RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/148/2020 **ATAS/813/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 août 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO	demanderesse
contre	
AXA FONDATION LPP SUISSE ROMANDE, sise c/o AXA Leben AG, General Guisan-Str. 40, WINTERTHUR	défenderesse

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Yda ARCE et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1963 au Portugal, mère de deux filles nées le _____ 1993, a travaillé dès le 1er avril 1997 en tant que femme de ménage auprès de la Fondation du centre orthodoxe B_____ (ci-après: le centre orthodoxe ou l'employeur). A ce titre, elle était affiliée, pour la prévoyance professionnelle, auprès de Winterthur Columna, devenue en 2008 AXA Fondation LPP (ci-après : la fondation ou la défenderesse).

b. En raison d'un accident survenu le 13 décembre 1999, au cours duquel elle a été blessée à la cheville droite, l'assurée est incapable de travailler, partiellement dans un premier temps, puis totalement depuis le 10 novembre 2000.

c. Le 21 janvier 2002, elle a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), une demande de prestations sous forme d'une rente ou d'un reclassement dans une nouvelle profession en raison d'une entorse grave du pied droit existant depuis le 13 décembre 1999.

Après instruction du dossier, l'OAI a accordé à l'assurée, par décision entrée en force du 9 janvier 2004, une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2001.

d. Suite à la décision précitée, l'assurée a demandé à la fondation l'octroi d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

Faute de réponse malgré les rappels et pièces transmises, l'assurée a saisi, le 18 avril 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, d'une demande tendant au paiement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle tant obligatoire que surobligatoire, à partir du 1er novembre 2001.

Par arrêt du 6 mars 2006 (ATAS/217/2006), le TCAS a constaté que l'assurée avait droit à une rente d'invalidité et une rente d'enfant d'invalide pour chacune de ses filles et ce à partir du 10 novembre 2001 et a condamné la Winterthur à lui verser lesdites rentes.

e. Dans le cadre d'une procédure de révision, l'OAI a notamment demandé au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) puis au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après: le BREM) d'examiner l'assurée et d'effectuer une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Compte tenu notamment du rapport du BREM du 9 août 2010, l'OAI a, par décision du 26 novembre 2010, supprimé la rente entière d'invalidité de l'assurée avec effet au 1er février 2011 (premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision précitée, intervenue le 2 décembre 2010), au motif que son état de santé s'était amélioré depuis la décision initiale du 9 janvier 2004 et qu'elle pouvait actuellement exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail.

Sur recours, la Chambre de céans a confirmé la décision précitée (ATAS/1081/2011 du 16 novembre 2011).

Par arrêt 9C_12/2012 du 20 juillet 2012, le Tribunal fédéral a rejeté le recours dirigé contre l'arrêt précité de la Chambre de céans.

f. Par courrier du 7 octobre 2013, la fondation a requis de l'assurée la restitution des prestations versées à tort depuis le 1er janvier 2011. Faute de remboursement, elle a requis la poursuite de l'assurée, laquelle a abouti à un acte de défaut de biens (poursuite n° 1_____ – ADB 115 du 16 novembre 2016).

B. Le 17 avril 2015, l'assurée a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, le SMR a notamment examiné l'assurée à deux reprises.

Ses fondant sur les rapports précités, l'OAI a, par décision entrée en force du 25 octobre 2019, mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1er octobre 2015 au 30 avril 2017, d'une rente entière du 1er mai 2017 au 31 décembre 2018 et à nouveau d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1er janvier 2019.

C. a. Par acte du 14 janvier 2020, l'assurée, sous la plume de son conseil, a saisi la Chambre de céans d'une action en paiement et en contestation (*recte* constatation) négative de dette, dans laquelle elle a conclu, principalement, à ce que la fondation retire toute poursuite initiée à son encontre, et en particulier la poursuite n° 2_____ , que l'acte de défaut de biens ADB 115 du 16 novembre 2016 lui soit restitué et qu'il soit constaté qu'elle n'a aucune dette à l'encontre de la défenderesse. La demanderesse a également conclu à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité de la prévoyance obligatoire et surobligatoire de 50% à partir du 1er octobre 2015, de 100% dès le 1er mai 2017 et de 50% dès le 1er janvier 2019, soit CHF 21'322.- au moins, avec intérêts à 5% dès le 15 février 2018 (date moyenne).

La demanderesse a persisté dans ses conclusions par réplique du 18 août et par observations du 4 novembre 2020.

b. Dans sa réponse du 24 juin 2020, la défenderesse a demandé à la Chambre de céans de ne pas entrer en matière sur l'action en constatation de l'existence ou de l'inexistence d'une dette et sur la restitution de l'acte de défaut de biens ADB 115 du 16 novembre 2016 et de rejeter l'action pour le surplus, faute de lien de connexité tant matérielle que temporelle, après avoir exigé la production de l'entier du dossier constitué par l'OAI.

