l'affection (dépression) qui avait conduit précédemment à un arrêt de travail jusqu'en été 2005. En effet, « en juin 2005 », lorsqu'elle avait débuté son emploi chez X\_\_\_\_\_ SA, elle ne souffrait pas d'une « maladie existante » au sens de la réserve et aucun diagnostic de maladie n'avait été posé durant les mois qui avaient précédé juin 2005. Dans sa réponse du 27 novembre 2008, le GMP a conclu au rejet de la demande et au déboutement de la demanderesse de toutes ses autres conclusions. Elle a en particulier fait valoir que ni le Dr M\_\_\_\_\_, ni l'assurée n'avaient jamais donné suite à ses demandes de renseignements médicaux, si bien que l'affiliation de cette dernière, qui n'avait jamais contesté le bien-fondé de la réserve, ne pouvait être acceptée. Si la fondation avait eu connaissance de l'existence de l'affection présentée par l'intéressée, et de son ampleur, elle aurait formulé une réserve de santé, excluant le droit aux prestations d'invalidité excédant les prestations minimales légales, en cas d'incapacité de gain avec toute pathologie en relation avec des troubles anxio-dépressifs, psychiques, neuropsychiques et leurs suites. Elle aurait même envisagé de ne pas affilier l'employeur. Par ailleurs, contrairement aux allégations de la demanderesse, le plan d'assurance en vigueur ne correspondait pas à un plan minimum LPP, dès lors que la rente d'invalidité réglementaire excédait la rente minimale légale. En effet, celle-ci était largement plus avantageuse que celle découlant de la LPP, dès lors qu'elle était calculée en pourcentage du salaire et non en pourcentage de l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré au moment où celui-ci atteint l'âge ouvrant le droit à une rente (art. 14 et 24 LPP). Partant, la fondation avait le droit de formuler une réserve de santé s'appliquant à la part des prestations excédant le minimum légal. Par ailleurs, il ressortait des rapports de la Dresse L\_\_\_\_\_ des 10 et 25 février 2007, ainsi que du dossier médical de l'AI (produit sous pièce n° 19, du chargé), que l'affection dont souffrait la demanderesse s'était prolongée sur une longue période avec des épisodes d'une gravité variable et que l'incapacité de travail survenue dès juillet 2006 était consécutive aux suites de l'affection médicale dont cette dernière souffrait depuis 2003. Les diagnostics posés en août 2004 étaient identiques à ceux posés en février 2007 par la psychiatre traitante. Les médicaments prescrits étaient également les mêmes. L'intéressée souffrait en particulier d'un trouble dépressif récurrent. Pour l'Office AI, il s'agissait d'une reprise de l'invalidité en termes d'aggravation de l'état de santé (décision OCAI du 10 janvier 2008). Sur le plan de la connexité temporelle, la demanderesse n'avait bénéficié que d'une « brève 'rémission' », ayant poursuivi son traitement psychiatrique et antidépresseurs plusieurs

mois après la reprise de l'activité professionnelle en été 2005. Toutefois, cette notion pouvant prêter à interprétation, l'assureur avait admis, à bien plaisir seulement, être tenu au versement des prestations, mais cela uniquement dans les limites posées par la réserve instaurée. Par ailleurs, l'art. 2 al. 2 LCA était inapplicable, dès lors que, compte tenu de la réserve, la conclusion des rapports de prévoyance pour les prestations supérieures aux montants correspondant aux conditions minimales était subordonnée aux conditions de la procédure d'admission, et plus précisément à la transmission des rapports médicaux nécessaires. De plus, si le GMP avait été en possession desdits documents, la demanderesse serait tombée sous le coup d'une réserve, l'affection présentée par cette dernière en 2006 étant une rechute de l'affection subie en 2003. Enfin, la fondation s'est étonnée de la requête de Me NORDMANN de consulter le contrat de réassurance conclu par elle, puisqu'il ne liait aucunement l'assurée et ne touchait pas même aux rapports de prévoyance. Par acte du 13 janvier 2009, le Tribunal de céans a requis des pièces complémentaires de l'OCAI. Le 19 janvier 2009, le Tribunal a transmis à la demanderesse les déterminations du GMP, ainsi qu'une copie du bordereau correspondant. Par courrier du 20 avril 2009, le Tribunal a invité la demanderesse à se déterminer sur lesdites pièces, ainsi que sur la réponse de l'intimée du 27 novembre 2008. Un délai au 12 mai 2009 lui a été imparti à cet effet. Entre-temps, par