

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1732/2008

ATAS/848/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 18 juin 2009**

En la cause

FONDATION DE PREVOYANCE IMPLENIA, sise rue du  
31-Décembre 42, 1207 Genève, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître SCHNEIDER Jacques-André

recourant

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à Chêne-Bougeries

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Diana ZEHNDER, Présidente suppléante; Teresa SOARES et Luis ARIAS,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1965, sans profession particulière, est arrivé en Suisse en 1991. Il a travaillé en tant que serveur dans différents établissements de la place, puis comme chauffeur-bagagiste auprès de X\_\_\_\_\_ dès 1996.
2. A compter du 20 mai 1999, en raison de troubles psychiatriques, l'assuré s'est trouvé en totale incapacité de travail. Son emploi auprès de X\_\_\_\_\_ a pris fin le 31 mars 2000.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité en date du 18 septembre 2001 pour dépression.
4. Le Dr A\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, se prononça en faveur d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et conflit conjugal existant depuis le mois de juillet 1999. La capacité résiduelle de travail était de 50% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il précisait que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Par ailleurs, une réadaptation professionnelle était envisageable.
5. En date du 1<sup>er</sup> juillet 2002, l'assuré a repris une activité professionnelle auprès de Y\_\_\_\_\_ AG, entreprise de nettoyage. Il était, à ce titre, affilié auprès de la Fondation de prévoyance IMPLENIA anciennement ZSCHOKKE (ci-après : la Fondation de prévoyance).
6. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a ordonné un examen psychiatrique auprès du SMR Léman. Le rapport d'examen rendu le 5 décembre 2002 retenait au titre de diagnostic un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en rémission complète depuis le mois de juillet 2002. Une incapacité de travail totale du mois de juillet 1999 au 11 février 2002, puis de 50% jusqu'au mois de juillet 2002, lui a été reconnue.
7. Par décision du 27 février 2003, l'OCAI a refusé d'ordonner des mesures professionnelles.
8. Par décision du 9 juillet 2003, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du mois de juillet 2000 au 30 avril 2002, puis une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 octobre 2002. Le versement de la rente était différé au 1<sup>er</sup> septembre 2000 en raison du dépôt tardif de la demande de prestations.

9. Dès le 29 avril 2003, l'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent.
10. Il a reçu son congé pour le 31 juillet 2003.
11. En date du 30 juin 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OCAI, en invoquant un état dépressif récurrent existant depuis plusieurs années.
12. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, le Dr A\_\_\_\_\_ indiquait dans un rapport du 14 septembre 2004 que l'assuré souffrait d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique s'inscrivant dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent existant depuis 1999. Deux mois plus tard, soit le 11 novembre 2004, il indiquait que l'assuré souffrait actuellement d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, depuis un an environ.
13. Répondant à une demande de renseignements de la Fondation de prévoyance, l'OCAI lui a communiqué par pli du 11 mai 2005, les décisions de rente concernant la période allant du 1<sup>er</sup> septembre 2000 au 31 octobre 2002.
14. Par courrier du 6 juillet 2005, la Fondation de prévoyance indiquait à l'OCAI qu'elle n'était pas concernée par lesdites décisions, précisant que l'assuré n'était pas affilié en 1999, date de la survenance de la capacité de travail.
15. Par avis médical du 14 février 2006, le SMR Suisse romande a ordonné un nouvel examen psychiatrique au SMR aux fins de déterminer si l'état de santé actuel était différent de celui évalué en 2002-2003, le cas échéant de déterminer le degré de capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré.
16. Selon le rapport d'examen psychiatrique du 25 juillet 2007, le SMR Suisse romande a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, ainsi qu'un trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline décompensé, entraînant une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le mois d'octobre 2004. Il précisait qu'il s'était fondé sur l'appréciation du psychiatre traitant qui se prononçait en faveur de l'aggravation de l'état de santé depuis le mois d'octobre 2004.
17. Le 30 janvier 2008, l'OCAI a prononcé une décision de refus de mesures professionnelles.
18. Par décisions du 9 avril 2008, notifiées notamment à la Fondation de prévoyance, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, dès le mois d'avril 2003.
19. En date du 15 mai 2008, la Fondation de prévoyance recourt contre lesdites décisions. Elle conclut principalement à l'annulation des décisions de l'OCAI du

