

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1568/2016

ATAS/756/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 septembre 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MONTE CARLO, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Christian VAN GESSEL

demanderesse

contre

CAISSE DE RETRAITE DU GROUPE I_____, c/o Banque
I_____ & CIE SA, sise route des Acacias 60, GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Jacques-André SCHNEIDER

défenderesse

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1967, titulaire d'un diplôme en gestion d'entreprise et d'une licence de l'École des hautes études commerciales (HEC), a travaillé en tant qu'assistante de gestion auprès de diverses banques, soit le B_____ Suisse (Genève) de 1990 à 1992, C_____, D_____, E_____, F_____ SA de 1992 à 1994. Entre 1994 et 1997, elle a effectué plusieurs missions temporaires de longue durée auprès de diverses banques. De décembre 1997 à décembre 2003, elle a occupé un poste d'assistante de gestion confirmée auprès de G_____ (Suisse) SA puis de H_____ (décembre 2003 à avril 2005). Après une nouvelle période de missions temporaires auprès d'autres établissements bancaires de mai 2005 à mars 2006, elle a signé un contrat de travail avec la I_____ & Cie SA (ci-après : l'employeur) en date du 9 mars 2006, aux termes duquel elle était engagée en qualité de chargée de relation junior à compter du 1^{er} avril 2006, pour une durée indéterminée. Dans le cadre de cette activité, elle était assurée en prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de retraite des employés de I_____ & Cie et des sociétés du Groupe, devenue Caisse de retraite du groupe I_____ en janvier 2015 (ci-après : la caisse ou la défenderesse).
2. Le 15 mars 2006, l'assurée a complété un questionnaire médical à la demande de la caisse. Elle a notamment répondu par la négative aux questions suivantes :
 - présentez-vous actuellement une affection quelconque ?
 - votre capacité de travail est-elle réduite ?
 - au cours des cinq dernières années, avez-vous été incapable de travailler pendant plus de quatre semaines ?
 - souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections ? Si oui « lesquels ? Quand ? Combien de temps ? Guérison ? Médecins traitants avec adresses »
 - prenez-vous des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou autres médicaments ?Elle a revanche mentionné avoir souffert d'une brûlure à la cuisse gauche (ébouillement en 1996) et d'une occlusion intestinale en 1998.
3. Le 23 mars 2006, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil de la caisse, a examiné l'assurée. Cela fait, il a complété à son tour la partie du questionnaire médical qui lui était réservée en mentionnant notamment qu'il n'y avait pas de raison de soupçonner la présence de troubles psychiques ou neurologiques. Il n'existait pas d'indices d'abus de médicaments. Les activités et le mode de vie de l'assurée n'étaient pas nuisibles à la santé et il n'y avait pas d'autres facteurs de risques connus. Aussi le Dr J_____ n'a-t-il pas recommandé d'autres mesures (contrôle ultérieur, examens, traitement, mode de vie).

4. Par certificat du 31 mars 2006, le Dr J_____ a attesté qu'il avait examiné l'assurée le 23 mars 2006, que celle-ci était en bonne santé et pouvait être admise sans réserve dans le fond de pension de l'employeur.
5. Dans un rapport opératoire du 27 février 2007, le docteur K_____, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, a indiqué que l'assurée avait subi une intervention chirurgicale le 22 février 2007 (annexectomie gauche) en raison d'un kyste ovarien gauche.
6. Dans un rapport du 2 octobre 2007, la doctoresse L_____, psychiatre et cheffe de clinique au centre d'accueil et d'urgences, a indiqué que l'assurée avait séjourné au département de psychiatrie des HUG du 24 au 27 septembre 2007 à la suite d'une admission non volontaire. Elle a mentionné que l'assurée était connue pour des antécédents de trouble alimentaire, un trouble de la personnalité probable (schizoïde) et qu'elle avait été adressée après avoir fait un accident de la voie publique avec sa voiture sur un trottoir, événement suite auquel elle avait été appréhendée par la police. Elle avait consommé, le samedi après-midi (22 septembre 2007) une quantité X de ses médicaments habituels « pour que la journée passe plus vite ». Le lendemain, elle était partie en voiture faire ses courses à la Migros de l'aéroport. Arrivée aux urgences, elle présentait un état confusionnel qui nécessitait un bilan complet. Elle était suivie par le docteur M_____, psychiatre, depuis environ trois ans, à raison d'un rendez-vous par mois et suivait un traitement à base de BZD (benzodiazépines) et de Truxal® qu'elle prenait tous les soirs.

La Dresse L_____ a posé les diagnostics suivants au sens de la classification DSM-IV :

- Axe I Intoxication aux psychotropes ;
- Axe II Personnalité schizoïde ;
- Axe III –
- Axe IV Stress professionnel ;
- Axe V « EGF à l'entrée 30 » ;

Exprimés selon les codes de la classification CIM-10, les diagnostics retenus étaient :

- auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs (CIM-10 ; X61) ;
- personnalité schizoïde (CIM-10 ; F60.1).

Dans l'appréciation du cas, la Dresse L_____ a indiqué que l'assurée avait récupéré au niveau somatique en moins de quarante-huit heures, après avoir présenté un état de vigilance diminué et des effets secondaires probablement liés à la prise de neuroleptiques. L'assurée expliquait ne pas comprendre le sens de son hospitalisation car son abus de comprimés ne procédait pas, de son point de vue,

d'une intention suicidaire. Elle n'aimait pas être à l'hôpital vu qu'elle y avait déjà beaucoup séjourné par le passé en raison de ses troubles alimentaires. Cependant, elle avait tout de même accepté de rester hospitalisée jusqu'à son rendez-vous avec le Dr M_____ le 27 septembre 2008. À sa sortie des HUG, le traitement psychotrope habituel avait été poursuivi à sa demande (Truxal, Xanax et Lexotanil).

7. Par convention du 15 octobre 2007, l'assurée et l'employeur ont, d'un commun accord, mis fin à leur collaboration avec effet au 31 décembre 2007. Cet accord prévoyait notamment que l'assurée était « formellement libérée de son obligation de travailler à compter du 15 octobre 2007, date de son retour à une pleine capacité de travail selon certificat médical (capacité totale dès le 14 octobre 2007) », que son salaire lui serait versé jusqu'au 31 décembre 2007 et qu'elle resterait affiliée à la caisse jusqu'à cette même date. Les cotisations destinées à la caisse seraient donc prélevées sur le salaire mensuel brut de base de l'assurée jusqu'au 31 décembre 2007, conformément au règlement de la caisse.
8. Dans un rapport du 8 décembre 2007, la doctoresse N_____, médecin associé à la clinique La Métairie, a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée du 24 octobre au 30 novembre 2007 dans cet établissement, soit à l'unité spécialisée pour les maladies de la dépendance. Elle était arrivée accompagnée de ses deux parents suite à « une perte de contrôle datant de plusieurs mois de ses consommations médicamenteuse ayant entraîné un accident de voiture, des dégâts personnels ainsi qu'à son domicile, et une perte d'emploi ». Il s'agissait du quatrième séjour de l'assurée à « la Métairie ». Elle était connue pour une dépression majeure et chronique, des antécédents d'anorexie sévère et la persistance de troubles du comportement alimentaire de type anorexie-boulimie. Une fois sa formation achevée, elle avait connu une histoire répétitive de postes à responsabilité dans différentes banques, jalonnée de licenciements qui survenaient généralement au décours de surconsommations de médicaments.

Au titre des antécédents psychiatriques, la Dresse N_____ a fait état d'un syndrome dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Sur le plan somatique, elle a notamment mentionné le kyste ovarien opéré en février 2007, précisant que les suites opératoires s'étaient révélées difficiles en raison d'une plaie intestinale causée au cours de l'intervention.

Évoquant « l'histoire de l'épisode actuel », la Dresse N_____ a indiqué que le 23 septembre 2007, l'assurée avait été retrouvée par la police alors qu'elle dormait dans sa voiture accidentée. Elle avait donc été transférée aux HUG, puis, de retour chez elle, avait cassé des tables en verre et s'était blessée avec les éclats en marchant dessus. Elle avait également débranché son frigidaire et mis le feu à la cuisine. C'était le gardien de l'immeuble qui l'avait amenée aux urgences le 19 octobre 2007 et ses parents qui l'avaient adressée à la clinique La Métairie le 24 octobre 2007.

Ne parlant pas au moment de son admission et présentant un « état stuporeux », elle avait fini par prendre contact avec les autres patients et les thérapeutes après plusieurs jours d'hospitalisation associés à un traitement par Seroquel et Trittico. Cependant, même au terme de cinq semaines de cure, elle apparaissait extrêmement fragile quant à sa possibilité de vivre seule et de ne pas détourner de leur usage les médicaments prescrits à sa sortie. C'était la raison pour laquelle un suivi en hôpital de jour lui avait été proposé. À la sortie, la Dresse N_____ a posé le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et le diagnostic secondaire de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F19.21).

9. Le 4 décembre 2007, l'assurée s'est inscrite au chômage et a bénéficié de l'ouverture d'un délai cadre d'indemnisation pour la période du 6 février 2008 au 5 février 2010.
10. Dans ce contexte, l'entreprise O_____ SA a confirmé à l'assurée le 13 février 2008 qu'elle était inscrite à une formation de « responsable des systèmes de management », appelée à se dérouler du 18 février au 4 avril 2008.
11. Le 11 avril 2008, l'office régional de placement (ORP), l'assurée et la société P_____ SA, entreprise active dans la bijouterie, ont passé un contrat aux termes duquel l'assurée effectuerait, à compter du 9 avril 2008, un stage de formation non rémunéré de trois mois au sein de cette entreprise, tout en continuant à toucher les indemnités journalières de chômage versées par sa caisse de chômage.
12. Par certificat du 16 février 2009, le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que la capacité de travail de l'assurée était nulle à compter du 13 février 2009.
13. Le 23 février 2009, ce même médecin a délivré un nouvel arrêt de travail à 100% à l'assurée.
14. Par certificat 23 mars 2009, le docteur R_____, médecin généraliste, a attesté que la capacité de travail de l'assurée était nulle dès le 23 mars 2009.
15. Par avis médical du 4 septembre 2009, le docteur S_____, médecin conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE) et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il avait reçu l'assurée le jour même à la demande de l'OCE. Selon ce médecin, l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 3 février 2009, ce de manière définitive. Dans ses remarques complémentaires, le Dr S_____ a mentionné que l'assurée souffrait d'une affection chronique qui remontait à plus de vingt ans et n'évoluait pas dans le sens d'une amélioration objective.
16. Par décision du 9 septembre 2009, l'OCE a fait savoir à l'assurée que depuis le 4 septembre 2009, elle ne remplissait plus les critères lui permettant de prétendre

aux prestations cantonales en cas d'incapacité de travail passagère, référence étant faite à l'avis du médecin conseil du 4 septembre 2009.