courrier du 5 mars 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois (CASSO) a informé le Tribunal de céans que la demanderesse avait ouvert devant elle, le 27 février 2009, une action en paiement dirigée contre le Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA (référence n°PP 6/09). Cela étant, la Cour a suggéré au TCAS de se saisir de ladite cause, par application analogique de l'art. 9 LFors (élection de for), même si celui-ci n'était pas compétent *ratione loci* au regard du for impératif prévu par l'art. 73 al. 3 LPP. Par envoi du même jour, la CASSO a interpellé les parties à ce sujet. Dans l'action dirigée contre le Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA, la demanderesse a requis de la CASSO la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé dans l'affaire pendante devant le Tribunal de céans. Par courrier du 7 mai 2009, la demanderesse a requis la prolongation du délai imparti par le TCAS pour se déterminer sur la réponse de la défenderesse, « jusqu'à ce que l'on sache si votre Cour accepte ou non sa compétence dans les deux affaires ». Dans le même courrier, elle s'est déclarée d'accord avec la proposition de la CASSO. En revanche, le dossier ne contient pas la position du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA quant à un éventuel transfert de for à Genève. Par acte du 15 juin 2009, le TCAS a informé la CASSO que dans la mesure où l'instruction de la demande déposée le 30 septembre 2008 par la demanderesse contre le GMP était pratiquement terminée, il ne lui apparaissait pas opportun de se saisir également de la cause initiée devant la CASSO à l'encontre du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA. Dans ses observations du 30 juin 2009 (transmises dans le nouveau délai accordé par le Tribunal), la demanderesse a relevé que le GMP avait estimé qu'il appartenait à une autre institution de prévoyance professionnelle, en l'occurrence celle de l'UEFA, de couvrir le cas, dans la mesure où il n'y avait eu qu'une brève période de rémission ne suffisant pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. Etant donné qu'elle avait déposé, le 27 février 2009, une action en paiement à l'encontre du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA devant la CASSO, il se justifiait de suspendre la présente procédure jusqu'à droit jugé sur la procédure vaudoise. S'agissant de la validité de la réserve formulée par le défendeur, la demanderesse s'est référée à ses écritures antérieures. Enfin, elle a renouvelé sa demande de consulter le contrat de réassurance passé avec le GMP, en invoquant l'art. 78 LCA. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, si nécessaire, dans les

considérants qui suivent. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi que des prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations du 30 mars 1911; art. 52, 56a al. 1, 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 – LPP; art. 142 du Code civil suisse du 10 décembre 1907). Par ailleurs, le for (impératif) de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). En l'espèce, le lieu d'exploitation dans laquelle la demanderesse avait été engagée se trouve à Genève. Le Tribunal de céans est ainsi compétent à raison de la matière et du lieu pour statuer en l'espèce. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (cf. SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; SCHWARZENBACH-HANHART, *Die Rechtspflege nach dem BVG, SZS* 1983, p. 182). Le litige porte sur le droit de la demanderesse à réclamer des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle telles que figurant sur le certificat de prévoyance du 31 mars 2008, faisant notamment état d'une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr. En particulier, il convient d'examiner si le GMP s'est valablement prévalu de la réserve prévue par l'art. 4 de son règlement pour s'opposer au versement de prestations d'invalidité au titre de la prévoyance surobligatoire. Préalablement, il convient de relever que, contrairement à ce que semble admettre la demanderesse, la réserve d'assurance litigieuse grève en l'occurrence uniquement les prestations découlant de la prévoyance surobligatoire, et non de la prévoyance minimale LPP, étant à cet égard relevé que le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire a été dûment reconnu par le défendeur, lequel a d'ailleurs commencé à verser les prestations correspondantes, dès le 3 juillet 2008. En effet, il ressort de l'art. 4 du Règlement de prévoyance, intitulé « Réserves de santé » (cf. ci-dessous, § 8), que la réserve litigieuse se rapporte exclusivement aux prestations excédant celles rachetées, c'est-à-dire à celles qui seront couvertes par l'accroissement de l'avoir de prévoyance accumulé à partir du moment de l'entrée dans la nouvelle institution (comp. ATF du 20 novembre 2007, B 151/06, consid. 