Elle a confirmé sa position dans sa duplique du 26 octobre 2020.

c. Les parties ont répondu, en date des 3 et 15 décembre 2020, aux questions complémentaires posées par la Chambre de céans avant de se prononcer sur leurs réponses respectives par courriers des 3 et 8 février 2021.

d. Quant à la Chambre de céans, elle a requis la transmission d'un extrait du compte individuel AVS de la recourante, document qu'elle a reçu le 1er avril 2021.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO – RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

   Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

   b. En l'espèce, la demande en paiement du 14 janvier 2020 porte sur le versement d'une rente d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle tant obligatoire que surobligatoire. Il s'agit donc d'une contestation relative à la prévoyance professionnelle. Par ailleurs, le lieu de l'exploitation – le centre orthodoxe – dans laquelle la demanderesse a été engagée se situe dans le canton de Genève.

   Partant, la compétence *ratione loci* et *materiae* de la Chambre de céans est établie.

2. a. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1er LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, RJN 1984, p. 19).

   L'art. 73 al. 2 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier par une écriture qui doit désigner l'institution de prévoyance visée et contenir des conclusions ainsi qu'une motivation. C'est donc la partie qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige (maxime de disposition). L'état de fait doit être établi d'office selon l'art. 73 al. 2 LPP seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la partie demanderesse. La maxime inquisitoire ne permet pas d'étendre l'objet du litige à des questions qui ne sont pas invoquées (ATF 129 V 450 consid. 3.2). Le juge n'est toutefois pas lié par les conclusions des parties; il peut ainsi adjuger plus ou moins que demandé à condition de respecter leur droit d'être entendues (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1).

Dans le canton de Genève, la procédure en matière de prévoyance professionnelle est régie par la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10) et plus particulièrement par les art. 89A et ss.

La jurisprudence admet la recevabilité d'une action en constatation si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate de rapports de droit litigieux et ne peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatoire (ATF 119 V 13 consid. 2a et les références).

b. En l'espèce, outre la demande en paiement, la demanderesse a également adressé à la Chambre de céans une demande en constatation négative de droit, portant concrètement sur la constatation de l'inexistence de la créance faisant l'objet de l'acte de défaut de biens ADB 115 du 16 novembre 2016.

La question de la recevabilité de la demande en constatation négative de droit peut toutefois être laissée en suspens, dans la mesure où la demande en question doit être rejetée pour les raisons exposées ci-dessous.

Pour le surplus, tant la demande en paiement que l'action en constatation négative de droit du 14 janvier 2020 respectent la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA/GE - E 5 10).

Partant, elles sont recevables.

3. La LPP ne prévoit pas l'application de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA − RS 830.1), si bien que cette loi-ci n'est pas applicable (art. 2 LPGA), en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA), lesquels ne concernent pas le présent litige (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1).

4. Le présent litige porte, d'une part, sur le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité (rente entière ou demi-rente selon les périodes) de la prévoyance obligatoire et surobligatoire et plus particulièrement sur l'existence d'un lien de connexité tant matérielle que temporelle et, d'autre part, sur la constatation de l'inexistence de la créance faisant l'objet de l'acte de défaut de biens ADB 115 du 16 novembre 2016, singulièrement sur sa compensation avec la rente d'invalidité précitée.

5. Le système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité repose sur le principe des trois piliers (art. 111 Cst.). Les prestations du premier pilier (assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale et prestations complémentaires) doivent couvrir les besoins vitaux des personnes assurées de manière appropriée (art. 112 al. 2 let. b Cst.), alors que les prestations du deuxième pilier (prévoyance professionnelle) doivent permettre aux personnes assurées de maintenir de manière appropriée leur niveau de vie antérieur (art. 113 al. 2 let. a Cst.; voir également art. 1 al. 1 LPP). II incombe au troisième pilier (prévoyance

individuelle) de compléter les mesures collectives des deux premiers piliers selon les besoins personnels.

Les institutions de prévoyance qui participent à l'application du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (art. 48 al. 1 LPP) doivent respecter les exigences minimales fixées aux art. 7 à 47 LPP (art. 6 LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP; Message à l'appui de la LPP, FF 1976 I 127 ch. 313 et 314; ATF 131 II 593 consid. 4.1 et les références).

6. a. Lorsqu'une institution de prévoyance décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi (prévoyance sur-obligatoire ou plus étendue), on parle alors d'institution de prévoyance « enveloppante ». Une telle institution est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP en matière d'organisation, de sécurité financière, de surveillance et de transparence, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 115 V 103 consid. 4b).

   b. En l'espèce, la défenderesse est une institution de prévoyance de droit privé pratiquant à l'évidence la prévoyance obligatoire et plus étendue (institution dite « enveloppante »), les prestations réglementaires allant au-delà des prestations minimales selon la LPP (notamment salaire coordonné correspondant au salaire annuel de base assuré auprès de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS ; voir art. 2.3 du règlement de la fondation] et par conséquent supérieur au salaire coordonné selon l'art. 8 al. 1 LPP ; possibilité d'émettre des réserves pour des assurés ne jouissant pas d'un état de santé satisfaisant [art. 2.2.3 du règlement], ce qui ne peut être prévu en matière de prévoyance obligatoire).

7. a. En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux art. 23 ss LPP.

   Selon l'art. 23 LPP (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005), ont notamment droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. a).