17. Le 11 novembre 2009, l'OCE a attesté que l'assurée avait bénéficié des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail durant la période du 23 mars 2009 au 3 septembre 2009
18. Le 20 novembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en indiquant qu'elle souffrait d'une atteinte psychique depuis l'adolescence. Sous la rubrique 6.6 du formulaire de demande (« incapacité de travail due à la maladie ou à un accident »), l'assurée a indiqué que son incapacité de travail était entière durant son hospitalisation du 22 février au 17 mars 2007, mais aussi du 17 septembre au 14 octobre 2007, en raison d'un accident, ainsi qu'à partir du 23 mars 2009, alors qu'elle était au chômage. En outre, elle avait connu des périodes d'incapacité de travail partielle du 5 avril au 14 mai 2007 (60% ; recte : 40%) et du 14 mai au 11 juin 2007 (80%).
19. Par projet de décision du 5 octobre 2010, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'octroi d'une rente entière d'invalidité étaient remplies. À la sortie du délai de carence (janvier 2009), son degré d'invalidité se confondait avec sa perte de gain, c'est-à-dire 100%. Toutefois, dans la mesure où la demande de prestation avait été reçue le 20 novembre 2009 et que le versement des prestations prenait naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, le versement des prestations ne commencerait que le 1^{er} mai 2010. Une copie de ce projet de décision a été notifiée à la caisse.
20. Par prononcé du 18 octobre 2010 « qui annule et remplace celui du 05.10.2010 », l'OAI a invité la Caisse interprofessionnelle AVS de la Fédération des entreprises romandes FER CIAM 106.1 (ci-après : la caisse de compensation) à calculer la prestation en espèces, d'établir la décision, de l'expédier et d'en envoyer une copie à l'OAI. Ce dernier a précisé que même si le degré d'invalidité était de 100% au 1^{er} janvier 2009, le début du paiement des rentes était fixé au 1^{er} mai 2010, compte tenu de la tardiveté de la demande.
21. Par décision du 8 décembre 2010, la caisse de compensation a informé l'assurée qu'une rente entière simple d'invalidité de CHF 1'953.- par mois serait versée sur son compte à compter du 1^{er} mai 2010, soit CHF 1'953.- pour le mois de décembre 2010 et CHF 13'671.- (7 x CHF 1'953.-) représentant les rentes déjà échues depuis mai 2010. Selon une mention apposée au bas de la dernière page de ladite décision, une copie de cette dernière avait été notifiée notamment à « Caisse de retraite, 1204 Genève ».
22. Par courrier du 17 février 2011, l'assurée, agissant par l'entremise de son conseil, a informé la caisse qu'elle avait reçu récemment une décision de l'OAI lui reconnaissant une invalidité totale « depuis au moins janvier 2008 ». Celle-ci était en relation avec ses antécédents, notamment l'accident dont elle avait été victime le 23 septembre 2007 alors qu'elle était encore au service de l'employeur. Au

bénéfice de ces explications, l'assurée a invité la caisse à bien vouloir lui indiquer si elle était prête à entrer en matière pour lui octroyer une rente d'invalidité.

23. Le 15 juin 2011, la caisse lui a répondu que pour examiner en toute connaissance de cause la question de l'ouverture éventuelle d'une rente d'invalidité, il lui fallait être en possession de tout document (notamment expertises et rapports médicaux, constats), permettant d'établir que l'invalidité était bien en rapport, notamment avec l'accident dont elle avait été victime le 23 septembre 2007.
24. Dans un rapport du 29 septembre 2011, le docteur T_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de la caisse, a informé cette dernière qu'après avoir « étudié complètement ce dossier », il pouvait attester que l'invalidité totale de l'assurée était bien en rapport notamment avec l'accident dont elle avait été victime le 23 septembre 2007. Cependant, les problèmes médicaux ayant entraîné l'invalidité étaient bien antérieurs à son engagement par l'employeur en avril 2006. En outre, le Dr T_____ était d'avis que l'assurée avait fait preuve d'une réticence totale le 15 mars 2006 en passant sous silence, dans le questionnaire complété et signé à cette même date, les antécédents médicaux qui avaient conduit, au final, à la reconnaissance d'une invalidité totale par l'OAI.
25. Le 19 décembre 2011, la caisse a fait savoir à l'assurée qu'elle n'entrait pas en matière sur une rente d'invalidité. En effet, l'assurée avait fait preuve d'une réticence totale en passant sous silence ses problèmes de santé dans ses réponses au questionnaire médical qu'elle avait complété le 15 mars 2006.
26. Par courrier du 23 octobre 2013 au conseil de l'assurée, la caisse a soutenu que la décision de l'OAI du 8 décembre 2010 n'avait aucune force contraignante pour elle dès lors que cet office n'avait pas à examiner la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande de prestations. En outre, l'assurée avait présenté une capacité de travail entière entre la fin de son hospitalisation (30 novembre 2007) et le 12 février 2009 inclus, soit sur une période de quatorze mois et demi. Durant cette période, elle s'était déclarée entièrement apte au placement auprès de l'assurance-chômage. En conséquence, elle avait bénéficié des indemnités journalières LACI et de nombreux cours de formation. Du reste, l'assurée était elle-même convaincue d'être apte au placement, à tout le moins jusqu'au 12 février 2009, puisqu'elle avait fait valoir ses formations dans son CV et présenté de nombreuses offres de service durant cette période. Ces quatorze mois et demi de capacité de travail entière rompaient « le lien de connexité temporelle avec la caisse », de sorte que cette dernière n'avait pas à prester.
27. Par courrier du 26 novembre 2013, le Dr Q_____ a confirmé au conseil de l'assurée qu'il suivait cette dernière depuis juillet 2008. Les copies des arrêts maladie qu'il avait en sa possession remontaient à 2009 mais l'assurée avait dû en recevoir bien avant par lui-même et par ses anciens médecins puisqu'elle était dans l'incapacité de travailler dès juillet 2008, compte tenu des troubles psychiatriques sévères déjà évoqués dans son rapport à l'OAI de février 2010.

28. Par courrier du 12 décembre 2013, le docteur U_____, de la clinique La Métairie, a fait savoir au conseil de l'assurée que c'était la Dresse N_____ qui avait suivi l'assurée durant son séjour hospitalier du 24 octobre au 30 novembre 2007 puis en hôpital de jour du 3 décembre 2007 au 31 mai 2008. La clinique La Métairie avait fait uniquement un certificat médical d'arrêt de travail pour la période d'hospitalisation. La Dresse N_____ ne travaillant plus à la clinique, le Dr U_____ pouvait difficilement répondre à la question des arrêts de travail à partir du dossier hospitalier. En revanche, il ressortait de ce dernier qu'après le 30 novembre 2007, l'assurée aurait pris contact avec le Centre Envol pour un suivi psychothérapeutique durant cette période. Il n'était donc pas exclu que les arrêts maladie aient été alors délivrés par ce centre de soins.
29. Par courrier du 31 mars 2015, le docteur R_____, médecin généraliste, a confirmé au conseil de l'assurée que cette dernière présentait un état dépressif important pendant la période du 30 novembre 2007 au 12 février 2009. Elle était sous traitement de médication forte et se trouvait donc dans l'incapacité de travailler.
30. Le 15 juin 2015, Monsieur V_____, directeur général de O_____ SA, a fait savoir au conseil de l'assurée que cette dernière avait suivi un programme de formation, intitulé « Responsable des systèmes de management » au sein de cet institut, soit du 18 février au 4 avril 2008, de 9h00 à 12h15 et de 13h30 à 16h45. L'assurée avait suivi avec succès la partie théorique et validé les certificats correspondants. En revanche, elle n'avait pas terminé son mémoire de stage permettant d'obtenir le diplôme de Responsable des systèmes de management.
31. Par courriel du 17 juin 2015, Monsieur P_____, président du conseil d'administration de P_____ SA, a confirmé au mandataire de l'assurée que cette dernière avait effectué un stage non rémunéré au sein de cette société entre avril et août 2008. Un relevé des absences n'avait pas été établi, « malgré les nombreux jours d'absence que ses collègues remarquaient ». En effet, la société avait estimé à l'époque qu'il n'était pas nécessaire de créer et conserver un tel relevé pour une stagiaire non rémunérée, placée pour une durée déterminée. Sur la base de ses propres observations et des remarques que lui faisaient les collègues de l'assurée, M. P_____ pouvait dire aujourd'hui que cette dernière n'avait manifestement pas sa pleine capacité de travail. D'ailleurs, il se rappelait distinctement avoir dû compléter, voire faire lui-même certains rapports et présentations qu'il lui avait demandés, tant la capacité de travail de l'assurée semblait diminuée.
32. Le 7 septembre 2015, la caisse, représentée par son conseil, a demandé à l'assurée de lui faire parvenir les décomptes de son assurance-maladie pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2008 pour les besoins de l'instruction de sa demande de prestations, au regard des principes réglementaires de la connexité temporelle et matérielle. En outre, elle souhaitait connaître la prise de position de l'institution supplétive quant à la demande de prestations qu'elle avait adressée à cette dernière.

33. Par courrier du 14 septembre 2015, l'assurée a fait savoir à la caisse qu'elle refusait de produire les décomptes de son assurance-maladie pour la période demandée. La caisse possédait déjà tous les éléments médicaux pertinents et ceux-ci montraient qu'il n'y avait strictement aucun problème sous l'angle de la connexité matérielle. S'agissant du principe de connexité temporelle, la demande excédait la période pour laquelle la question pouvait éventuellement se poser, à savoir du 1^{er} janvier 2008 au 12 février 2009.

Enfin, l'assurée a annexé à son envoi un courrier que la Fondation institution supplétive LPP, Assurance de risque des chômeurs (ci-après : l'institution supplétive) lui avait adressé le 16 janvier 2013, en réponse à une demande, datée du 29 août 2012, de prise en charge provisoire des prestations au titre de l'assurance de risque des personnes au chômage. Il en ressort que cette institution accordait, à titre de prise en charge provisoire des prestations, une rente d'invalidité annuelle de CHF 18'730.47, tout en soulignant qu'elle n'y était pas tenue de son point de vue, « étant donné que l'affection à l'origine de la rente existait déjà à l'entrée dans notre institution de prévoyance ». En conséquence, s'il s'avérait que ni l'institution supplétive, ni une autre institution de prévoyance n'étaient obligées envers l'assurée, l'institution supplétive réclamerait directement à cette dernière le remboursement des prestations provisoires déjà versées.

34. Par courrier du 31 août 2015, la caisse a informé l'assurée qu'elle renonçait à invoquer l'exception de prescription pour toutes les prétentions que cette dernière pourrait faire valoir à son encontre. Cette renonciation était cependant limitée au 31 août 2016 et ne portait que sur les prestations qui n'étaient pas prescrites à ce jour. Enfin, la caisse a réitéré sa demande de production des décomptes d'assurance-maladie pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2008.

35. Par acte du 17 mai 2016, l'assurée a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement à l'encontre de la caisse, concluant, principalement, à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2010, d'un montant qui serait précisé lors du deuxième échange d'écritures, cela avec un intérêt à 5% sur chaque prestation échue dès la date de son exigibilité. Elle a également conclu à ce que la caisse soit condamnée à lui verser un capital dont le montant serait précisé lors du deuxième échange d'écritures, cela avec un intérêt de 5% dès le 1^{er} mai 2010. Enfin, l'assurée a conclu à ce que la caisse soit condamnée à verser sur son compte LPP « des montants » qui seraient également précisés lors du deuxième échange d'écritures, le tout sous suite de dépens.

La demanderesse a soutenu que dès lors que la défenderesse s'était rangée à l'avis du Dr T_____ du 29 septembre 2011, celle-ci ne contestait pas que son invalidité totale fût bien en rapport avec l'accident du 23 septembre 2007 mais faisait valoir que le lien de connexité temporelle avait été rompu. Partant, si la chambre de céans retenait que la défenderesse n'était pas liée par la décision de l'OAI du 8 décembre 2010, cette question nécessiterait d'être tranchée par un expert. Aussi la

demanderesse a-t-elle conclu, à titre subsidiaire, à ce qu'un expert soit nommé à cette fin.

Sur le fond, la demanderesse a soutenu n'avoir pas commis de réticence en complétant le questionnaire de santé de la défenderesse le 15 mars 2006, de sorte qu'elle pouvait également prétendre à l'octroi de prestations de prévoyance surobligatoire.

En l'espèce, elle avait répondu par la négative à la question 3 let. c, à savoir : « Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections du système nerveux ou de psychisme tels que : épilepsie, vertiges, paralysie, névrites, dépressions ou autre ? Avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Il ressortait des résumés de séjour établis par les HUG les 23 février 1992 et 11 octobre 1995, mais aussi des rapports du Dr W_____ des 6 avril 1992 et 25 mars 1997 qu'elle était dans le déni de sa maladie. De plus, dès la fin de son hospitalisation à « la Métairie » en mars 1997 et jusqu'à l'année 2007, elle n'avait plus connu d'hospitalisation du fait de son anorexie. Elle avait tellement banalisé cette maladie qu'elle la qualifiait de « simples troubles alimentaires » lorsqu'elle disait ne pas aimer être à l'hôpital lors de son hospitalisation aux HUG en septembre 2007. En outre, la demanderesse n'avait plus été suivie pour ce trouble depuis près de dix ans au moment où elle avait rempli le questionnaire médical de la défenderesse. Partant, au vu du déni de la maladie et du temps écoulé, la demanderesse n'avait pas répondu faussement à la question 3 let. d du questionnaire. Enfin, dès lors qu'elle considérait l'anorexie dont elle souffrait comme de simples troubles alimentaires, la demanderesse n'avait de bonne foi pas à faire mention de cette pathologie.