4). Pour le surplus, on rappellera que, dans l'assurance obligatoire des salariés en vertu de la LPP, les institutions de prévoyance n'ont pas le droit d'instaurer des réserves qui seraient justifiées par un état de santé déficient de leurs assurés, de telles réserves étant en revanche admissibles dans le domaine de la prévoyance plus étendue, ainsi qu'en matière de prévoyance facultative (ATF 123 V 262, consid. 2c). Dans les limites de la LPP, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). En ce qui concerne la prévoyance plus étendue, elles doivent tenir compte des dispositions de la LPP expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP. Les institutions de prévoyance doivent également se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 115 V 109 consid. 4b). Jusqu'à la fin de l'année 1994, les institutions de prévoyance étaient autorisées à introduire des réserves non limitées dans le temps dans le domaine de la prévoyance plus étendue. Selon l'art. 331c CO, dans sa nouvelle teneur selon le chiffre 2 de l'Annexe à la loi du 17 décembre 1993 sur le libre passage, en vigueur depuis le 1er janvier 1995, les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raison de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. La

durée de ces réserves est de cinq ans au plus. Par ailleurs, la réserve doit être communiquée au candidat à l'assurance et indiquer explicitement l'atteinte à la santé pour laquelle elle est instaurée ainsi que ses effets dans le temps. Cela permet en particulier, en cas de changement ultérieur d'institution de prévoyance, de savoir quelle institution répond d'une atteinte à la santé déjà existante (consid. 4.3 de l'arrêt M. du 24 novembre 2003, B 110/01, publié in SVR 2004 BVG n° 13 p. 41). En adoptant les dispositions précitées, le législateur a atténué l'obstacle au maintien de la prévoyance que constituaient des réserves non limitées dans le temps, en restreignant leur validité à cinq ans au maximum (voir Christiane Brunner / Jean-Michel Bühler / Jean-Bernard Waeber / Christian Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 3ème éd., note 1 ad art. 331c). En outre, les art. 331c CO et 14 al. 2 LFLP sont également applicables aux rapports de travail de droit public de la Confédération, des cantons et des communes (art. 342 al. 1 let. a CO; ATF 125 V 172 consid. 3a). En l'espèce, le GMP est une institution de prévoyance qui pratique la prévoyance obligatoire et plus étendue (institution dite enveloppante). En outre, comme on vient de le voir, l'objet du litige porte sur l'application de la réserve litigieuse à la seule prévoyance surobligatoire. Dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue (sur cette notion, voir par exemple ATF 122 V 145 consid. 4b), l'assuré est lié à l'institution de prévoyance par un contrat innommé (sui generis) dit de prévoyance, dont le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé, à savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concluants (p. ex. en conservant le règlement reçu, en payant des cotisations ou en acceptant la déduction correspondante sur son salaire). L'interprétation du règlement doit dès lors se faire selon les règles générales qui sont applicables pour interpréter les contrats (ATF 122 V 145 consid. 4b et les références). Il en va de même de l'interprétation des statuts, en tant que contenu préformé du contrat de prévoyance (ATF 9C\_874/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les arrêts cités). Par ailleurs, selon la jurisprudence, une réserve constitue une restriction individuelle, concrète et limitée dans le temps de la couverture d'assurance dans un cas particulier (ATF 127 III 238 consid. 2c). La réserve pour raisons de santé doit être formulée de manière explicite, indiquer la période durant laquelle elle s'applique et être communiquée à l'intéressé avec l'admission dans l'institution de prévoyance (SVR 2004 BVG n. 13 p. 41 consid. 