   En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20 ; art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1).

   b. A teneur de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA166) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

D'après l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

c. Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais il correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Sinon, il subsisterait dans bien des cas des lacunes dans la couverture d'assurance, notamment lorsque l'employeur - en raison justement de la maladie - résilie les rapports de travail avant l'écoulement de la période de carence d'une année instituée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Ainsi donc, pour que la protection d'assurance découlant du deuxième pilier ne soit pas dépourvue de son efficacité, le risque d'invalidité doit également être couvert lorsqu'il survient après une longue maladie, et cela indépendamment du maintien de la couverture légale d'assurance; si l'institution de prévoyance a déjà effectué le transfert de la prestation de libre passage, elle n'est pas, pour autant, libérée de l'obligation éventuelle de verser ensuite une rente d'invalidité (ATF 123 V 262 consid. 1b). En d'autres termes, l'institution de prévoyance qui assurait l'intéressé lors de la survenance de l'incapacité de travail déterminante est tenue de prendre en charge aussi l'aggravation de l'invalidité (ATF 136 V 65 consid. 3.1).

d. Les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_155/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1 ; 9C_1036/2010 du 12 septembre 2011 consid. 2.1).

8. a. Selon l'art. 10 LPP, l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail (…) (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse notamment, sous réserve de l'art. 8 al. 3 LPP, (…) b. en cas de dissolution des rapports de travail, c. lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (…) (al. 2). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 3).

Par ailleurs, à teneur de l'art. 8 al. 3 LPP, si le salaire diminue temporairement par suite de maladie, d'accident, de chômage, de maternité, de paternité ou d'autres circonstances semblables, le salaire coordonné est maintenu au moins pour la durée de l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire selon l'art. 324*a* du code des obligations (CO), du congé de maternité au sens de l'art. 329*f* CO ou du congé

de paternité au sens de l'art. 329*g* CO. La personne assurée peut toutefois demander la réduction du salaire coordonné.

La durée du droit au salaire en cas de maladie du travailleur est de trois semaines pendant la première année de service (art. 324a al. 2 CO), puis, conformément à l'échelle bernoise généralement appliquée à Genève, d'un mois dès la deuxième année de service, de deux mois pour la troisième et la quatrième année de service, de trois mois de la cinquième à la neuvième année de service (WYLER/HEINZER, Droit du travail, 4e éd. 2019, pp. 310 s. ; AUBERT, Commentaire romand, Code des obligations I, 2e éd. 2012, n. 38 à 40 ad art. 324a CO pp. 2007 s.).

Un accord écrit, un contrat-type de travail ou une convention collective peuvent prévoir, en lieu et place du paiement du salaire complet durant un temps limité, le paiement d'indemnités journalières par une assurance perte de gain à la condition que les prestations accordées soient équivalentes à celles du système légal (art. 324a al. 4 CO ; WYLER/HEINZER, Droit du travail, 4e éd. 2019, pp. 317 ss).

b. L'art. 7 LPP, en corrélation avec l'art. 5 de l'Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 l'Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP2 - RS 831.441.1) dans sa teneur applicable en 2003, prévoit que les salariés auxquels un même employeur verse un salaire annuel supérieur à CHF 24'720.- sont soumis à l'assurance obligatoire pour les risques de décès et d'invalidité dès le 1er janvier qui suit la date à laquelle ils ont eu 17 ans et, pour la vieillesse, dès le 1er janvier qui suit la date à laquelle ils ont eu 24 ans (al. 1). Est pris en considération le salaire déterminant au sens de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS). Le Conseil fédéral peut admettre des dérogations (al. 2).

Selon l'art. 6 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), le revenu provenant d'une activité lucrative comprend, sous réserve des exceptions mentionnées expressément dans les dispositions qui suivent, le revenu en espèces ou en nature tiré en Suisse ou à l'étranger de l'exercice d'une activité, y compris les revenus accessoires (al. 1). Ne sont pas comprises dans le revenu provenant d'une activité lucrative les prestations d'assurance en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, à l'exception des indemnités journalières selon l'art. 25 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI) et l'art. 29 de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (al. 3 let. b).

c. Comme indiqué ci-dessus, le rapport de prévoyance cesse non seulement lorsque les rapports de travail sont dissouts mais également si le salaire minimal aux termes de l'art. 7 LPP n'est plus atteint (art. 10 al. 2 let. c LPP). Dans ce dernier cas, le rapport de travail se poursuit mais les indemnités journalières pour maladie qui sont directement versées à l'assuré en lieu et place du salaire n'atteignent pas le seuil de CHF 19'350.- (en 2001, étant précisé que ce montant était de CHF 24'720.- en

2005), puisque, selon l'art. 6 al. 2 let. b RAVS, les indemnités journalières pour maladie ne font pas partie du salaire AVS déterminant et ne sont, par conséquent, pas non plus assurées dans le cadre du 2e pilier (art. 7 al. 2 LPP). Dans ce cas, le salaire coordonné réalisé jusque-là garde sa validité et est maintenu tout comme le seuil tant que dure l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire selon l'art. 324a CO (art. 8 al. 3 LPP). Le rapport de prévoyance se poursuit jusqu'à la fin de cette obligation légale théorique de l'employeur, théorique parce que l'employeur a satisfait à son obligation de verser le salaire en concluant une assurance d'indemnités journalières dont les indemnités se substituent au salaire. Quand bien même les rapports de travail n'ont pas (encore) cessé, le rapport de prévoyance et l'obligation de cotiser cessent lorsque l'obligation théorique de verser le salaire arrive à son terme car le salaire n'atteint plus le seuil minimum (Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 84 du 12 juillet 2005 ch. 485).