La demanderesse avait également répondu par la négative aux questions 6 let. d, formulée « avez-vous, au cours des 5 dernières années été soignée ou conseillée par un psychothérapeute (p. ex. psychiatre, psychologue) ? », et 9 let. d, formulée « prenez-vous des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou autres médicaments ». En effet, elle n'avait réellement plus consulté de psychothérapeute de 1997 à 2007, comme l'avaient confirmé le Dr Q_____, qui avait commencé à la suivre en 2008 seulement, la Clinique La Métairie, qui avait attesté qu'elle n'avait été hospitalisée et/ou suivie par leur établissement qu'en 1992, 1995 et 2007 et les HUG, qui avaient attesté qu'elle avait été hospitalisée dans leur établissement qu'en 1992, 1997 et 2007. De plus, son médecin traitant, le Dr R_____, ne mentionnait un état dépressif important qu'à partir du 30 novembre 2007. Ainsi, au moment de remplir le formulaire litigieux, soit le 15 mars 2006, elle n'était par conséquent plus soignée ou conseillée par un psychothérapeute et ce, depuis plus de cinq ans, et ne prenait aucun médicament. Enfin, même si l'on retenait un cas de réticence, force était de constater que la défenderesse ne s'en était prévalu qu'en date du 19 décembre 2011, soit plus de deux mois et demi après avoir pris connaissance du rapport du Dr T_____ du 29 septembre 2011.

Pour le surplus, la demanderesse a soutenu que même si d'aventure, les troubles médicaux dont elle souffrait déjà dans les années nonante présentaient un lien de

connexité matérielle avec son invalidité, le lien de connexité temporelle de ces troubles faisait manifestement défaut au vu de la longue capacité de travail qu'elle avait recouvrée entre 1997 et le 23 septembre 2007, date de son accident. En revanche, le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail intervenue le 23 septembre 2007 et l'invalidité ne faisait aucun doute étant donné que le Dr R_____ avait constaté une incapacité totale de travail de la demanderesse entre sa sortie d'hôpital le 30 novembre 2007 et le 12 février 2009, que l'OCE, après avoir tenté de placer la demanderesse dans diverses formations et stages, n'avait pu que constater son inaptitude au placement, que l'un des maîtres de stage de la demanderesse, M. P_____, avait personnellement constaté que cette dernière ne disposait pas d'une pleine et entière capacité de travail et que selon la décision de l'OAI du 8 décembre 2010, la demanderesse était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} janvier 2008. Partant, elle avait droit aux prestations d'invalidité de la défenderesse depuis le 1^{er} mai 2010.

Si, par impossible, la chambre de céans retenait que l'annonce de la demanderesse pour obtenir une rente de l'assurance-invalidité était tardive, car déposée onze mois après la fin du délai de carence, la défenderesse ne serait alors pas liée par les constatations de l'OAI pour la période antérieure au 20 novembre 2008, soit au-delà de la période de douze mois précédant le dépôt de la demande le 20 novembre 2009. Dans cette hypothèse, il conviendrait d'examiner si l'incapacité de travail survenue avant le 20 novembre 2008 – et notamment lors du rapport d'affiliation avec la défenderesse – était constitutive d'une incapacité de travail au sens de la LPP, ce qui impliquerait également d'élucider si la demanderesse avait récupéré une capacité de travail durant une période suffisamment longue pour interrompre le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail antérieure et celle ayant conduit à la reconnaissance de l'invalidité. Or, tel n'était pas le cas puisque la demanderesse s'était trouvée en incapacité totale de travail durant la période du 23 septembre 2007 « au 20 novembre 2010 » (sic) et même au-delà, puisqu'elle n'avait jamais recouvré sa capacité de travail à la suite de l'accident du 23 septembre 2007. Ainsi, la demanderesse avait droit aux prestations d'invalidité de la défenderesse depuis le 1^{er} mai 2010 même en cas de tardiveté de la demande AI.

36. Par réponse du 18 juillet 2016, la défenderesse a conclu au déboutement de la demanderesse de toutes ses conclusions, avec suite de frais.

Sur le plan factuel, elle a contesté avoir jamais admis – et contestait vivement – que l'invalidité de la demanderesse ait résulté de l'accident de la circulation du 23 septembre 2007. Ce dernier était la conséquence directe d'une surconsommation médicamenteuse, et donc des troubles psychiques de la demanderesse, comme en attestait le rapport du 2 octobre 2007 de la doctoresse L_____.

La défenderesse avait « une certitude principale et une certitude subsidiaire ».

À titre principal, elle était d'avis qu'elle n'était pas tenue de prester puisqu'aucune incapacité de travail durable de 20% au moins n'avait été établie médicalement avant le mois de février 2009. En effet, elle n'avait reçu ni le prononcé du 18 octobre 2010 de l'OAI, ni la décision du 8 décembre 2010 de la caisse de compensation, ce qui l'avait privée de son droit de recours. En tout état, les constatations de l'OAI relatives à la période antérieure au 20 mai 2009, soit six mois avant le dépôt de la demande AI du 20 novembre 2009 ne lui étaient pas opposables, de sorte que les constatations de l'OAI concernant la fixation du début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité ne la liaient pas. À cet égard, l'OAI s'était borné à reprendre, sans autres investigations, la date du 1^{er} janvier 2008 retenue par le Dr X_____, qui ne reposait pas sur des éléments de preuve suffisants. En réalité, au vu des différents certificats établis en temps réel par le Dr Q_____ et du rapport du Dr S_____ du 4 septembre 2009, une incapacité de travail pouvait être retenue tout au plus à partir de mois de février 2009. Or cette date était postérieure à la période d'assurance de la demanderesse auprès de la défenderesse, celle-ci ayant pris fin le 31 janvier 2008. Ainsi, la condition de la clause d'assurance n'était pas réalisée, de sorte que la défenderesse n'était pas tenue de prester dans le cas d'espèce.

À titre subsidiaire, la défenderesse considérait que le parcours professionnel heurté de la demanderesse était celui d'une personne atteinte dans sa santé depuis le plus jeune âge et qui de ce fait, souffrait d'une incapacité durable d'au moins 20% depuis son entrée sur le marché du travail, et qui s'était aggravée en février 2009. Il suffisait de lire les certificats de travail délivrés entre 1992 et 2005 par plusieurs employeurs successifs pour se rendre compte que le travail de la demanderesse, malgré les efforts déployés, n'avait jamais donné satisfaction « en raison de son handicap », de sorte que son activité auprès de l'employeur, à partir du 1^{er} avril 2006, devait manifestement être considérée comme une tentative de réinsertion qui avait échoué. On pouvait en dire autant de ses expériences professionnelles passées et des cours de formation suivis sous le régime de l'assurance chômage : il s'agissait, là aussi, de tentatives de réinsertion qui n'avaient pas abouti. En l'espèce, le Dr X_____ avait retenu, comme atteintes à la santé invalidantes, un trouble de la personnalité émotionnellement labile décompensé (F60.31) et une anorexie mentale (F50.0), affections qui remontaient au plus jeune âge. Il y avait ainsi une continuité dans l'anamnèse, de sorte que la question de la connexité matérielle ne prêtait pas à discussion. En revanche, le lien de connexité temporelle faisait défaut car les limitations fonctionnelles de la demanderesse n'étaient pas apparues brusquement au 1^{er} janvier 2008 mais existaient objectivement de longue date. Ainsi, la défenderesse n'était pas non plus tenue de prester.

Pour le surplus, la défenderesse a fait valoir que dans l'éventualité où la chambre de céans statuerait en faveur de la demanderesse, elle ne serait tenue qu'au versement de prestations d'invalidité minimales prévues par la loi vu que la demanderesse avait commis une réticence en répondant sciemment de manière erronée au

questionnaire médical le 15 mars 2006. Plus subsidiairement, des intérêts moratoires ne pouvaient pas être octroyés antérieurement à la date du dépôt de la demande en justice ni dépasser un pourcentage de 1.25%, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral en 2016.

37. Par réplique du 5 septembre 2016, la demanderesse a soutenu que la certitude principale et la certitude subsidiaire de la défenderesse se contredisaient. En effet, la demanderesse ne pouvait à la fois être entièrement apte au travail avant le mois de février 2009 et présenter simultanément une incapacité de travail d'au moins 20% depuis son entrée sur le marché du travail en 1990, année marquant le début d'une tentative de réinsertion professionnelle longue de vingt-six ans.

La relation de connexité temporelle supposait qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. Or, si l'on admettait que l'incapacité de travail à la base de l'invalidité avait effectivement pris naissance avant le 1^{er} avril 2006, le lien de connexité temporelle aurait de toute façon été interrompu puisque la demanderesse avait travaillé durant plus de onze mois, du 1^{er} avril 2006 au 20 février 2007, sans se trouver en incapacité de travail notable. La question restant à trancher était dès lors celle de savoir si l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité de la demanderesse avait pris naissance pendant que cette dernière était affiliée auprès de la défenderesse, soit avant le 31 janvier 2008. Il convenait de répondre par l'affirmative à cette question puisqu'il ressortait du courrier du Dr R_____ du 31 mars 2015 que ce médecin, qui s'occupait du suivi médical de la demanderesse depuis le 4 octobre 2006, avait constaté que cette dernière présentait une incapacité totale de travail dès sa sortie d'hôpital le 30 novembre 2007 et ce jusqu'au 12 février 2009. Quant au Dr Q_____, celui-ci situait le début de cette incapacité totale au 1^{er} janvier 2008. Enfin, ces appréciations médicales étaient corroborées par les observations faites par M. P_____ au sujet du stage en entreprise que la demanderesse avait effectué à partir d'avril 2009.

Pour le surplus, il convenait de débouter la défenderesse de toutes ses conclusions sur la réticence.

Enfin, la demanderesse a modifié ses conclusions initiales « au vu des pièces produites par la défenderesse » en concluant

- préalablement, et en outre :
 - o à ce que la chambre de céans ordonne à la caisse de produire les décisions de son Conseil de fondation relatives à l'adaptation des rentes à l'évolution des prix depuis l'année 2007 ;
 - o à ce que la chambre de céans ordonne la mise en œuvre d'une expertise actuarielle ;
- principalement :

- à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.- avec un intérêt à 5% dès le 1^{er} mai 2010 (en lieu et place d'un « capital dont le montant sera précisé lors du deuxième échange d'écritures, cela avec un intérêt à 5% dès le 1^{er} mai 2010 ») ;

Sur le premier point, la demanderesse a indiqué en substance qu'elle avait fondé sa demande en justice sur le règlement de la défenderesse en vigueur au 1^{er} janvier 2005, mais que le règlement qui lui avait succédé, et qui était en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2007, prévoyait que les rentes étaient adaptées à l'évolution des prix selon les décisions prises chaque année par le Conseil de fondation.

Sur le second point, elle a fait valoir que le règlement de la caisse, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2007 (recte : 1^{er} juillet 2007), différait du règlement valable au 1^{er} juin 2015. De plus, les indications nécessaires au calcul de la rente à laquelle elle pouvait prétendre ne figuraient pas sur sa fiche d'assurance au 1^{er} janvier 2017 et ce document n'indiquait pas les cotisations versées tant par la demanderesse que par la défenderesse, ni l'avoir de retraite projeté. En d'autres termes, la formule de calcul prévue par le règlement de la caisse apparaissait trop complexe et reposait sur un trop grand nombre d'inconnues pour permettre à la demanderesse – qui n'était pas spécialiste en la matière – de chiffrer ses prétentions.

Sur le troisième point, la demanderesse a exposé qu'aux termes du règlement de la caisse dans sa teneur au 1^{er} juillet 2007, lorsqu'un assuré était mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de la caisse, cette dernière lui versait également un capital dont le montant était égal à 200% du dernier traitement cotisant en cas d'invalidité ou de décès à la suite d'une maladie. Étant donné que son dernier traitement s'élevait à CHF 106'920.- au 1^{er} janvier 2007, elle avait droit à un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.- (200% de CHF 106'920.-).