4.3). Sous le titre « Réserves de santé », l'art. 4 du Règlement de la fondation prévoit la possibilité d'instituer une réserve limitée à cinq ans. Cette disposition a la teneur suivante : « Au vu des prestations de risque invalidité et décès excédant celles rachetées par la prestation de libre passage LPP apportée à l'entrée par l'assuré, la fondation peut exiger de l'assuré qu'il se soumette à un examen médical, auprès d'un médecin reconnu par elle et à ses frais. Si l'examen médical révèle que le risque est accru, l'admission dans la fondation peut être assortie d'une ou plusieurs réserves de santé pour la part des prestations de risque dépassant celles rachetées par la prestation de libre passage apportée lors de l'entrée, les prestations minimales selon la LPP restent garanties dans tous les cas. Elles seront communiquées à l'intéressé par écrit, avec l'énoncé de leur objet. La durée des réserves n'excédera pas cinq ans, le temps de réserve éventuellement déjà écoulé dans l'ancienne institution de prévoyance inclus. Si un événement assuré en lien avec l'objet de la réserve survient durant cette période, seules les prestations légales minimales rachetées par la prestation de libre passage LPP seront versées (...). Tant que tous les documents utiles à l'examen du risque n'ont pas été remis à la fondation, seule la couverture légale minimale est accordée. Si un événement assuré survient durant cette période et qu'il est dû à une cause qui existait avant l'affiliation, seule les prestations légales minimales de la LPP sont accordées. (...). Sur le

vu de cette disposition réglementaire, une réserve peut ainsi être instaurée pour la partie surobligatoire pour des raisons de santé et cela sans même que la capacité de travail soit réduite au moment de l'admission. Tout d'abord, il s'agit de déterminer si l'institution d'une réserve pour les prestations supérieures à la prévoyance minimale en raison d'un état de santé défectueux doit être examinée à la lumière des dispositions réglementaires (art. 4 Règlement), comme le soutient la fondation, ou à celle de l'art. 2 al. 2 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA), par analogie, comme l'affirme la demanderesse.

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

10.2 Aux termes de l'art. 2 al. 1 LCA, « est considérée comme acceptée la proposition de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les quatorze jours après qu'elle lui est parvenue ». L'art. 2 al. 2 LCA dispose quant à lui que « lorsqu'un examen médical est exigé par les conditions générales de l'assurance, la proposition est considérée comme acceptée, si l'assurance ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue ». En l'occurrence, la position de la demanderesse (applicabilité de l'art. 2 al. 2 LCA) ne peut être suivie. En effet, au moment où le GMP a communiqué à l'intéressée (le 9 mars 2006) que son affiliation serait grevée d'une réserve, les rapports de prévoyance pour les prestations supérieures aux montants correspondant aux dispositions minimales n'étaient pas encore donnés, puisque ceux-ci étaient subordonnés aux conditions de la procédure d'admission. Une application de l'art. 2 al. 2 LCA (même par analogie) n'entrait dès lors pas en considération, cette norme ne pouvant s'appliquer qu'aux contrats existants (cf. ATF 9C\_117/2007, consid. 5; Gerhard Stoessel, in Honsell/Vogt/Schnyder [éd.], *Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht [Basler Kommentar], Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG]*, Bâle 2001, no 8 ad art. 2). On ne voit d'ailleurs pas quelle autre disposition de la LCA pourrait entrer en considération en l'espèce, par analogie ou à titre subsidiaire. Dans cette phase d'admission, l'institution de prévoyance était ainsi en droit, comme elle l'a fait et conformément à ses dispositions internes, de formuler une réserve sans devoir respecter des délais péremptoires et de ne pas accorder la couverture d'assurance avant d'en donner confirmation à l'assurée. On ne saurait en effet poser des exigences par trop sévères dans ce domaine, celui de la prévoyance professionnelle plus étendue, où il n'existe aucune obligation de contracter (cf. Hans Michael Riemer/Gabriela Riemer-Kafka, *Das Recht der beruflichen Vorsorge in der Schweiz*, 2ème éd., Berne 2006 p. 107 no 17). Tout au plus, l'institution de prévoyance aurait pu se référer à l'art. 9 LCA, plus défavorable à l'intéressée, qui prévoit la nullité du contrat lorsque le risque est déjà survenu (comp. ATF du 16 mai 2008, 9C\_117/07, consid. 