9. a. Pour que l'ancienne institution de prévoyance soit tenue à prestations, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité (ATF 123 V 262 1c.).

b. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). La perte de la capacité de travail doit être d'une certaine importance, ce qui signifie qu'elle doit atteindre 20% (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.5 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.105/03 du 14 mars 2005 consid. 1). En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffit pour le rattachement selon l'art. 23 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3).

La preuve suffisante d'une limitation de la capacité fonctionnelle de travail déterminante sous l'angle du droit de la prévoyance professionnelle ne suppose pas forcément l'attestation médicale d'une incapacité de travail « en temps réel » (« echtzeitlich »). Toutefois, des considérations subséquentes et des suppositions spéculatives, comme par exemple, une incapacité médico-théorique établie rétroactivement après bien des années, ne suffisent pas. L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur les rapports de travail ; en d'autres termes, la diminution de la capacité fonctionnelle de travail doit s'être manifestée sous l'angle du droit du travail, notamment par une baisse des prestations dûment constatée, un avertissement de l'employeur ou une accumulation d'absences du travail liées à l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_556/2019 du 4 novembre 2019 consid. 4.3 et la référence).

c. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle. Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a

entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est de nouveau apte à travailler. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ibid.).

La connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée pendant plus de trois mois et que celle-ci lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Une capacité de travail de 80% ne suffit pas pour interrompre le lien de connexité temporelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_214/2019 consid. 4.2 et les références).

d. Le double critère de la connexité tant matérielle que temporelle trouve également à s'appliquer dans l'hypothèse où l'assuré n'a pas immédiatement retrouvé un emploi et que, pour cette raison, il n'est plus affilié à aucune institution de prévoyance (cf. ATF 123 V 264 et 120 V 117, notamment).

e. Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 93/02 du 3 mai 2004, consid. 2.1 ; ATF 138 V 409 consid. 6.3 et l'arrêt cité, destiné à la publication). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale doit dès lors être comparée au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 48/05 du 25 avril 2006, consid. 4). Il y a connexité matérielle lorsque l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit à l'époque à l'incapacité de travail. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre la pathologie entraînant l'incapacité de travail et les troubles qui ont pour conséquence une invalidité n'est en revanche pas déterminante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 42/02 du 11 février 2003, consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'il n'y avait pas de connexité matérielle entre les problèmes de dos d'un assuré, survenus pendant le rapport d'affiliation à une caisse de prévoyance, et les troubles psychiques (parmi lesquels un TSD et un épisode dépressif grave réactionnel à des douleurs organiques chroniques) diagnostiqués par la suite et justifiant l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Notre Haute-Cour a rappelé que si aucun élément indiquant l'existence d'un problème psychique entraînant une incapacité de travail ne ressort de rapports médicaux, malgré une

interprétation large, la connexité matérielle fait défaut quand bien même les problèmes de dos avaient déjà à l'époque une influence sur le psychisme de l'assuré et sur sa situation psychosociale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/06 du 21 novembre 2006, consid. 4.1). S'agissant plus particulièrement d'une atteinte psychique « réactionnelle », le Tribunal fédéral des assurances a considéré, à plusieurs reprises que même s'il était établi que les problèmes physiques avaient participé à la genèse d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie, cela ne modifiait en rien le fait que ladite atteinte psychique (secondaire) n'était pas identique avec les affections physiques qui ont entraîné une incapacité de travail ayant mené à la perte d'emploi et à la sortie du cercle des assurés de l'institution de prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 68/06 du 31 août 2007 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/06 du 22 novembre 2006 consid. 4 et les références citées).

10. a. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, par exemple en cas d'invalidité dite « professionnelle » (c'est-à-dire en cas d'incapacité d'exercer l'activité habituelle). Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères. Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_866/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2 et la référence).

    En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 et la référence citée), puisqu'il n'est pas exclu que l'incapacité de travail

sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue avant la période de six mois précédant le dépôt de la demande AI. Aussi les organes de la prévoyance professionnelle ne sont-ils pas liés, dans ce cas, par les constatations des organes de l'assurance-invalidité pour fixer le début de l'incapacité de travail déterminante pour la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012, 9C_59/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1).

b. La faculté réservée aux institutions de prévoyance d'adopter une définition de la notion d'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité n'implique cependant pas un pouvoir discrétionnaire. Lorsqu'elles adoptent dans leurs statuts ou règlements un certain système d'évaluation, elles doivent se conformer, dans l'application des critères retenus, aux conceptions de l'assurance sociale ou aux principes généraux. Autrement dit, si elles ont une pleine liberté dans le choix d'une notion, elles sont tenues de donner à celle-ci sa signification usuelle et reconnue en matière d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_866/2018 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2 et la référence).

c. L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'OAI 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. 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 270 consid. 3.1 ; ATF 129 V 73).