38. Par duplique du 13 octobre 2016, la défenderesse a relevé que l'assertion selon laquelle la demanderesse aurait été en incapacité de travail totale et durable du 30 novembre 2007 au 12 février 2009 était contredite par les périodes d'arrêt de travail que la demanderesse avait elle-même mentionnées dans sa demande de prestations à l'OAI du 20 novembre 2009, et qui correspondaient à ses premières déclarations. Cela démontrait qu'un tournant fondamental dans la santé et la capacité de travail de la demanderesse n'était intervenu qu'à partir du 23 mars 2009, ce qui était au surplus corroboré par les stages, cours et formations suivis à l'assurance-chômage de février 2008 à février 2009 sans qu'aucune incapacité de travail ne soit médicalement attestée avant le 23 mars 2009. En outre, l'accident dont la demanderesse avait été victime le 23 septembre 2007 n'avait pas eu d'effet durable puisqu'en date du 5 octobre 2007, le Dr M._____ avait délivré un arrêt de travail à 100% du 27 septembre au 14 octobre 2007 inclus. À cet égard, il convenait de relever que le fait de souffrir d'atteintes à la santé ne permettait pas, à lui seul, d'admettre l'existence d'une incapacité de travail durable d'au moins 20%. Ensuite, il y avait lieu de souligner que lorsqu'elle s'était inscrite au chômage le 4 décembre

2007, la demanderesse s'était déclarée pleinement apte au placement, ce qui lui avait permis de percevoir des indemnités de l'assurance-chômage et de bénéficier de diverses formations dès 2008. Dès lors, l'explication de la demanderesse, selon laquelle elle n'avait eu besoin de certificats médicaux que lorsque l'assurance-chômage lui a demandé de suivre des formations, « ce dont elle était incapable », tombait à faux. Force était donc de constater que la date du 1^{er} janvier 2008 avait été arbitrairement retenue par l'OAI comme marquant le début de l'incapacité de travail durable de la demanderesse.

Pour le surplus, la défenderesse a persisté dans sa « certitude subsidiaire » en soutenant, certificats de travail à l'appui, que les limitations de l'assurée existaient objectivement de longue date et que par contraintes procédurales, elle était forcée de présenter ses arguments principaux et subsidiaires – bien qu'antinomiques – déjà devant l'instance cantonale.

Prenant position au sujet de la modification des conclusions de la demanderesse, la défenderesse a invité la chambre de céans à lui accorder un délai supplémentaire raisonnable afin qu'elle charge « son expert en matière de prévoyance professionnelle » de calculer le montant de la rente d'invalidité à laquelle la demanderesse pourrait prétendre. En tout état, l'expertise actuarielle réclamée n'était pas nécessaire à cet égard. Et elle ne l'était pas non plus pour chiffrer le montant des cotisations dues puisque les cotisations afférentes aux salaires n'avaient plus été prélevées dès le 1^{er} janvier 2008. Ainsi, les conclusions de la demanderesse devaient également être rejetées en tant qu'elles demandaient la mise en œuvre d'une expertise actuarielle.

39. Par communication du 17 octobre 2016, la chambre de céans a transmis un exemplaire de ladite duplique à la demanderesse tout en lui accordant un délai pour faire part de ses éventuelles observations.
40. Par courrier du 10 novembre 2016, la demanderesse a déclaré contester en particulier les allégués 63 et 64 de la duplique, soit le fait que la défenderesse demande à la chambre de céans de bien vouloir lui accorder un délai supplémentaire raisonnable afin qu'elle charge son expert en matière de prévoyance professionnelle de calculer le montant de la rente d'invalidité à laquelle la demanderesse pourrait prétendre, une expertise actuarielle n'étant pas nécessaire du point de vue de la défenderesse. Selon la demanderesse, le seul moyen de preuve susceptible de fournir ledit calcul était le recours à une expertise actuarielle. En effet, il n'appartenait pas à la défenderesse d'établir un document a posteriori dont les informations ne figuraient dans aucun autre document de l'époque. De surcroît, il en résulterait « un document qui n'a aucune valeur probante » et qui ne pourrait pas être contesté par la demanderesse.
41. Le 11 novembre 2016, une copie de cette écriture a été transmise à la défenderesse.

-
42. Le 24 juillet 2017, la chambre de céans a ordonné à l'OAI et à l'OCE l'apport des dossiers d'assurance-invalidité, respectivement d'assurance-chômage ouverts au nom de la demanderesse.
43. Les éléments principaux suivants ressortent du dossier de la demanderesse auprès de l'OAI :
- selon le relevé des absences de l'employeur pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 décembre 2007, la demanderesse avait compté, en tout et pour tout, six jours d'absence pour cause de maladie en 2006 (10 et 11 octobre, 7, 8 et 21 novembre, 4 décembre) alors qu'en 2007, on en dénombrait quatre-vingt-trois entre le 1^{er} janvier et le 15 octobre (dix-huit jours pour cause de maladie du 21 février au 20 mars, vingt-trois jours travaillés à 60% pour cause de maladie du 3 avril au 11 mai, dix-huit jours travaillés au plus à 20% pour cause de maladie du 14 mai au 30 juin, quatre jour pour cause de maladie en juillet, quatre jours pour cause de maladie en août, trois jours pour cause de maladie en septembre et enfin, treize jours pour cause d'accident du 27 septembre au 15 octobre) ;
 - le résumé d'un séjour à l'unité de psychiatrie I « Les lilas » du 13 au 14 février 1992. La demanderesse y avait été admise « en entrée non volontaire sur certificat du docteur Y_____, psychiatre, en raison d'un état dépressif majeur. À cette époque, elle était séparée de son mari depuis octobre 1991 et avait, au cours des dernières semaines précédant son admission, abusé à plusieurs reprises de benzodiazépines sans intention suicidaire bien établie. À l'issue du séjour, les docteurs Z_____ et AA_____, respectivement chef de clinique et médecin assistant, avaient décidé de transférer la demanderesse à la clinique La Métairie ;
 - un rapport du 6 avril 1992 du docteur W_____, psychiatre et directeur de la clinique La Métairie, relatant un séjour (d'une durée non précisée) qui faisait suite au transfert de la demanderesse depuis l'unité « Les lilas » en date du 14 février 1992. Selon ce médecin, les troubles du comportement alimentaire étaient apparus à l'âge de 17 ans, soit en 1984, avec un début d'anorexie à cette époque. En 1992, la demanderesse développait depuis quelques mois un tableau dépressif avec accentuation du comportement anorexique, ponctué de deux tentamens médicamenteux les 11 janvier et 8 février. À l'admission, le Dr W_____ notait un important déni portant autant sur l'état dépressif que l'anorexie et les idées de suicide, précisant qu'il avait été possible de faire passer la demanderesse d'un poids à l'admission de 31.4 kg à 34.7 kg à la sortie, grâce à un traitement axé sur la reconnaissance de la maladie. Ce médecin a posé les diagnostics de dépression majeure, épisode isolé d'intensité sévère, et d'anorexie mentale, ajoutant que la demanderesse quittait la clinique pour partir en convalescence chez ses parents à Trinidad ;

-
- un rapport du 11 octobre 1995 du docteur AB_____, chef de clinique, résumant un second séjour de la demanderesse à l'unité de psychiatrie I « Les lilas » du 26 juin au 12 juillet 1995, en raison d'une anorexie mentale (code DSM-III 307.10) ayant entraîné une cachexie grave (poids de 29 kg à l'admission et de 28 kg à la sortie pour 152 cm). À cette époque, la demanderesse vivait depuis avril 1995 chez des amis à Genève. Elle avait été hospitalisée à plusieurs reprises en psychiatrie, la dernière fois en janvier 1995 à Trinidad où elle était allée en vacances chez ses parents, dans un contexte de surmenage professionnel. À l'admission, le discours était cohérent avec banalisation et attitude « rationalisante » à l'égard de son anorexie. La thymie était triste. Il n'y avait pas d'idées suicidaires ni d'éléments de la lignée psychotique. Le 12 juillet 1995, la demanderesse avait été transférée pour suite de soins à l'unité psychosomatique de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG), d'où elle était ressortie le 1^{er} octobre 1995 ;
 - un rapport du 25 mars 1997 de la doctoresse AC_____, psychiatre et directrice adjoint de la clinique La Métairie, relatant un séjour volontaire dans cet établissement du 11 au 21 mars 1997. À cet époque, le diagnostic était celui d'anorexie mentale (code DSM-III 307.10) et de dépendance à plusieurs substances (code DSM III 304.90 ; anxiolytiques, laxatifs et diurétiques).
 - un rapport (non daté) du docteur Q_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, reçu le 15 février 2010 par l'OAI. Il suivait la demanderesse depuis sa sortie de la clinique La Métairie, plus précisément depuis juillet 2008 à raison d'une fois par semaine. Les diagnostics étaient les suivants :
 - CIM-10 F60.31 : trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, sévère ;
 - CIM-10 F50.0 : anorexie mentale ;
 - CIM-10 F13.25 : dépendance aux benzodiazépines et neuroleptiques, actuellement en amélioration ;
 - F33.1 épisodes dépressifs récurrents

À l'anamnèse, le Dr Q_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une assurée aux très lourds antécédents psychiatriques, les premières prises de soins remontant à l'adolescence. Il notait également de très nombreux séjours ou bien aux HUG, ou bien à « la Métairie », ou encore la mise en place de consultations spécialisées. La problématique psychiatrique pouvait se résumer en un « trouble de la personnalité extrêmement sévère avec caractéristiques impulsive, émotionnellement labile » (sic). Une anorexie était également à relever ainsi que diverses dépendances et épisodes dépressifs récurrents. Une « expertise psychiatrique demandée par le chômage », effectuée par le Dr S_____, avait conclu à une incapacité de travail définitive.

Évoquant la capacité de travail, le Dr Q_____ a indiqué que la demanderesse était en arrêt de travail du 1^{er} janvier 2008 au 4 septembre 2009, précisant que c'était sous le régime des prestations cantonales en cas d'incapacité de travail passagère du 23 mars 2009 au 3 septembre 2009. Selon le Dr Q_____, l'activité exercée n'était plus exigible au vu de la problématique psychique.

- un rapport du 12 août 2010 du docteur X_____, médecin SMR, qui se fondait sur le rapport du Dr Q_____ de février 2010. Selon le Dr X_____, l'atteinte principale à la santé consistait en un trouble de la personnalité émotionnellement labile, décompensé (F60.31) ainsi qu'en une anorexie mentale (F50.0). En revanche, la dépendance aux benzodiazépines et aux neuroleptiques (F13.25) n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. Le début de l'incapacité de travail durable remontait au 1^{er} janvier 2008. Depuis lors, la capacité de travail était nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

- fragilité psychique ;
- intolérance à la frustration ;
- difficultés dans la relation avec autrui ;
- capacités d'adaptation réduites ;
- fatigue et fatigabilité.

Dans l'appréciation du cas, le Dr X_____ a indiqué que la demanderesse avait travaillé pour la dernière fois d'avril 2006 à décembre 2007, époque à laquelle son contrat avec l'employeur avait pris fin. L'instruction médicale du cas avait révélé le développement d'affections psychiatriques sévères dès le jeune âge, avec anorexie et trouble de la personnalité. Pendant qu'elle semblait garder des ressources psychiatriques suffisantes, la demanderesse travaillait jusqu'à ce que ces ressources s'épuisent. Le suivi psychiatrique régulier n'avait permis aucune amélioration suffisante permettant un quelconque retour au travail ; le pronostic était mauvais et l'incapacité de travail totale en cours pleinement justifiée.

44. Le 28 juillet 2017, les parties ont été informées de la possibilité de consulter les dossiers transmis et de formuler d'éventuelles observations.
45. Le 21 août 2017, la défenderesse a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas d'observations nouvelles à formuler.
46. La demanderesse en a fait de même le 24 août 2017.
47. Par communication du 25 août 2017, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie du courrier du 21 août 2017 à la demanderesse, ainsi qu'une copie du courrier du 24 août 2017 à la défenderesse.
48. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Selon l'art. 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP – RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit. La voie à suivre est celle de l'action (ATF 115 V 224 consid. 2), étant précisé que 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).

À Genève, 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 depuis le 1^{er} 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 LPP; art. 142 du Code civil [CC – RS 210]).

- b. La compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie.

Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (cf. MEYER–BLASER, Die Rechtsprechung vom Eidgenössischen Versicherungsgericht und vom Bundesgericht zum BVG, 2000–2004, in RSAS 49/2005, p. 258 ss).

Cette compétence est également limitée par le fait que la loi désigne de manière non équivoque les parties pouvant être liées à une contestation, à savoir les institutions de prévoyance, les employeurs et les ayants droit (ATF 127 V 29 consid. 3b et les références; voir aussi MEYER–BLASER, Die Rechtswege nach dem BVG, in RDS 1987 I p. 610; Hans Rudolf SCHWARZENBACH–HANHART, Die Rechtspflege nach dem BVG, RSAS 1983 p. 174).