5). Il y aurait éventuellement lieu de se demander quel serait le sort du litige au cas où l'institution de prévoyance aurait agi dans des délais manifestement trop longs. Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce, contrairement à ce qu'affirme la demanderesse. En effet, on peut considérer que la proposition d'assurance est entrée dans la sphère de l'institution de prévoyance au plus tard le 14 décembre 2005 (respectivement le 17 janvier 2006), dates auxquelles le GMP a adressé, en vain, au Dr M\_\_\_\_\_ deux courriers en lui demandant de fournir des renseignements médicaux sur sa patiente. Or, l'institution a communiqué à l'intéressée que l'affiliation serait grevée d'une réserve le 9 mars 2006, soit dans un délai

raisonnable au sens de ce qui vient d'être exposé. En tout état, on ne peut reprocher au GMP d'avoir agi tardivement, si l'on tient compte du fait que l'employeur a déposé sa demande d'admission le 18 octobre 2005, que la demanderesse lui a envoyé le questionnaire médical ad hoc le 7 décembre 2005 et que la confirmation d'affiliation est intervenue le 9 mars 2006. Partant, il y a lieu d'admettre que le défendeur pouvait grever l'affiliation de la demanderesse d'une réserve pour la partie surobligatoire. Reste à examiner si, sur le fond, la réserve (provisoire) du 9 mars 2006, formulée en vertu de l'art. 4 du Règlement, a été valablement appliquée en l'occurrence. A cette date, le défendeur ne disposait pas, malgré deux requêtes adressées au médecin traitant de l'assurée (le Dr M \_\_\_\_\_), des éléments médicaux utiles pour lui permettre d'apprécier si les conditions d'affiliation à la prévoyance plus étendue étaient réalisées. A cela s'ajoute que, dans le questionnaire médical qu'elle a envoyé au GMP le 7 décembre 2005, la demanderesse n'avait pas même signalé l'institution de prévoyance (en violation de son obligation d'informer : art. 4 LCA, appliqué à titre subsidiaire) qu'au moment d'entrer en service auprès d'X \_\_\_\_\_ SA, elle était également suivie par la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, depuis juillet 2004. A cet égard, elle a inscrit de façon incomplète, sinon tendancieuse, sur ledit questionnaire médical, qu'elle avait bénéficié d'un « soutien psychologique », et non pas d'un traitement psychothérapeutique, terme qu'elle a biffé à la main. Or, selon le rapport de sa psychiatre traitante du 25 février 2007 à l'OCAI, l'intéressée avait en particulier suivi un traitement psychothérapeutique depuis décembre 2003, respectivement depuis juillet 2004 (date de la prise en charge par la Dresse L \_\_\_\_\_) jusqu'en février 2006, respectivement au printemps 2006, dates auxquelles le suivi psychiatrique, puis la médication psychotrope avaient été interrompus. De plus, l'assurée a laissé entendre qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès 2005, alors que, selon le rapport médical de la Dresse L \_\_\_\_\_ au GMP du 10 octobre 2007, l'incapacité de travail avait perduré jusqu'au 30 juin 2005. De surcroît, - jusqu'à son empêchement de travailler survenu en juillet 2006 -, la demanderesse n'a pas davantage transmis les renseignements médicaux demandés par l'assureur. Or, selon l'art. 4 du Règlement, l'assurance des prestations de risque invalidité excédentaires (ce par quoi, on l'a vu plus, haut, il faut entendre les prestations de la partie surobligatoire) dépendait expressément de la production préalable de « tous les documents utiles à l'examen du risque », ce qui permettait naturellement au GMP de mettre en oeuvre toutes les mesures d'instruction nécessaires (par exemple un examen médical), afin de connaître précisément l'état de santé de la demanderesse. Sous cet angle, on ne saurait valablement reprocher à la fondation d'avoir émis une réserve (provisoire) insuffisamment précise au regard de la jurisprudence précitée (cf. supra, § 8), en englobant « toute pathologie ayant un lien avec toutes maladies déjà existantes, ainsi que leurs suites et conséquences ». En effet, quelle que soit la formulation de la réserve, il y a lieu de constater que la fondation en a donné une interprétation conforme à l'art. 4 de son règlement, en expliquant à l'intéressée que faute d'avoir reçu les informations médicales requises, elle lui accorderait uniquement la couverture minimale LPP. Partant, force est de constater que la réserve en cause était sans autre opposable à la demanderesse, si bien que le GMP n'est pas tenu de lui verser des prestations d'invalidité excédant les prestations légales minimales de la LPP. Ces dernières consistent en l'espèce en une rente annuelle d'invalidité de 8'283.40 fr., dès le 3 juillet 2008 (compte tenu d'une incapacité de gain de 100% dès le 3 octobre 2006), dont le montant n'est par ailleurs pas contesté. Certes, le certificat de prévoyance professionnelle de l'assurée, du 31 mars 2008, mentionnait le versement d'une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr. (équivalant au 40% du salaire annuel AVS,