11. a. Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de faits résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'OAI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision (« révision procédurale ») (ATF 126 V 309 consid. 3a et les références).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 122 V 157 consid. 1d; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

c/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

c/cc. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

12. a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

    b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. a. En l'espèce, il convient, dans un premier temps, de déterminer la date à laquelle la demanderesse a quitté le cercle des assurés de la défenderesse, afin de délimiter la période pendant laquelle l'incapacité de travail doit avoir débuté.

    b. Dès avril 1997, la demanderesse a travaillé en tant que femme de ménage pour le centre orthodoxe et était assurée, à ce titre, auprès de la défenderesse. Le 13 décembre 1999, elle a été victime d'un accident, ayant entraîné plusieurs

périodes d'incapacité de travail. Depuis le 10 novembre 2000, la demanderesse est en incapacité totale de travailler (ATAS/217/2006 du 6 mars 2006 ch. 4 p. 2). Elle a perçu des indemnités journalières de l'assurance-accident jusqu'au 28 février 2000, l'assurance-maladie perte de gain ayant pris la suite à cette date (ATAS/217/2006 du 6 mars 2006 ch. 6 et 7 p. 2). Les rapports de travail n'ont toutefois jamais formellement été dissouts (cf. courrier de la demanderesse du 3 décembre 2020) mais dans les faits un revenu soumis aux cotisations AVS lui a été versé jusqu'au 28 février 2001 uniquement (cf. ATAS/217/2006 du 6 mars 2006 ch. 5 et extrait du compte individuel de la demanderesse, dont il ressort que seuls CHF 7'000.- ont été versés en 2001, ce qui correspond, en réalité, au salaire de deux mois).

En d'autres termes, la demanderesse a été totalement empêchée de travailler dès le 10 novembre 2000. L'assurée étant alors dans sa 4e année de service, l'obligation de son employeur de verser le salaire a perduré pendant deux mois conformément à l'échelle bernoise, applicable dans le canton de Genève. L'obligation de son employeur a donc cessé le 10 janvier 2001. Un salaire soumis aux cotisations AVS a toutefois été versé à la demanderesse jusqu'au 28 février 2001. Dès le 1er mars 2001, elle ne réalisait plus de revenu suffisant pour rester affiliée à la défenderesse. Par conséquent, conformément à l'art. 10 al. 3 LPP, le rapport de prévoyance a cessé un mois après, soit le 31 mars 2001.

c/aa. En matière de prévoyance surobligatoire, l'art. 6.1.1 du règlement de la défenderesse prévoit que le salarié sort de l'institution de prévoyance lorsqu'il ne satisfait plus aux conditions d'admission figurant sous chiffre 2.1 et qu'aucun événement assuré n'est survenu, en particulier lors de la dissolution des rapports de travail.

A teneur du chiffre 2.1.1 notamment, sont admis dans l'institution de prévoyance tous les salariés dont le salaire annuel AVS est supérieur à la rente de vieillesse simple maximale de l'AVS, à condition que leur contrat de travail ait été conclu pour une durée illimitée ou pour une durée limitée dépassant 3 mois. Si un contrat de travail de durée limitée est prolongé au-delà de 3 mois, le salarié doit être admis dans l'institution de prévoyance.

L'art. 2.2.1 du règlement prévoit, quant à lui, que la couverture débute le jour où le salarié remplit les conditions d'admission au sens des dispositions figurant sous chiffre 2.1 (début de l'assurance) et prend fin le jour où l'assuré sort de l'institution de prévoyance. Après la sortie, le salarié demeure assuré pour les risques de décès et d'incapacité de gain (invalidité) jusqu'à son entrée dans une nouvelle institution de prévoyance, au maximum toutefois pendant un mois.

Enfin, selon l'art. 2.3.8 du règlement, si le salaire annuel de base diminue temporairement par suite de maladie, d'accident, de chômage ou d'autres circonstances semblables, le salaire assuré continue d'être assuré au moins pour la durée de l'obligation légale de l'employeur de verser le salaire selon l'article 324a

du code des obligations Le salarié peut toutefois demander la réduction du salaire assuré.

c/bb. Sur le plan de la prévoyance surobligatoire également, la demanderesse n'a plus perçu le salaire minimum à compter du 1er mars 2001. Compte tenu de l'art. 2.3.8 du règlement, son affiliation à la demanderesse a également cessé le 31 mars 2001.

d. En résumé, le salaire minimum n'est plus atteint à compter du 28 février 2001 et l'affiliation de la demanderesse à la défenderesse a donc cessé le 31 mars 2001 (compte tenu du mois de prolongation prévu par les art. 10 al. 3 LPP et 2.2.8 du règlement). Le fait que le contrat de travail n'ait pas été formellement résilié ou encore que la défenderesse n'ait pas supprimé la demanderesse de la liste de ses assurés n'est pas pertinent, dès lors que l'affiliation s'examine conformément à la LPP et au règlement de la défenderesse. Selon toute vraisemblance, la défenderesse n'a, par erreur, pas mis un terme à l'affiliation de la demanderesse en vertu des art. 10 al. 2 let. c et. 8 al. 3 LPP. Cela étant, la Chambre de céans constate que dans un premier temps, les parties ont débattu des liens de connexité matérielle et temporelle, admettant par-là que la demanderesse a bien quitté le cercle des assurés, l'examen de ces deux liens de connexité n'étant pertinent que dans un tel cas.