- c. En l'espèce, la demanderesse est un ayant droit au sens de l'art. 73 al. 1 LPP et l'objet du litige relève du droit de la prévoyance professionnelle, puisqu'il porte sur le droit à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse. Étant donné que le lieu de l'exploitation où la demanderesse était engagée se trouve à Genève, la chambre de céans est compétente pour connaître du litige, tant *ratione materiae* que *ratione loci*.

2. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (ATAS/390/2016).

La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

Partant, elle est recevable.

3. a. La novelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} avril 2004 et au 1^{er} janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677).

La loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, n'est en principe pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle.

Sur le plan matériel, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 132 III 523 consid. 4.3 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 131 V 9 consid. 1 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les références). Les règles de procédure s'appliquent, quant à elles, sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

b. Sont en principe déterminantes pour fixer le montant des prestations d'invalidité les dispositions réglementaires en vigueur au moment de la naissance du droit aux prestations et non celles qui étaient applicables au moment où a débuté l'incapacité de travail qui a entraîné l'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 2 et 3).

c. En l'espèce, le présent litige concerne le droit à des prestations à compter du 1^{er} mai 2010, de sorte qu'il sera examiné à la lumière des dispositions introduites par la première révision de la LPP et du règlement de la caisse entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

4. Est litigieux le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité, plus particulièrement le point de savoir si l'événement assuré au titre de la prévoyance professionnelle est survenu pendant la période durant laquelle la demanderesse a été assurée auprès de la défenderesse.
5. À titre préalable, il y a lieu de rappeler que l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail et cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 1 et 2 LPP). 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 (art. 10 al. 3 LPP).

Si le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité tombe sur le premier jour du mois au cours duquel le délai de couverture complémentaire pour les risques d'invalidité et de décès auprès de l'institution de prévoyance du dernier employeur a commencé, et si la personne assurée a constitué, au cours de ce mois, un nouveau rapport de prévoyance auprès de

l'institution supplétive, suite au chômage, pour les risques d'invalidité et de décès, la question de la compétence afférente aux prestations soit de l'institution de prévoyance de l'ancien employeur, soit de l'institution supplétive, est tranchée sur la base du jour calendrier exact de la première perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage. Si la personne assurée ne perçoit de telles indemnités qu'à partir du deuxième jour du mois – parce que le premier jour du mois tombe sur un dimanche, jour ne donnant pas droit à une indemnité de l'assurance-chômage –, le nouveau rapport de prévoyance avec l'institution supplétive ne prend naissance qu'à partir du deuxième jour du mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_793/2010 du 21 mars 2011, publié in SVR 2011, BVG n° 30 p. 114).

En l'espèce, il n'est pas contesté que les rapports de travail ont commencé le 1^{er} avril 2006 et qu'ils ont pris fin le 31 décembre 2007. La demanderesse s'est certes inscrite au chômage le 4 décembre 2007 mais un délai cadre d'indemnisation n'a été ouvert en sa faveur qu'à partir du 6 février 2008 (cf. pce 15 dem.). La demanderesse a donc été assurée auprès de la défenderesse du 1^{er} avril 2006 au 31 janvier 2008. Pour le surplus, les développements qui suivent montrent que la question de la compétence de la défenderesse ne prête pas à discussion, l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité étant survenue un peu plus de trois mois avant le début du délai de couverture complémentaire (cf. ci-dessous : consid. 9b).

6. a. Selon l'art. 23 let. a LPP dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP précise que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI.

Aux termes des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 ; LAI – RS 831.20), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la

perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; ATF 118 V 45 consid. 5).

b. Si une institution de prévoyance reprend – explicitement ou par renvoi – la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine; consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). En matière de prévoyance plus étendue, il est cependant loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion de l'invalidité différente que dans l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 120 V 106 consid. 2d). Si l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_54/2007 du 9 octobre 2008 consid. 3.1).

c. En l'espèce, l'art. 29 al. 1 du règlement de la défenderesse, en vigueur au 1^{er} juillet 2007, dispose que l'assuré qui est reconnu invalide par l'AI l'est également par la caisse dans la même mesure, pour autant qu'il ait été assuré auprès de la caisse lorsqu'a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Le règlement de la défenderesse ne s'écarte ainsi pas de la notion d'invalidité de la LAI.

d. Puisque l'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1), l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure AI, l'assureur LPP – qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI – n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73). Pour être valablement intégrée à la procédure, l'institution de prévoyance doit avoir la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 273. consid. 3.1, 129 V 76). À défaut, le juge appelé à statuer sur le droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle examine librement la décision d'octroi de rente rendue par l'OAI à la lumière des rapports médicaux sur lesquels cette autorité s'est fondée (pour un cas d'application : arrêt du Tribunal fédéral 9C_702/2011 du 28 février 2012).

De plus, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente. A défaut, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3). Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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. Ainsi, 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_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 et les arrêts cités).

Dans ce dernier arrêt, qui concernait un assuré ayant présenté une incapacité de travail totale depuis le 29 février 2008 et qui pouvait prétendre, dans l'absolu, à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2009 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI), le Tribunal fédéral a constaté que dans la mesure où le droit à la rente ne pouvait prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations, l'assuré qui avait déposé sa demande le 10 novembre 2009, n'avait droit à une rente entière d'invalidité qu'à compter du 1^{er} mai 2010. Partant, la Haute Cour a considéré qu'en tant que la décision du 1^{er} septembre 2011 de l'assurance-invalidité, sous une partie intitulée « Résultat de nos constatations », contenait néanmoins la constatation que le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI avait commencé à courir le 29 février 2008, cette dernière date ne jouait aucun rôle pour fixer la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité et n'avait par conséquent aucun caractère contraignant pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt 9C_620/2012 précité consid. 2.5). En d'autres termes, le fait que l'assurance-invalidité a fixé le début du droit à la rente n'exclut pas que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue plus d'une année auparavant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 4.1 et les références).

e. En l'espèce, la demanderesse soutient que la défenderesse s'est bien vu notifier une copie de la décision du 8 décembre 2010 de la caisse de compensation, octroyant une rente entière simple d'invalidité à la demanderesse à compter du 1^{er} mai 2010. Pour sa part, la défenderesse affirme n'avoir reçu ni le prononcé du 18 octobre 2010 de l'OAI, ni la décision du 8 décembre 2010. Quoi qu'il en soit,

cette question souffre de rester indécise dès lors que le début du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit le 1^{er} janvier 2008 selon les constatations de l'OAI, ne revêt pas de caractère contraignant pour la défenderesse. En effet, dans la mesure où la demande de prestations a été déposée le 20 novembre 2009 à l'OAI, soit plus de six mois après le 1^{er} janvier 2008, elle est sans conteste tardive, quoi qu'en dise la demanderesse (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] valable à partir du 1^{er} janvier 2010, ch. 2027), de sorte que la période précédant le mois de mai 2009 ne jouait pas de rôle déterminant pour pouvoir statuer sur le droit à la rente d'invalidité.

En conclusion, la défenderesse n'est pas liée par la fixation du moment de la survenance de l'incapacité de travail par l'OAI, quand bien même les dispositions réglementaires de la défenderesse reprennent la notion d'invalidité de la LAI (cf. ATAS/702/2012 pour un cas similaire).

7. a. Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Étant donné que le versement d'une rente d'invalidité dépend de la survenance de l'incapacité de travail, la fixation la plus exacte et fiable possible du moment de cette survenance est, au vu de sa portée économique, extrêmement importante. À cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002). On ne saurait renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle. La jurisprudence du Tribunal fédéral exige pour cette raison que le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle soit prouvé « en temps réel », c'est-à-dire que la preuve ne peut pas être remplacée par des suppositions et des réflexions commerciales ou médicales spéculatives ultérieures, mais doit au contraire résulter du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 69/06 du 22 novembre 2006, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 51/04 du 2 décembre 2004). Une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médicale et théorique après de nombreuses années ne suffit pas à elle seule. Est plutôt déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 88/06 du 13 août 2007 et B 61/06 du 23 octobre 2006 ; RSAS 2007, p. 480).

Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 263 consid. 1a ; 118 V 45 consid. 5). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance – et qui a entraîné une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 5.4).

b. La relation de connexité temporelle implique qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. 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 dans le champ des activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références), la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là devant être de 20% au moins (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012 du 18 février 2013 consid. 5.5 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure – en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée – se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit cependant permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a certes précisé que l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible, d'après laquelle se définit la connexité temporelle entre l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP et l'invalidité ultérieure, devait permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente, pour interrompre le lien de connexité temporelle. Cela ne signifie toutefois pas que la réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente suffise déjà à interrompre la connexité temporelle. Pour admettre une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative, que ce soit à 100 % ou à 80 % au moins (en référence au taux de 20 % [au moins] de la diminution de la capacité fonctionnelle

de rendement dans la profession exercée jusque-là [cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et l'arrêt cité]). Le fait que l'intéressé soit en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) une capacité de travail (presque) entière. Il n'y a pas lieu d'accorder à ce fait une signification plus étendue ou indépendante, même à la lumière de l'ATF 134 V 20 consid. 5.3 (arrêt 9C_536/2012 du 28 décembre 2012 consid. 3.2.2). En d'autres termes, la connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1).

Parmi les circonstances à prendre en compte pour apprécier la relation de connexité temporelle, il y a également les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré perçoit pendant une longue période des indemnités journalières de l'assurance-chômage en tant que personne à la recherche d'un emploi qui dispose d'une aptitude entière au placement (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 100/02 du 26 mai 2003 consid. 4.1 et B 18/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.2.1 in fine et les références). On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI comme principe directeur ("Richtschnur"). Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 p. 22 s. et les références; 123 V 262 consid. 1c p. 264; 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117; arrêt du Tribunal fédéral 9C_503/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2).

c. Selon la jurisprudence, si pendant la période à retenir pour l'appréciation de la connexité temporelle, la personne assurée ne se trouve dans aucun rapport de travail, il n'y a pas lieu d'attribuer à cette période la même signification qu'à une période où le recouvrement de la capacité de travail est prouvé par du travail réellement effectué, étant donné l'impossibilité d'examiner réellement la capacité

de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). Une autre question particulière est celle de l'influence du versement d'indemnités de chômage sur la connexité temporelle. Pour apprécier celle-ci, en particulier dans le monde du travail, il faut toujours prendre en considération la situation telle qu'elle apparaît vu de l'extérieur, comme par exemple les indications de la personne assurée vis-à-vis de l'assurance-chômage. Certes, la même valeur ne peut pas être accordée au fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement qu'au recouvrement de la capacité de travail attestée par le travail effectivement accompli. En effet, dans le domaine de l'assurance-chômage, la notion d'aptitude au placement d'un handicapé physique ou mental est plus large, ce qui doit également être pris en compte lors de l'appréciation de la connexité temporelle (RSAS 1996 p. 47 ss). Cependant, en indiquant qu'il est pleinement apte au placement, le requérant affiche sans équivoque une pleine capacité de travail, ce qui pourrait être retenu contre lui (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 131/06 du 25 mai 2007). Il convient ainsi d'accorder une importance particulière à la perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage en cas de pleine aptitude au placement, lorsque ces indemnités sont liées à une activité lucrative et qu'il n'existe aucun élément indiquant que la personne assurée serait redevenue inapte à travailler pendant sa période de chômage (Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 30 ad art. 23 LPP et les références). Ceci n'est notamment pas le cas lorsque la personne assurée doit effectuer, peu après son inscription auprès de l'assurance-chômage, un séjour hospitalier de longue durée et que sa capacité de travail était déjà partiellement restreinte pendant les rapports de travail précédents. Dans cette éventualité, il n'y a pas d'interruption de la connexité temporelle lorsqu'à la suite de ce séjour hospitalier, la personne assurée n'a plus jamais recouvré une capacité entière de travail pendant une période prolongée (arrêt du Tribunal fédéral B 147/06 du 2 juillet 2007 consid. 4.2 et 4.3).

8. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
9. a. En l'espèce, la chambre de céans constate que l'invalidité de la demanderesse est due à un trouble de la personnalité émotionnellement labile décompensé (F60.31) ainsi qu'à une anorexie mentale, affections psychiques sévères apparues dès le jeune âge. Ces dernières engendrent une fragilité psychique, une intolérance

à la frustration, des difficultés dans la relation avec autrui, des capacités d'adaptation réduites, de la fatigue et de la fatigabilité (cf. rapport du Dr Q_____ reçu le 15 février 2010 par l'OAI ; rapport du Dr X_____ du 12 août 2010).

Dans sa « certitude subsidiaire », la défenderesse soutient qu'elle ne serait pas tenue de prêter puisque la demanderesse aurait présenté une incapacité de travail durable de 20% au moins depuis l'adolescence. Elle en veut principalement pour preuve que depuis le début de sa carrière professionnelle en 1990, la demanderesse aurait laissé une impression mitigée à ses ex-employeurs, ce qui ressortirait de la lecture des certificats de travail versés au dossier.

Ces arguments ne sauraient être suivis. Tout d'abord, le fait que la demanderesse n'aurait pas donné satisfaction à ses précédents employeurs est discutable au regard de certaines appréciations élogieuses (cf. notamment pce 9 déf.), de la durée de certains rapports de travail antérieurs – jusqu'à six ans – et d'une carrière professionnelle dans le secteur bancaire déjà longue de vingt-six ans au moment de son entrée au service de l'employeur le 1^{er} avril 2006. De plus, la Dresse N_____ explique dans son rapport du 8 décembre 2007 que les licenciements survenaient « en général au décours de surconsommations de médicaments », ce qui laisse entendre, au vu de la durée des emplois précédents, qu'une telle surconsommation ne constituait pas un état permanent. Sur la base de tels éléments, on ne saurait conclure à une incapacité de travail quasi-constante d'au moins 20% depuis 1990. Cela étant, et quoi qu'en dise la défenderesse, il n'apparaît pas nécessaire d'ordonner la production du décompte des soins et médicaments réglés de 1997 à 2009 par la demanderesse, ni de procéder à d'autres mesures d'instruction portant sur la période ayant précédé le 1^{er} avril 2006, date de son entrée au service de l'employeur. En effet, il est établi que la demanderesse n'a quasiment jamais été absente pour cause de maladie entre le 1^{er} avril 2006 et le 21 février 2007, à l'exception de deux journées les 10 et 11 novembre 2006, de deux journées les 7 et 8 novembre 2006, d'une journée le 21 novembre 2006 et d'une journée le 4 décembre 2006. Quant à l'arrêt de travail à 100% du 22 février au 17 mars 2007 (pce 18 déf.), celui-ci a été délivré par le gynécologue qui avait procédé à une intervention chirurgicale (annexectomie gauche) le 22 février 2007. Ainsi, depuis son entrée au service de l'employeur, la demanderesse a travaillé durant près d'une année sans connaître d'arrêt de travail notable qui aurait été motivé par ses troubles psychiques. Pour le surplus, l'assertion de la défenderesse, selon laquelle l'activité auprès de l'employeur constituait tout au plus une énième tentative de réinsertion professionnelle, ne repose sur aucune explication circonstanciée. Au contraire, cette thèse est contredite à la fois par la durée d'activité exercée à plein temps sans interruption notable depuis le 1^{er} avril 2006 et par l'absence d'indices laissant apparaître que la demanderesse aurait travaillé avec un rendement diminué ou fait l'objet de remarques ou d'avertissements de la part de l'employeur sur cette période. En effet, ce dernier n'a pas donné suite à la demande du 2 février 2016 de la défenderesse de produire « toutes pièces relatives à un manque de productivité,

voire à des limitations fonctionnelles dans l'exécution du travail fourni [...] en regard du cahier des charges » mais s'est contenté de répondre que la demanderesse « présentait de sérieuses lacunes tant au niveau personnel qu'au niveau professionnel », (pce 20 déf.). Quoi qu'il en soit, une telle appréciation n'est pas suffisamment circonstanciée et ouvre la voie à un grand nombre d'explications sur les causes possibles – en particulier non médicales – des lacunes alléguées. Au demeurant, le souhait de la défenderesse que la chambre de céans entende deux collaborateurs de l'employeur en qualité de témoins ne change rien au fait que ceux-ci ne sont pas médecins et que la demanderesse n'a pour ainsi dire jamais été absente pendant presque une année à compter de son engagement. Or, selon la jurisprudence, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que l'éventualité que la situation contractuelle d'une personne déroge à la réalité peut être envisagée. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, notamment en cas de maladies évoluant par poussées (sclérose en plaques, schizophrénie, etc ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.4). À défaut de quoi, le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 4.2 et les références).

À ce stade, il est donc possible de conclure que même s'il existe une relative continuité dans l'anamnèse du début des années nonante à ce jour, la question de la connexité matérielle n'a pas de portée suffisante à elle seule (cf. ci-dessus : consid. 7a in fine). En effet, même si l'on parvenait à la conclusion, à la faveur des mesures d'instruction requises par la défenderesse, que les troubles psychiques de la demanderesse avaient eu une répercussion notable sur les rapports de travail antérieurs au 1^{er} avril 2006, cela ne changerait rien au fait que la connexité temporelle de ces troubles avec l'invalidité subséquente a pris fin en raison d'une période de travail quasi ininterrompue de près de douze mois à partir du 1^{er} avril 2006, sans qu'il soit prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au cours de ce laps de temps, les troubles psychiques considérés aient déployé des effets pertinents en droit du travail (« arbeitsrechtlich in Erscheinung getreten » ; cf. arrêt du Tribunal des assurances B 69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2).

b. Il convient à présent de déterminer si l'atteinte à la santé psychique, à l'origine de l'invalidité de la demanderesse, a entraîné une incapacité de travail d'une certaine importance pendant la période au cours de laquelle la demanderesse était assurée auprès de la défenderesse pour la prévoyance professionnelle, soit jusqu'au 31 janvier 2008. Au regard des développements qui précèdent, cela revient à se pencher avant tout sur la situation telle qu'elle se présentait à partir du 23 septembre 2007, date à laquelle la demanderesse a été victime d'un accident au volant de sa voiture alors qu'elle était sous l'emprise d'une intoxication aux psychotropes (cf. rapport du 2 octobre 2007 de la Dresse L_____), événement

suite auquel un certificat d'incapacité de travail totale a été établi le 24 septembre 2007 par ce même médecin (période du 23 au 26 septembre 2007) et le 5 octobre 2007 par le Dr M_____ (période du 27 septembre au 14 octobre 2007). Le 15 octobre 2007, la demanderesse n'était plus en arrêt de travail et l'employeur lui a fait signer, le même jour, une convention de fin des rapports de travail prévoyant notamment la libération immédiate de son obligation de travailler. Pour la période du 15 au 23 octobre 2007, aucun certificat n'a été versé au dossier. En revanche, une attestation couvre la période d'hospitalisation à la clinique La Métairie du 24 octobre au 30 novembre 2007 (cf. pce 36 dem.). La défenderesse ne le conteste pas mais fait valoir qu'aucune pièce au dossier n'atteste, « en temps réel », une incapacité de travail en décembre 2007 et janvier 2008.

La chambre de céans constate qu'il est établi que les arrêts de travail délivrés par la Dresse L_____, le Dr M_____ et la clinique La Métairie ont bel et bien été délivrés en temps réel et pour cause de maladie. En effet, si d'un point de vue somatique, la demanderesse avait récupéré en moins de quarante-huit heures après l'accident du 23 septembre 2007 (cf. rapport du 2 octobre 2007 de la Dresse L_____), on ne peut en dire autant des aspects psychiques qui se sont manifestés à l'occasion de cet événement puisque la demanderesse a été prise en charge, dès sa sortie du centre d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG le 27 septembre 2007, par le Dr M_____ puis par la Dresse N_____, dans un premier temps à « la Métairie » du 24 octobre au 30 novembre 2007, puis en hôpital de jour du 3 décembre 2007 au 31 mai 2008 (cf. pce 36 déf.). À cela s'ajoutait, du 12 décembre 2007 au 13 mai 2008, la poursuite en ambulatoire (au Centre Phénix Envol) du programme que la demanderesse avait suivi à la clinique La Métairie (pce 40 dem.). Enfin, dans la mesure où la demanderesse signalait, en mai 2008, souffrir d'une labilité émotionnelle, de troubles alimentaires et de troubles du rythme nyctéméral, le Centre Phénix Envol avait convenu avec elle qu'elle poursuive ses soins avec le Dr Q_____ (pce 40 dem.), ce qui s'était produit dès juillet 2008. Dans un rapport du 26 novembre 2013, ce psychiatre a attesté que la demanderesse était en incapacité de travail en juillet 2008 en raison d'une problématique psychiatrique sévère. Il n'a toutefois délivré un arrêt de travail en temps réel qu'en date du 16 février 2009, pour la période du 13 au 23 février 2009, arrêt qu'il a prolongé le 23 février 2009. Dans son avis du 4 septembre 2009, le Dr S_____ a fait état d'une incapacité de travail totale et définitive depuis le 3 février 2009, précisant qu'il existait une affection chronique remontant à plus de vingt ans, n'allant pas vers une amélioration objective. Enfin, le Dr T_____, dans son rapport du 29 septembre 2011, a estimé que l'invalidité totale de l'assurée était bien en rapport, notamment avec l'accident dont elle avait été victime le 23 septembre 2007.

Il est donc établi que la demanderesse a été victime d'une incapacité de travail complète du 23 septembre au 14 octobre 2007 et il ressort notamment de l'avis du Dr T_____ que la maladie à l'origine de l'incapacité de travail qui est survenue au

cours de cette période est également à la base de l'invalidité, de sorte que l'existence d'une connexité matérielle entre cette incapacité de travail et l'invalidité ultérieure peut être admise. Ainsi, la question qui subsiste est de savoir s'il existe des indices permettant de conclure à la rupture du lien de connexité temporelle entre les troubles incapacitants qui se sont manifestés le 23 septembre 2007 et l'invalidité, en raison d'un retour à une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée entre le 15 et le 23 octobre 2007 ainsi qu'entre le 1^{er} décembre 2007 et le 12 février 2009.

c. La défenderesse souligne avec insistance qu'il n'existe aucun certificat médical – établi en temps réel – attestant que la demanderesse était en incapacité de travail totale entre le 1^{er} décembre 2007 et le 12 février 2009. Il est vrai que dans le contexte particulier d'une libération de l'obligation de travailler du 15 octobre au 31 décembre 2007, suivie d'une période de chômage, la demanderesse n'a pas produit d'arrêt de travail du 15 au 23 octobre 2007, ni pour la période postérieure au 30 novembre 2007. Cependant, la formulation d'une telle exigence va clairement au-delà des réquisits jurisprudentiels, une incapacité de travail attestée en temps réel n'étant nécessaire que pour prouver la survenance de l'incapacité de travail pertinente en droit de la prévoyance professionnelle. Ce point étant précisément acquis (cf. ci-dessus : consid. 9b), il reste encore à déterminer si dans la situation particulière de la demanderesse, caractérisée par le fait qu'elle n'a jamais retrouvé de travail, celle-ci a de nouveau été capable de travailler pendant une longue période au regard de l'ensemble des circonstances telles que la nature de son atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui l'ont conduite à ne pas reprendre une activité lucrative (cf. ci-dessus : consid. 7b et arrêt du Tribunal fédéral 9C_169/2009 du 1^{er} décembre 2009 consid. 3.2).

À l'examen du cas, une interruption de la connexité temporelle n'entre en tout cas pas en considération du 15 au 23 octobre 2007, ne serait-ce qu'en raison de la brièveté de cette période précédant une nouvelle incapacité de travail complète du 24 octobre au 30 novembre 2007. De plus, il ressort clairement du rapport du 8 décembre 2007 de la Dresse N_____ que « l'épisode actuel » de la maladie remontait au 23 septembre 2007. La situation qui se présente après le 30 novembre 2007 est en revanche plus difficile à apprécier, compte tenu de l'absence d'arrêt de travail jusqu'au 12 février 2009. À cet égard, la défenderesse fait valoir principalement que pour pouvoir toucher des indemnités journalières de l'assurance-chômage dès 2008 et suivre les programmes de cours et d'emplois temporaires décidés par l'OCE, la demanderesse était nécessairement apte au placement, de sorte que les indices d'une incapacité de travail feraient défaut pour l'ensemble de l'année 2008 et jusqu'au 12 février 2009.