conformément au plan de prévoyance). Ce plan d'assurance ne correspond toutefois manifestement pas à un plan minimum LPP, dès lors que la rente d'invalidité réglementaire excède la rente minimale légale. En effet, comme l'a relevé le défendeur, celle-ci était largement plus avantageuse que celle découlant de la LPP, dès lors qu'elle était calculée en pourcentage du salaire et non en pour-cent de l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré au moment où celui-ci atteint l'âge ouvrant le droit à une rente (art. 14 et 24 LPP). La demanderesse en convient d'ailleurs (implicitement), puisqu'elle estime que la rente réclamée est « élevée par rapport au salaire assuré ». Or le certificat en question précise bien que, « pour le montant et le droit aux prestations, seules les dispositions contractuelles et réglementaires font foi. Les éventuelles réserves de santé ou exclusions notifiées séparément s'appliquent de manière prioritaire » (souligné par le Tribunal). Partant, dans la mesure où, comme on vient de le voir, la réserve prévue à l'art. 4 du Règlement est opposable à la demanderesse, cette dernière ne saurait tirer aucun avantage dudit certificat. Au demeurant, selon la jurisprudence fédérale, en cas de divergence, quant aux montants assurés, entre le contrat d'assurance, singulièrement le certificat de prévoyance, et le règlement, c'est ce dernier qui, logiquement, fait foi (ATF 115 V 96, consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral du 11 mars 1980, publié dans la SZS 1982 p. 75; RIEMER, Berufliche Vorsorge, p. 104, note 21). En tout état, le certificat de prévoyance litigieux n'est d'aucun secours à la demanderesse, dès lors que le droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire et son étendue sont entièrement déterminés d'après les dispositions de la loi, indépendamment d'un montant erroné figurant sur le certificat d'assurance (ATF du 12 février 2009, 9C\_780/2007, consid. 4.1). Cela étant, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la requête de la demanderesse visant à la communication de « tous les contrats de réassurances susceptibles de couvrir les prestations d'invalidité », dans la mesure où l'assurée entend ainsi se renseigner sur la possibilité pour elle d'obtenir des prestations d'invalidité supérieures au minimum légal (soit une rente annuelle d'invalidité de 52'000 fr.), prestations auxquelles elle n'a pas droit. La demanderesse fait par ailleurs valoir que l'incapacité de travail survenue en été 2006 ne résultait pas d'une maladie déjà existante, mais d'un surmenage professionnel, des atteintes à sa personnalité (disqualifications répétées) dont elle avait été victime de la part de son employeur et d'une affection cardiaque (liée au burn out). Dans ces conditions, selon elle, une éventuelle réserve ne pouvait, de toute façon, pas faire obstacle au versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle pour la partie subrogatoire. En l'espèce, il ressort du dossier AI que, par décision du 10 janvier 2008, la demanderesse a été mise au bénéfice d'une nouvelle rente d'invalidité en raison d'une incapacité de travail de même origine (troubles anxio-dépressifs) que celle ayant donné lieu à l'octroi d'une rente AI entière du 9 décembre 2004 au 31 mai 2005. En particulier, dans son rapport à l'OCAI du 25 février 2007, la Dresse L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), des troubles anxieux mixtes (anxiété généralisée, symptômes compulsifs de type panique) (F41.3), ainsi qu'une modification durable de la personnalité (traits anxieux et anankastiques) (F62.9). Dans son précédent rapport à l'OCAI du 13 février 2005, cette praticienne avait par ailleurs attesté que face à l'intensité et la persistance des troubles psychiatriques présentés, le pronostic était très réservé à moyen voire à long terme. Une récupération totale de la capacité de travail n'était pas envisageable à court et moyen terme. L'état psychologique de la patiente restait précaire et elle ne pouvait faire face à la gestion du quotidien qu'avec difficulté. Son état psychologique restait précaire et