14. a. La période d'affiliation de la demanderesse étant circonscrite, il y a désormais lieu d'examiner si l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité constatée par l'OAI par décision du 25 octobre 2019 est survenue pendant la période d'affiliation et, dans l'affirmative, s'il existe un lien de connexité tant matérielle que temporelle.

b/aa. S'agissant de la prévoyance obligatoire, il y a tout d'abord lieu de relever que la défenderesse n'est pas liée par la date du début de l'incapacité de travail durable (le 1er août 2011) fixée par l'OAI, qui ne lui a pas notifié sa décision du 25 octobre 2019. Il convient donc de déterminer la date de la première survenance de l'incapacité de travail qui a constitué la cause de l'invalidité (art. 23 let. a LPP) en procédant à une appréciation du cas au regard des rapports versés au dossier.

b/bb. A l'appui de ses conclusions, la demanderesse se réfère à diverses pièces médicales, pour l'essentiel antérieures à l'octroi de la première rente d'invalidité. Seul un rapport de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation, du 20 mars 2017, a été établi dans le cadre de la nouvelle demande de prestations d'invalidité.

De son côté, la défenderesse a produit deux rapports du SMR, datés des 15 août 2017 et 24 juin 2019.

Dès lors que la Chambre de céans ne peut se fonder sur la décision de l'OAI du 25 octobre 2019, faute de notification à la défenderesse, il convient d'examiner, dans un premier temps, la valeur probante des documents transmis.

La question de la valeur probante du rapport de la Dresse C_____ peut en l'état rester ouverte dès lors que ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail de la demanderesse.

En revanche, force est de constater que les rapports des médecins du SMR des 15 août 2017 et 24 juin 2019 répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En effet, ils contiennent le résumé du dossier, les indications subjectives de la demanderesse, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

Sur le fond, dans son rapport daté du 22 septembre 2017, le Dr D_____ a retenu le diagnostic principal de douleurs des pieds et des chevilles dans le cadre d'une arthropathie sous-astagralienne bilatérale secondaire à un pied creux varus congénital avec status après ostéotomie de médialisation de la tubérosité calcanéenne droite et après arthrodèse valgisante sous astragalienne gauche. A titre de diagnostics secondaires, le médecin précité a évoqué des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec antélisthésis de degré I de L4-L5 (M544), douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après opération de cette épaule (M75), périarthrite scapulohumérale (PSH) gauche avec suspicion de tendinite du long chef du biceps gauche (M75), syndrome rotulien dans le cadre d'une gonarthrose fémorotibiale interne droite et fémoropatellaire bilatérale (M17), ostéoporose fracturaire avec factures de la base du 5e métatarsien droit et de la 1re phalange du 4e orteil gauche et spontanées de la 10e du côté droit. Le Dr D_____ s'est également prononcé sur la capacité de travail de la demanderesse. Il a ainsi considéré que depuis décembre 1999, sa capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est la suivante : 0% dès 1999 ; 100% dès début 2003, étant toutefois précisé que la Chambre de céans a retenu, dans son arrêt du 16 novembre 2011, qu'une capacité de travail entière n'était plausible qu'à compter de l'expertise, soit à compter du 9 août 2010 ; 50% depuis août 2011 vu l'IRM lombaire du 9 août 2011 mettant en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis ; 0% depuis février 2017 suite à l'opération de l'épaule droite ; 0% dès le 25 septembre 2017 en raison de l'intervention à la cheville droite.

Le 17 juin 2019, la demanderesse a une nouvelle fois été examinée par le SMR, soit par le Dr D_____ et la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon leur rapport du 24 juin 2019, le diagnostic principal était celui de cervicobrachialgies gauches et accessoirement dorsolombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec antélisthésis de degré I de L4-L5. Comme diagnostics associés, les médecins du SMR ont également retenu des douleurs des pieds et des chevilles dans le cadre d'une dysmorphie congénitale des pieds avec status après deux opérations du pied droit avec reconstruction complexe de l'arrière-pied et après arthrodèse valgisante sous-astragalienne gauche, douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite

dans le cadre d'un status après opération de l'épaule droite et tendinopathie du long chef du biceps gauche, gonarthrose fémoro-tibiale interne droite et fémoro-patellaire bilatérale ainsi qu'ostéoporose fracturaire avec fracture de la base du 5ème métatarsien droit, de la 1ère phalange du 4ème orteil gauche et spontanée de la 10ème côte droite. Enfin, sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr D_____ et la Dresse E_____ ont évoqué une fibromyalgie, une discrète arthrose nodulaire des doigts et une discrète rhizarthrose, un discret status variqueux des membres inférieurs, une obésité avec BMI à 37 dans le cadre d'un status après bypass gastrique, un alcoolisme chronique, une dysthymie et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation actuelle de la substance. Les médecins du SMR ont repris les périodes d'incapacité retenues par le Dr D_____, qu'ils ont complétées en retenant une incapacité de travail de 50% dès le 25 septembre 2018.

b/cc. Pour que la défenderesse soit tenue de prester pour une nouvelle invalidité, il faut que le début de l'incapacité de travail (dans l'activité habituelle) soit antérieur au 31 mars 2001.