Les arguments invoqués par la défenderesse sont effectivement de nature à soulever la question d'une interruption du lien de connexité temporelle. Cela dit, il serait erroné de conclure au recouvrement d'une capacité de travail d'au moins 80% à partir du 1^{er} décembre 2007 et cela jusqu'au 12 février 2009 sur les seules bases

d'une absence d'arrêt de travail après le 30 novembre 2007 et de l'octroi d'indemnités journalières de l'assurance-chômage dès 2008. En effet, la recherche d'un emploi et le bénéfice de telles indemnités pendant plus d'une année ne prouvent nullement, à elles seules, l'existence d'une capacité de travail ininterrompue du 1^{er} décembre 2007 jusqu'au 12 février 2009 (cf. RSAS 1996 p. 47 consid. 2h). On rappellera pour le surplus que ce n'est qu'en cas de doutes sérieux quant à la capacité de travail d'un chômeur que l'autorité cantonale peut ordonner que celui-ci soit examiné par un médecin-conseil (cf. art. 15 al. 3 LACI). En outre, si l'on s'en tenait au raisonnement de la défenderesse, on occulterait – à tort – le point de savoir si la symptomatologie de la demanderesse ayant entraîné son incapacité de travail totale dès le 23 septembre 2007 s'était effectivement amendée entre le 1^{er} décembre 2007 et le 12 mars 2009, dans une mesure propre à lui permettre de reprendre durablement l'exercice d'une activité lucrative (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_169/2009 du 1^{er} décembre 2009 consid. 4.3).

À l'examen de la situation, il appert qu'au 30 novembre 2007, date de la fin du séjour de la demanderesse à « la Métairie » et du début de son suivi en hôpital de jour, celle-ci présentait un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives (F19.21). À sa sortie de clinique le 30 novembre 2007, elle était certes abstinente mais dans un environnement protégé, d'où la nécessité d'un suivi en hôpital de jour jusqu'au 31 mai 2008. Cela étant, il ressort notamment du pli du 11 août 2015 de la fondation Phénix et du courrier du Dr R_____ du 31 mars 2015 que « l'abstinence », mentionnée en décembre 2007 par la Dresse N_____, était synonyme d'absence d'abus de substances psycho-actives à la faveur d'un environnement protégé mais non d'une absence de « médication forte » dans le contexte d'un état dépressif important pendant la période du 30 novembre 2007 au 12 février 2009. Il est vrai que le Dr R_____ n'est pas psychiatre et que son appréciation est partant sujette à caution en tant qu'elle constate l'incapacité de travail totale dans laquelle la demanderesse se serait trouvée sur toute cette période. Quoi qu'il en soit, le rapport du 26 novembre 2013 du psychiatre traitant, le Dr Q_____, va dans le même sens que ce médecin généraliste : « les copies des arrêts maladie que j'ai en ma possession remontent à 2009, mais la patiente a dû en recevoir bien avant par moi-même et par ses anciens médecins puisque dès son suivi à mon cabinet (juillet 2008), elle était dans l'incapacité de travailler » en raison d'une problématique psychiatrique sévère (trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, F60.31 ; anorexie mentale, F50.0 ; dépendance aux BZP, F13.25 et épisodes dépressifs récurrents, F33.1). En outre, il ne ressort pas du rapport du Dr Q_____, reçu le 15 février 2010 par l'OAI, que l'état de santé et la symptomatologie de la demanderesse se seraient améliorés entre juillet 2008 et la date d'établissement de ce rapport, en tout cas pas au point de permettre de recouvrer, ne serait-ce que partiellement, une quelconque capacité de travail, même dans une activité adaptée.

Par ailleurs, la thèse selon laquelle la demanderesse aurait recouvré une capacité de travail durable entre le 1^{er} décembre 2007 et le 12 février 2009 est également affaiblie par le fait que cette période a débouché, précisément en raison des troubles évoqués, sur une incapacité de travail totale et définitive selon les critères de l'assurance-chômage, sanctionnée par une inaptitude au placement (art. 15 LACI), le Dr S_____ allant jusqu'à dire que le fait d'être au chômage « était en partie une conséquence de son affection » (pce 24 dem.). Enfin, l'expérience non concluante du stage non rémunéré de trois mois effectué auprès de la société P_____ SA, dès avril 2008, en particulier l'appréciation du président du conseil d'administration de cette dernière, évoquant de nombreux jours d'absence, des rapports et présentations non exécutés, « tant sa capacité de travail semblait diminuée », accréditent la persistance de troubles incapacitants entre la sortie de clinique le 30 novembre 2007 et juillet 2008, début du suivi hebdomadaire de la demanderesse par le Dr Q_____. On rappellera à cet égard que selon le rapport du 12 décembre 2013 du Dr U_____, la Dresse N_____ a continué à s'occuper du suivi de la demanderesse en hôpital de jour du 3 décembre 2007 au 31 mai 2008 et qu'en parallèle, soit du 12 décembre 2007 au 13 mai 2008, cette dernière se faisait délivrer tous ses traitements par le Centre Phénix Envol « afin de prévenir leur mésusage » (pce 40 déf.).

L'ensemble de ces indices tend à démontrer que la symptomatologie ayant entraîné l'incapacité de travail dès le 23 septembre 2007 ne s'est pas amendée pendant la période du 1^{er} décembre 2007 au 12 février 2009 dans une mesure propre à permettre à la demanderesse de reprendre durablement l'exercice d'une activité adaptée à au moins 80%. Il n'est pas non plus prouvé qu'elle ait présenté une capacité de travail d'une durée de trois mois (art. 88a al. 1 RAI par analogie) sans interruption notable au cours de cette période. Pour le surplus, le stage bénévole de trois mois, effectué au sein de l'entreprise P_____ SA sous le régime de l'assurance-chômage, peut être qualifié au mieux de tentative de réinsertion ayant échoué. Ainsi, il existe suffisamment d'indices objectifs qui permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue le 23 septembre 2007 et l'invalidité survenue postérieurement.

10. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les troubles psychiques – qui sont la cause de l'invalidité à 100% de la demanderesse – ont entraîné une incapacité de travail totale à compter du 23 septembre 2007. À cette date, la demanderesse était assurée auprès de la défenderesse. Dans ces circonstances, il convient d'admettre que la condition d'assurance posée par l'art. 23 LPP est réalisée, de sorte qu'en application de l'art. 26 al. 1 LPP, la demanderesse peut prétendre au moins à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire à compter du 1^{er} mai 2010, rien ne permettant de s'écarter de la décision de l'assurance-invalidité sur ce point (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2011 du 21 février 2012 consid. 6.5).

11. a. Dès lors qu'il est établi que la demanderesse a droit à une rente d'invalidité à titre de prestations minimales obligatoires selon la LPP (art. 6 LPP), il reste à déterminer son droit à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle plus étendue (art. 49 LPP), soit le droit à une rente d'invalidité réglementaire et à un capital-invalidité. Il s'agit, en particulier, d'examiner si la défenderesse a nié ce droit à juste titre en considérant qu'elle était fondée à se départir du contrat de prévoyance relatif à la prévoyance surobligatoire en raison d'une réticence de la demanderesse, soit que celle-ci n'avait pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation.

b. Les caisses sont habilitées à restreindre la protection conférée par la couverture d'assurance surobligatoire en instaurant une réserve pour raisons de santé – aux conditions posées par l'art. 14 LFLP, qui ne sont pas déterminantes en l'espèce. Selon l'art. 331c CO, les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès. La durée de ces réserves est de cinq ans au plus. Selon la jurisprudence, dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue, une réserve avec effet rétroactif n'est pas valable, même dans le cas où l'assuré n'a pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation – ce qui amène l'institution de prévoyance à ne pas formuler de réserve pour raisons de santé – et que l'institution de prévoyance découvre après coup la réticence de son assuré. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 331c CO, et donc la possibilité d'émettre une réserve pour raisons de santé, ne vaut que pour les réserves que l'institution de prévoyance a émises lors de l'entrée de l'assuré dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 4.4 ; cf. aussi Hermann WALSER, op. cit. ad art. 14 LFLP, p. 1541 n. 10). Ainsi, lorsque l'assuré viole son devoir de renseigner et que l'institution de prévoyance l'apprend après coup, elle ne peut corriger la situation qu'en se départissant du contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 in fine), sous réserve du cas particulier dans lequel le règlement ou les statuts en vigueur au moment de la déclaration de résiliation interdisent une telle résiliation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2011 consid. 3c). En l'absence de telles dispositions, les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence, par application analogique des art. 4 ss de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA – RS 221.229.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1).

c. Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les

faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 ; 116 V 218 consid. 5a et les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer – à la place de l'assureur – quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b et les arrêts cités). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur (ATF 126 III 10 consid. 2b ; 136 III 334 consid. 2.4 p. 337).

d. Aux termes de l'art. 6 LCA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du

sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3).

Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactly déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence (art. 6 al. 3 LCA), mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA (ATF 138 III 416 consid. 6).

e. En l'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse a été affiliée pour la prévoyance plus étendue à partir du 1^{er} avril 2006. Le règlement en vigueur à cette époque (ci-après : règlement 2005) prévoit la possibilité pour la caisse d'exiger de tout nouveau collaborateur qu'il se soumette à un examen médical auprès d'un médecin désigné par la caisse (art. 6 ch. 1 règlement du 2005). Au vu du résultat de l'examen médical, cette dernière peut, en se référant au préavis du médecin, imposer une ou plusieurs réserves pour l'assurance invalidité et l'assurance décès ; elles seront toutefois inopérantes pour la part de prestations découlant des exigences minima de la LPP. Si l'assuré devient invalide ou décède d'une affection ayant fait l'objet d'une réserve durant la période de validité de celle-ci, les prestations d'invalidité ou de décès de la caisse sont réduites de manière définitives aux prestations minimales LPP (art. 6 ch. 2 du règlement 2005). La caisse statue au plus tard dans les soixante jours suivant l'affiliation à celle-ci. Si des réserves sont imposées, l'intéressé en sera informé par écrit ; la durée de leur validité n'excédera pas cinq ans ; leur objet sera communiqué à l'assuré par le médecin ayant procédé à l'examen (art. 6 ch. 3 du règlement 2005).

Ce règlement ne comprend en revanche aucune disposition relative à la situation dans laquelle la personne à assurer omet de déclarer ou déclare inexactly un fait important sur lequel elle a été interrogée (réticence). Par ailleurs, aucune des dispositions réglementaires en vigueur au moment où la défenderesse a invoqué une réticence de la demanderesse, le 9 décembre 2011, ne vise une interdiction de se départir du contrat de prévoyance dans cette éventualité (cf. règlement de la caisse, en vigueur dès le 1^{er} juillet 2007).

Il convient par conséquent d'appliquer les règles des art. 4 ss. LCA à l'éventualité d'une réticence et aux conséquences de celle-ci.

f. Selon la défenderesse, la demanderesse aurait commis une réticence, le 15 mars 2006, au moment de compléter le questionnaire médical de la défenderesse, en déclarant notamment qu'elle ne souffrait pas de troubles ou d'affections du système nerveux ou du psychisme tels que « épilepsie [...] névrites, dépressions ou autres [...] » et en affirmant n'avoir pas, au cours des cinq dernières années, été soignée ou conseillée par un psychothérapeute (p ex. psychiatre, psychologue), ce malgré ses antécédents psychiatriques remontant aux années nonante. De plus, il ressortait du rapport du 2 octobre 2007 de la Dresse L_____ qu'elle était suivie par le Dr

M_____ depuis environ trois ans à raison d'une fois par mois avec un traitement à base de BZD (benzodiazépines) et de Truxal® qu'elle prenait tous les soirs.

Pour sa part, la demanderesse soutient notamment qu'il n'y aurait pas réticence dès lors qu'elle était dans une attitude de déni face à son anorexie, affection pour laquelle elle n'avait plus été suivie depuis près de dix ans au moment de compléter le questionnaire de la défenderesse. De plus, elle n'aurait « réellement plus consulté de psychologue de 1997 à 2007 ».