elle ne pouvait faire face à la gestion du quotidien qu'avec difficulté. Les stimulations étaient des facteurs d'aggravation de son état psychologique. Dans un précédent rapport du 20 août 2004 adressé à la WINTERTHUR (assurance perte de gain conclue par l'UEFA), la Dresse L \_\_\_\_\_ avait précisé que « toute stimulation, même mineure, est source d'exacerbation des troubles psychiatriques ». Dans un rapport du 28 mars 2005, le Dr M \_\_\_\_\_, après avoir rappelé que la patiente souffrait d'une dépression grave depuis 2003 ayant entraîné une incapacité totale de travailler, avait, en outre, expressément souligné que sa patiente ne pourrait exercer une activité à mi-temps, voire à 60% ou 75%, dans le domaine exercé jusque-là, qu'à la condition que son poste de travail soit adapté, c'est-à-dire qu'il puisse se dérouler « sans stress ». Dans un courrier au GMP du 10 octobre 2007, la Dresse L \_\_\_\_\_ avait aussi rappelé que « l'intensité et l'ancienneté » des troubles psychiatriques présentés par sa patiente ne permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle. Dans son rapport à l'OCAI du 25 février 2007, cette praticienne a précisé que l'assurée avait « tenté » de reprendre une activité professionnelle en juin 2005, « malgré un état de santé encore fragile ». Dès le mois de septembre 2005, son état clinique était devenu « inquiétant ». Sa fragilité psychique antérieure avait aussi été un élément favorisant de la décompensation psychique sévère observée depuis juillet 2006. La récupération du trouble dépressif récurrent lors du premier épisode n'avait été que partielle, chez cette femme de 50 ans, l'âge constituant par ailleurs un facteur de gravité dans les troubles dépressifs. L'assurée présentait en outre des troubles anxieux associés, soit une comorbidité aggravant également le pronostic, ainsi que la modification de la personnalité. Enfin, dans un rapport du 20 septembre 2005, soit deux mois à peine après l'entrée en service chez X \_\_\_\_\_ SA), le SMR a retenu que la capacité de travail était nulle, compte tenu des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'agoraphobie avec phobies paniques et d'anxiété généralisée. En outre, une éventuelle aptitude à la réadaptation était prématurée. Dans ces conditions, le Tribunal de céans considère que l'atteinte à la santé présentée par l'assurée dans le cadre de son activité chez X \_\_\_\_\_ SA est, au sens où l'entend la réserve litigieuse, liée – en partie du moins – aux troubles dont elle souffrait avant son entrée en service, le 1<sup>er</sup> juillet 2005. En effet, compte tenu du stress inhérent à l'activité de directrice « VIP Flight Quality Service Manager », exercée de surcroît à plein temps, ce nouvel emploi n'apparaissait pas sans autre à la portée de l'assurée, alors que même que, selon le Dr M \_\_\_\_\_ (rapport du 28 mars 2005), l'état de santé de celle-ci nécessitait précisément un environnement sans stress. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que semble soutenir la demanderesse (ci-dessus, p. 11, § 39), le dossier ne permet pas de conclure que le trouble anxio-dépressif dont elle souffrait avant son entrée en service chez X \_\_\_\_\_ SA, était en rémission (durable) « durant les mois qui avaient précédé juin 2005 » (la Dresse L \_\_\_\_\_ ayant au contraire attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2005), ni même que cette affection avait disparu au moment où elle a subi une nouvelle incapacité de travail auprès de cet employeur, dès juillet 2006. De surcroît, dans son rapport du 5 janvier 2007, le Dr N \_\_\_\_\_, psychiatre-conseil d'ALLIANZ ASSURANCES, a indiqué que le mécanisme qui avait déclenché les troubles psychiques, singulièrement l'incapacité de travail survenue dès le 3 juillet 2006, résultait en particulier du fait que l'assurée avait interrompu sa psychothérapie en retrouvant une activité professionnelle chez X \_\_\_\_\_ SA. Que ce traitement n'ait en fait été interrompu qu'au début 2006, ne relègue pas au second plan l'incidence de la première affection psychique sur la nouvelle incapacité de travail. Au demeurant, le Dr N \_\_\_\_\_, tout comme la psychiatre traitante, ont estimé que l'assurée présentait désormais un risque de