Certes, la demanderesse présente une incapacité de travailler totale dans son activité habituelle et ce depuis 1999. Cela étant, en présence de plusieurs atteintes à la santé, il faut examiner, en lien avec chaque atteinte, si l'incapacité de travail qui en résulte est née pendant l'affiliation et est à l'origine d'une invalidité.

Or, force est de constater que seule l'incapacité de travail en lien avec l'atteinte au pied droit est née pendant l'affiliation de la demanderesse à la défenderesse. En effet, l'atteinte au pied gauche, quand bien même elle existait déjà durant l'affiliation à la défenderesse, n'entraînait encore aucune plainte fin 2001 (cf. rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 28 décembre 2001). La tendinopathie du sus-épineux des deux épaules est apparue début 2003 suite à l'utilisation des cannes (cf. rapport de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dans lequel il est indiqué que les douleurs aux deux épaules étaient apparues quatre mois auparavant). Les douleurs dorsales et celles au genou sont apparues en 2002 (cf. rapport du SMR du 22 septembre 2017 p. 12), étant précisé que les premières radiographies du dos datent de septembre 2002 (cf. rapport du SMR du 22 septembre 2017 p. 9) et celles du genou droit de décembre 2013 (cf. rapport du SMR du 22 septembre 2017 p. 10). Les diverses fractures sont postérieures à 2012 (cf. rapport du SMR du 22 septembre 2017 p. 13) et les autres atteintes ne sont pas incapacitantes selon le SMR.

b/dd. Comme seule l'atteinte au pied droit a entraîné une incapacité de travail alors que la demanderesse était encore affiliée à la défenderesse, seule une invalidité en raison de cette même atteinte au pied aura pour conséquence une obligation de prester de la défenderesse, pour autant que le lien de connexité temporelle soit également admis.

Dès lors que l'atteinte au pied droit figure dans la liste des diagnostics incapacitants retenus par le SMR et pris en considération dans la détermination du degré d'invalidité, le lien de connexité matériel est donné.

b/ee. Enfin, reste à examiner le lien de connexité temporelle.

C'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, que le lien de connexité temporelle est en principe interrompu lorsqu'une capacité de travail de 80% a été recouvrée pendant plus de trois mois dans une activité adaptée.

A titre liminaire, on peut se demander si la rente d'invalidité octroyée par décision du 9 janvier 2004 l'a réellement été en raison de l'atteinte au pied droit et/ou gauche ou uniquement compte tenu de l'atteinte aux épaules. En effet, dans son rapport du 19 février 2002, la Dresse G_____ a évoqué, outre le status post cure d'un syndrome du tunnel carpien droit, des diagnostics concernant uniquement les deux pieds et a conclu que si l'activité de femme de ménage n'était plus exigible de la part de l'assurée, cette dernière pouvait par contre exercer, sans diminution de rendement, toute activité n'entraînant pas de station debout prolongée (cf. ATAS/1081/2011 du 16 novembre 2011 ch. 11). En outre, dans sa note de dossier du 19 août 2003, le docteur H_____, médecin auprès du SMR, a écrit « Aggravation signalée au niveau du pied gauche alors que le pied droit va mieux. Par contre, tendinopathie des 2 épaules liée à l'utilisation d'une canne. Dès lors une activité manuelle n'est pas envisageable pour l'instant… Donc voir si l'évolution est favorable dans 1 an. Conclusion : Admettre une IT 100%. Révision 10 mois » (voir avis du SMR du 19 août 2003, produit par la demanderesse sous pièce 16). Enfin, l'OAI a considéré, dans sa décision du 26 novembre 2010, qu'« il ressort de l'instruction médicale que l'état de santé de votre mandante s'est amélioré depuis notre décision initiale du 9 janvier 2004. Le problème de santé à l'origine de l'octroi de la rente (tendinopathie des épaules liée à l'utilisation d'une canne) a évolué favorablement » (voir décision du 26 novembre 2010 produite par la défenderesse sous pièce 4). Au vu des pièces du dossier, on peut donc se demander si une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée n'a pas été retrouvée en 2002 ou 2003 déjà.

Cette question peut toutefois être laissée ouverte, dès lors que les médecins du BREM, mandatés par l'OAI, ont considéré, dans leur rapport du 9 août 2010, qualifié de probant par la Chambre de céans et par le Tribunal fédéral, que la demanderesse était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé et ne nécessitant aucune formation complémentaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 produit par la demanderesse sous pièce 4).