Bien qu'il paraisse douteux que la demanderesse ait raisonnablement et de bonne foi pu considérer comme sans importance et passagères les consultations auprès du Dr M_____, la question de la réticence souffre de rester indécise dans la mesure où la défenderesse a omis d'exercer à temps le droit de résiliation qui en découlait. En effet, comme la demanderesse l'a relevé sans être contredite sur ce point, la défenderesse a invoqué la réticence sur la base du rapport du Dr T_____ du 29 septembre 2011, qui lui avait été adressé le même jour, de sorte qu'elle en avait pris connaissance le lendemain ou au plus tard les premiers jours du mois d'octobre 2011. Ainsi, en faisant savoir pour la première fois le 19 décembre 2011 qu'elle n'entrait pas en matière sur une rente d'invalidité en raison d'une « réticence totale », la défenderesse avait largement dépassé le délai de quatre semaines pour résilier le contrat qui la liait à la demanderesse, de sorte qu'elle était forclosée.

Dès lors que la résiliation tardive du contrat entraîne le maintien de celui-ci dans sa teneur en vigueur jusqu'alors (cf. Peter GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, in RJB 2006 p. 367), la demanderesse peut en principe prétendre aussi à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle plus étendue.

12. a. Sont en principe déterminantes pour fixer le montant des prestations d'invalidité les dispositions réglementaires en vigueur au moment de la naissance du droit aux prestations et non celles qui étaient applicables au moment où a débuté l'incapacité de travail qui a entraîné l'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 2 et 3).

Étant donné que la demanderesse a droit à des prestations d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2010, ce droit doit être examiné à la lumière du règlement de la caisse entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007 (ci-après : règlement 2007).

- b. Selon l'art. 29 ch. 1 règlement 2007, l'assuré qui est reconnu invalide par l'AI est également reconnu invalide par la caisse dans la même mesure, pour autant qu'il ait été assuré auprès de la caisse lorsqu'a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Aux termes de l'art. 30 ch. 1 du règlement 2007, le droit à la rente temporaire d'invalidité de la caisse prend naissance le jour de l'ouverture du droit à la rente AI et s'éteint le jour où cesse le droit à la rente AI, au plus toutefois au jour de la retraite ordinaire, l'assuré ayant droit, dès cette date, à la rente de retraite.

Selon l'art. 31 du règlement 2007, le montant annuel de la rente complète d'invalidité est égal à l'avoir de retraite projeté multiplié avec le taux de conversion applicable à l'âge de la retraite ordinaire (ch. 1). L'avoir de retraite projeté est égal à l'avoir de retraite constitué le jour de la reconnaissance de l'invalidité, augmenté des bonifications avec intérêts au taux fixé dans l'annexe qui auraient été attribuées jusqu'au jour de la retraite ordinaire si l'assuré était resté en service jusqu'à cette date en conservant son dernier traitement cotisant (ch. 2).

À teneur de l'art. 32 du règlement 2007, le droit à la libération des cotisations commence et prend fin en même temps que le droit à la rente temporaire d'invalidité. En cas d'invalidité partielle, la libération des cotisations s'applique à la partie invalide du traitement cotisant (ch. 1). Pendant la libération des cotisations, les cotisations de l'assuré invalide et les cotisations de l'employeur pour cet assuré sont à charge de la caisse. Les cotisations personnelles de l'assuré invalide s'ajoutent à la somme de ses cotisations personnelles. L'avoir de retraite de l'assuré est crédité des bonifications de retraite déterminées sur la base du dernier traitement cotisant (ch. 2).

c. En l'espèce, les notions d'invalidité et d'évènement assuré, définies par l'art. 29 ch. 1 du règlement 2007, sont identiques à celles de l'art. 23 LPP. Puisqu'il est établi que la demanderesse remplit les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire, celle-ci peut effectivement prétendre à une rente d'invalidité réglementaire de la part de la défenderesse.

La demanderesse soutient principalement que les indications nécessaires au calcul de la rente à laquelle elle peut prétendre ne figurent pas sur sa fiche d'assurance au 1^{er} janvier 2007 et qu'on n'y trouve notamment pas l'avoir de retraite projeté, de sorte qu'elle est dans l'impossibilité de chiffrer ses conclusions, contrairement à ce qu'elle avait prévu initialement pour un stade ultérieur de la procédure. Le calcul de la rente d'invalidité selon le règlement 2007 lui paraissant complexe de surcroît, elle sollicite que soit ordonnée une expertise actuarielle pour en déterminer le montant, dite expertise étant aussi nécessaire pour chiffrer le montant des cotisations dues en vertu de l'art. 32 du règlement 2007. Enfin, elle conclut à ce qu'il soit préalablement ordonné à la défenderesse de produire les décisions de son conseil de fondation relatives à l'adaptation des rentes à l'évolution des prix depuis l'année 2007.

c/aa. L'art. 73 al. 1 LPP ne permet pas au juge de la prévoyance professionnelle de renvoyer la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision à l'institution de prévoyance, une telle mesure étant exclue dans une procédure caractérisée précisément par l'absence de décision (ATF 129 V 450 consid. 4.2).

Compte tenu de la maxime de disposition, il est laissé à l'appréciation de la demanderesse de définir l'objet du litige qu'elle entend soumettre au tribunal compétent en matière de prévoyance professionnelle. Lorsque, comme c'est généralement le cas, la demande en justice se limite à faire valoir un droit à des

prestations obligatoires et/ou surobligatoires quant à leur principe, le tribunal n'a pas la possibilité d'étendre le litige aux points qui n'en font pas partie, à savoir la quantification des prestations en CHF des prétentions qu'il a admises le cas échéant. Selon l'art. 73 al. 2 LPP, il doit établir les faits d'office seulement dans le cadre de l'objet du litige déterminé par la demanderesse. La maxime inquisitoire ne saurait servir à étendre le litige à des points qui ne font pas l'objet de la demande. En revanche, lorsque les prestations déduites en justice sont chiffrées, le tribunal compétent *ratione materiae* doit se prononcer sur le début et le montant des prestations qu'il admet puisque ces éléments font alors partie du litige (ATF 129 V 450 consid. 3.2 et 3.3).

Lorsque le tribunal cantonal saisi a rendu une décision sur la prétention litigieuse réclamée uniquement quant à son principe et qu'il ne s'agit plus que de calculer les prestations dues, on ne voit pas pourquoi – indépendamment du fait que la quantification des prestations ne fait pas partie de l'objet de la contestation – le tribunal saisi devrait procéder à des calculs dont il n'a pas été question au départ. Il appartient plutôt à l'institution de prévoyance – qui, contrairement au juge, dispose de tous les moyens nécessaires y compris informatiques – de déterminer le montant des prestations dues en fonction de l'issue de la procédure judiciaire. Une telle façon de procéder est conforme aux principes de simplicité et de célérité de la procédure prévus à l'art. 73 al. 2 LPP. Il convient également de prendre en compte le fait que les institutions de prévoyance sont chargées de l'exécution de tâches de droit public et qu'elles sont placées sous la surveillance de l'État. Il leur incombe par ailleurs d'appliquer la maxime inquisitoire et de s'en tenir au respect des droits fondamentaux garantis par la Constitution (même arrêt consid. 3.4).

c/bb. Dans le cas concret, la demanderesse n'a pris de conclusions chiffrées contre la défenderesse dans aucune de ses écritures, que ce soit pour la rente stricto sensu ou pour des éléments susceptibles d'influencer le montant de cette dernière : « condamner la caisse [...] à verser sur le compte LPP [de la demanderesse] des montants qui seront précisés dans le cadre d'un prochain échange d'écriture ». La chambre de céans n'ayant pas pour vocation d'assister la demanderesse dans l'articulation de telles conclusions chiffrées, il n'y a pas lieu de donner suite à sa demande d'expertise actuarielle. En effet, la possibilité et l'opportunité d'une telle mesure devraient être examinées tout au plus dans le cadre d'une procédure ultérieure si les parties ne parvenaient pas à s'entendre sur le montant exact de la rente d'invalidité réglementaire admise dans son principe par le présent arrêt (pour une solution similaire : ATF 129 V 450 consid. 4). Pour les mêmes raisons, il est non moins superfétatoire, en tout cas à ce stade, d'ordonner la production d'autres documents que la demanderesse estime nécessaires pour pouvoir chiffrer ses prétentions.

d. La demanderesse précise toutefois qu'il y a lieu de condamner la défenderesse au paiement d'une rente d'invalidité rétroactivement au 1^{er} mai 2010,

cela avec un intérêt à 5% sur chaque prestation mensuelle échue dès la date de son exigibilité.

En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure. À défaut de disposition réglementaire topique, le taux intérêt moratoire est de 5% conformément à l'art. 104 al. 1 CO. En matière de rentes, l'intérêt moratoire n'est dû qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice (art. 105 al. 1 CO par analogie ; ATF 119 V 131 consid 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_35/2011 consid. 6.6).

Selon l'art. 21 ch. 2 let. a du règlement 2007, un intérêt moratoire est dû, en cas de versement de rentes, à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. Le taux d'intérêt correspond au taux minimal LPP.

La demande en justice ayant été déposée le 18 mai 2016, des intérêts moratoires ne peuvent pas être octroyés avant cette date, ni dépasser le pourcentage de 1.25%, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral pour 2016 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. i de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [OPP 2] du 18 avril 1984 – RS 831.441.1). Selon l'art. 12 let. j OPP 2, ce taux a été réduit à 1% pour 2017.

13. a. La demanderesse conclut enfin à ce que la défenderesse soit condamnée à lui verser un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.-, avec un intérêt à 5% dès le 1^{er} mai 2010.

Selon l'art. 43 ch. 1 du règlement 2007, si l'invalidité ou le décès survient plus de cinq ans avant l'ouverture du droit à la retraite ordinaire, le montant du capital est égal à :

- 100% du dernier traitement cotisant en cas d'invalidité ou de décès à la suite d'un accident (let. a) ;
- 200% du dernier traitement cotisant en cas d'invalidité ou de décès à la suite de maladie (let. b).

L'art. 11 ch. 1 du règlement 2007 précise que le traitement cotisant est égal au traitement déterminant.

En cas d'invalidité, le capital est versé à l'assuré. Le paiement du capital intervient le jour où est versée la première rente d'invalidité de la caisse (art. 41 du règlement 2007).

Enfin, l'art. 21 ch. 2 let. b du règlement 2007 précise qu'un intérêt moratoire est dû, en cas de versement d'un capital, à partir de son exigibilité. Le taux d'intérêt correspond au taux minimal LPP.

b. En l'espèce, le dernier traitement de la demanderesse s'élevait à CHF 106'920.- (pce 17 déf.). Son invalidité étant survenue à la suite d'une maladie et plus de cinq ans avant l'ouverture du droit à la retraite ordinaire, elle a droit à un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.- (200% de CHF 106'920.-). Étant

donné que ce capital est dû à la même date que la première rente d'invalidité, soit le 1^{er} mai 2010, la somme de CHF 213'840.- porte intérêts, dès cette date, au taux de 2%, soit le taux d'intérêt minimum LPP défini par le Conseil fédéral pour 2010 (art. 15 al. 2 LPP et art. 12 let. f OPP 2).

14. La demande en paiement est donc partiellement admise, en ce sens que la défenderesse sera condamnée à verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle (obligatoire et surobligatoire) dès le 1^{er} mai 2010, avec intérêts à 1.25% l'an dès le 18 mai 2016 sur les prestations échues à cette date et dès la date de leur exigibilité sur les prestations suivantes relatives à 2016, ce taux étant ramené à 1% l'an dès la date de leur exigibilité sur les prestations relatives à 2017.

La défenderesse sera également condamnée à verser à la demanderesse un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.- avec intérêts à 2% l'an dès le 1^{er} mai 2010.

15. La demanderesse, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la chambre de céans fixera en l'espèce à CHF 4'500.- (art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité relevant de la prévoyance professionnelle obligatoire et surobligatoire dès le 1^{er} mai 2010 plus intérêts à 1.25% l'an dès le 18 mai 2016 sur les prestations échues à cette date et dès la date de leur exigibilité sur les prestations suivantes relatives à 2016, ce taux étant ramené à 1% l'an dès la date de leur exigibilité sur les prestations relatives à 2017.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse un capital-invalidité d'un montant de CHF 213'840.- avec intérêts à 2% l'an dès le 1^{er} mai 2010.
5. Rejette la demande pour le surplus.
6. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de procédure de CHF 4'500.-.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales, ainsi que pour information à la Fondation institution supplétive LPP, Assurance de risque des chômeurs, par le greffe le