reproduire un nouvel (troisième) état dépressif évalué à 70% « et pour des événements de stress de moins en moins sévères », ce qui nécessitait par ailleurs de « maintenir le traitement médicamenteux durant deux à trois ans ». C'est dire qu'un tel risque était « accru » (art. 4 Règlement) lors de l'engagement de l'assurée chez X\_\_\_\_\_ SA, en qualité de directrice à plein temps, le 1<sup>er</sup> juillet 2005, et que, partant, l'incapacité de travail survenue dans le cadre de cette activité n'était pas (totalement) indépendante de celle subie chez le précédent employeur. Sur un plan plus général, on relèvera que lorsqu'une personne a souffert de dépression, la récurrence n'est pas nécessairement « déclenchée par un nouveau facteur de stress, mais simplement parce que le seuil de vulnérabilité est abaissé. Le moindre petit événement réactive des souvenirs douloureux, des sensations physiques qui peuvent s'embraser et déterminer une nouvelle rechute » (Dr Guido BONDOLFI, psychiatre aux H.U.G., « Le Temps », 11 juillet 2009, p. 3). A cet égard, est symptomatique le fait que « face à des éléments banaux comme une plante verte qui va évoquer pour elle son précédent poste de travail, les humiliations et disqualifications subies durant ces dernières expériences de travail (...) vont défiler dans ses pensées associées à des images de fait. Elle a peur de revivre ses situations » (rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 25 février 2007, p. 2). Il s'ensuit qu'on ne saurait tenir pour établi, au degré de vraisemblance prépondérante (applicable en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales : ATF 126 V 322 consid. 5a), que le burn out, le harcèlement moral ou l'affection cardiaque (liée au burn out) auxquels la demanderesse aurait été exposée durant son engagement chez X\_\_\_\_\_ SA, aient joué, comme elle le soutient, un rôle exclusif dans les troubles anxio-dépressifs ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail dès juillet 2006. Incidemment, on relèvera que le harcèlement moral allégué semble contesté par l'employeur, lequel a indiqué avoir mis fin aux rapports de travail en raison du profil de l'assurée « non-conforme aux exigences du poste » (questionnaire AI du 26 septembre 2007). En tout cas, le dossier ne contient pas de jugement condamnant l'employeur de ce chef. Partant, c'est à juste titre que le GMP a opposé la réserve litigieuse à la demanderesse pour lui refuser le versement d'une rente d'invalidité au titre de la prévoyance surobligatoire. Les considérations qui précèdent ne préjugent pas de l'obligation éventuelle du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA de fournir des prestations à l'intéressée, le Tribunal de céans n'ayant pas à examiner ici la question de savoir si la demanderesse présentait effectivement une atteinte à la santé durable avant le début de son affiliation à la fondation intimée, singulièrement, si ladite atteinte avait des répercussions sur sa capacité de travail et son rendement auprès de X\_\_\_\_\_ SA (rapport de connexité temporelle) (comp. ATF du 30 septembre 2008, 9C\_335/2008, consid. 5 a contrario). Cette question sera examinée, le cas échéant, dans le cadre de l'action ouverte par la demanderesse à l'encontre du Fonds de prévoyance du personnel de l'UEFA, le 27 février 2009, devant la CASSO, juridiction compétente ratione loci, auprès de laquelle la cause est par ailleurs pendante à l'heure actuelle. Sous cet angle, la requête de la demanderesse tendant à la suspension de la présente procédure jusqu'à droit jugé dans ladite cause apparaît sans objet. Succombant, la demanderesse n'a pas droit à des dépens (art. 89H al. 3 LPA a contrario). La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA). Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociales fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant; cela vaut également pour

les actions en matière de prévoyance professionnelle ( ATAS/477/2008 ; ATF du 13 octobre 2003, B 61/03, consid. 5 ; ATF 126 V 149 consid. 4). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable ; Au fond : La rejette ; Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière : Florence SCHMUTZ Le Président suppléant : Jean-Louis BERARDI 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.