Au surplus, selon les rapports du SMR des 17 juin 2017 et 24 juin 2019, l'atteinte au pied droit a uniquement motivé une incapacité de travail à 50% entre le 25 septembre 2017 et le 24 septembre 2018, les incapacités de travail antérieures et postérieures à ces dates étant dues à d'autres atteintes. En effet, l'intervention de 2012 concerne le pied gauche (cf. rapport de la Dresse C_____ du 20 mars 2017,

produit sous pièce 21 par la demanderesse). L'incapacité de travail de 50% dès août 2011 concerne les troubles statiques et dégénératifs du rachis, pour lesquels le lien de connexité matérielle fait défaut. Il en va de même de l'incapacité de travail de 50% due à l'atteinte à l'épaule droite, incapacité qui est de toute évidence venue s'additionner, dès février 2017, à l'incapacité de 50% due aux troubles du rachis.

Ainsi, force est de constater qu'entre août 2010 et juillet 2015, l'atteinte au pied droit n'entraînait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que le lien de connexité temporelle a de toute évidence été interrompu.

c. Il résulte de ce qui précède que la défenderesse n'a pas à verser de prestations obligatoires pour l'invalidité totale survenue le 1er août 2011.

15. Reste à déterminer si la demanderesse peut prétendre à des prestations relevant de la prévoyance surobligatoire.

a. Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, mais il correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 264 consid. 1b ; ATF 120 V 116 sv. consid. 2b, citant notamment l'arrêt ATF 118 V 98 consid. 2b, et les références).

En matière de prévoyance professionnelle surobligatoire, les institutions de prévoyance sont libres de définir, en dérogeant à l'art. 23 LPP précité, le moment auquel la qualité d'assuré, que suppose l'obligation de prester, doit exister. Ainsi, l'institution peut faire dépendre le droit à une rente d'invalidité étendue (respectivement le droit à la part étendue de la rente d'invalidité en cas d'institution enveloppante) de l'existence de la couverture de prévoyance lors de la survenance de l'invalidité notamment définie réglementairement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 12 juillet 1995 consid. 4, publié in RSAS 1998 p. 76ss ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 122/04 du 15 avril 2005 consid. 3.3 ; voir également HURZELER, LPP et LFLP, op.cit., n° 4 ad Art. 23 ; STAUFFER, Berufliche Vorsorge).

b. En l'espèce, l'art. 3.5.1 du règlement de la fondation prévoit qu'en cas d'incapacité de gain avant l'âge de la retraite ou avant une éventuelle retraite anticipée, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité après un délai d'attente de 24 mois et la libération du paiement des contributions lui est accordée après un délai d'attente de trois mois. Le droit à des prestations en cas d'incapacité de gain n'est acquis que si, au moment de la survenance de l'incapacité de gain, le salarié était assuré conformément au règlement et à condition que la durée de l'incapacité de gain ait dépassé le délai d'attente.

Selon l'art. 3.5.7 du règlement, il y a incapacité de gain lorsque l'assuré est invalide au sens de l'assurance-invalidité fédérale (AI) ou lorsque, par suite de maladie (y compris le déclin des facultés mentales et physiques) ou d'accident, il est empêché de façon temporaire ou permanente d'exercer sa profession ou de déployer une autre activité rémunérée. L'exercice de cette activité ne peut être légitimement exigé que si elle est compatible avec les connaissances, les aptitudes et la situation sociale de l'assuré. Une incapacité de gain est considérée comme permanente s'il est établi que le traitement médical n'apportera pas d'amélioration notable de la capacité de gain et qu'ainsi l'incapacité de gain est probablement définitive.

En d'autres termes, l'art. 3.5.1 3e § en lien avec l'art. 3.5.7 du règlement fait dépendre le versement de la rente étendue (ou du moins de la part étendue de la rente) de la qualité d'assuré au moment du début de l'incapacité de gain, ce par quoi il faut entendre l'incapacité de travail ou l'invalidité au sens de la LAI.

c. Dans le cas d'espèce, la demanderesse a quitté le cercle des assurés de la défenderesse le 31 mars 2001. L'incapacité de gain qui est née pendant qu'elle était encore assurée s'est terminée au plus tard en août 2010. Quant à la nouvelle incapacité de gain à compter du mois d'août 2011, elle a débuté alors que la demanderesse n'était plus assurée auprès de la défenderesse. En d'autres termes, la qualité d'assurée au jour de la survenance de la nouvelle incapacité de gain fait défaut de sorte que la demanderesse n'a pas non plus droit à une rente de la prévoyance surobligatoire.

16. Au vu de ce qui précède, la demande du 14 janvier 2020 sera rejetée, l'incapacité de travail à l'origine de la nouvelle invalidité de la demanderesse s'étant développée alors que celle-ci n'était plus assurée auprès de la défenderesse.

Par ailleurs, aucune indemnité de dépens ne sera accordée à la défenderesse dans la mesure où les caisses de pension n'ont en principe pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4a).

Pour le reste, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Rejette la demande dans la mesure de sa recevabilité.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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	La présidente
Julia BARRY	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