---

9 avril 2008 en tant qu'elles lui ont été notifiées alors qu'elle n'était pas compétente, subsidiairement à l'annulation des décisions de l'OCAI, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OCAI pour instruction médicale complémentaire et examen du droit à des mesures de réadaptation. Elle conteste que le versement d'une rente lui incombe. Elle rappelle à cette fin que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances relative à l'art. 23 LPP, l'institution de prévoyance doit verser une rente d'invalidité si trois conditions sont réalisées, à savoir la clause d'assurance, le lien de connexité matérielle et, enfin, le lien de connexité temporelle. Elle relève en substance que la dépression à l'origine de l'invalidité chez l'assuré existait déjà avant son affiliation intervenue le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Elle se réfère à cet égard à l'avis médical du Dr A\_\_\_\_\_, dernier médecin-traitant de l'assuré, qui avait indiqué à plusieurs reprises que son patient souffrait de troubles dépressifs récurrents depuis 1999. Elle souligne que la tentative de reprise de l'activité professionnelle durant neuf mois, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2002 et le 29 avril 2003 ne suffisait pas à établir un nouveau lien de connexité avec sa propre fondation. Elle se prévaut par ailleurs du fait que l'OCAI a considéré la nouvelle incapacité comme une rechute que du reste il n'a pas soumis l'octroi de la rente à un nouveau délai d'attente. Ainsi, considérant que l'atteinte à la santé à l'origine de la décision de l'OCAI a débuté avant le début des rapports de prévoyance avec sa propre fondation, elle conclut à son incompétence. Elle fait par ailleurs observer que les décisions de l'OCAI sont contestables du point de vue de l'instruction médicale et du principe de la primauté de la réadaptation sur la rente. Elle critique à cet appui l'expertise du SMR suisse romande sur laquelle s'est fondé l'OCAI pour octroyer la rente AI à l'assuré relevant qu'elle ne comporte aucune explication concernant l'incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité. Elle précise que le rapport médical n'a pas examiné si des activités professionnelles étaient concrètement encore exigibles. Elle estime en conséquence que l'administration n'a pas examiné quelles possibilités de réadaptation concrètes existaient pour l'assuré, alors même qu'au mois de mars 2004, le médecin-traitant estimait qu'une demande de reclassement professionnel était le seul moyen d'augmenter la capacité de gain de l'assuré. Estimant que des mesures de réadaptation professionnelle sont encore envisageables, elle fait grief à l'OCAI d'avoir violé l'art. 69 al. 2 RAI et, partant, le principe de primauté de la réadaptation sur la rente. Elle conclut dès lors à la mise en œuvre d'une instruction médicale complémentaire, conclusion d'autant plus justifiée que, selon l'expertise du SMR suisse romande, le début de l'incapacité de travail a été fixée au mois d'octobre 2004, alors même que le début du droit à la rente d'invalidité a été fixé au 1<sup>er</sup> avril 2003.

20. Dans sa réponse du 7 juillet 2008, l'OCAI propose le rejet du recours. Il rappelle que dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations, l'assuré a fait l'objet d'un examen psychiatrique en date du 5 décembre 2002 ayant conclu à la rémission complète de l'état dépressif moyen. Sur le vu du résultat de l'expertise, il a été reconnu à l'assuré une capacité de travail de 50% dès le mois de février

---

2002, puis de 100% à compter du mois de juillet 2002. Il rappelle par ailleurs que du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 29 avril 2003, l'assuré a travaillé sans interruption auprès de Y\_\_\_\_\_ AG, alors qu'il était affilié à la Fondation de prévoyance. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI, déposée le 30 juin 2004, l'assuré s'est vu accorder une rente à compter du mois d'avril 2003. Il reprend en outre la jurisprudence fédérale relative à l'art. 23 LPP, qui a pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé, entre au service d'un nouvel employeur et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance invalidité. Il rappelle les conditions pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations. Il précise en particulier que l'ancienne institution de prévoyance ne saurait répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Il admet certes, en l'espèce, que l'assuré est atteint de la même maladie. Il précise toutefois, en se référant à l'examen psychiatrique du 17 décembre 2002, que l'état dépressif de l'assuré avait été considéré comme étant en rémission complète et que l'assuré avait retrouvé progressivement une capacité de travail de 100%. Il en déduit qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une réapparition de la maladie. Il rappelle que plus que l'assuré a retrouvé un travail à plein temps, qu'il a exercé pendant environ une année, sans incapacité de travail jusqu'au 29 avril 2003. Considérant ce qui précède, il soutient que la connexité temporelle a été interrompue de sorte que la Fondation de prévoyance devait s'attendre à se voir notifier la décision du 9 avril 2008. S'agissant enfin de la question d'une éventuelle réadaptation, référence étant faite à l'expertise psychiatrique du 25 juillet 2007, il confirme que l'assuré est en incapacité totale de travail. Il fait observer en dernier lieu qu'une décision de refus de mesures professionnelles a été rendue le 30 janvier 2008, devenue définitive et exécutoire faute de recours.

21. Par ordonnance du Tribunal de céans du 10 juillet 2008, statuant préparatoirement, l'assuré a été appelé en cause et un délai au 20 août 2008 lui a été imparti pour d'éventuelles remarques. Dans le même délai, il a été donné la possibilité à la Fondation de prévoyance de faire valoir ses observations sur la réponse de l'OCAI du 7 juillet 2008.
22. L'appelé en cause n'a fait valoir aucune observation.
23. Dans sa réplique, déposée dans le délai prolongé au 10 septembre 2008, la Fondation de prévoyance a persisté dans ses conclusions. Elle a maintenu que l'assuré a été mis en incapacité de travail en raison d'un état dépressif moyen à sévère à partir du 20 mai 1999, que depuis la fin des rapports de travail au 31 mars 2000 il n'a repris une activité lucrative qu'en date du 1<sup>er</sup> juillet 2002, qu'il a été reconnu invalide par l'OCAI à raison de 100% du 1<sup>er</sup> juillet 2000, puis à 50% du 1<sup>er</sup> mai au 30 octobre 2002. Que partant, lorsqu'il a repris son activité lucrative auprès de Y\_\_\_\_\_ AG, il était reconnu invalide à 50% par l'AI pour la même

affection que celle retenue le 9 avril 2008. Qu'au surplus, au moment de son engagement auprès de Y\_\_\_\_\_ AG, il était dans une situation personnelle et sociale difficile ce qui l'avait motivé à retrouver un travail. Que de surcroît, son activité auprès de Y\_\_\_\_\_ AG a été interrompue par des périodes d'incapacité de travail de sorte que sa tentative de réinsertion professionnelle n'avait duré que quatre mois et trois semaines, période pendant laquelle il continuait à être soigné par le Dr A\_\_\_\_\_. Que dans ces circonstances, l'on ne pouvait retenir une rémission complète de l'état dépressif, comme l'avait considéré le médecin de l'AI, la Dresse B\_\_\_\_\_, dont la valeur probante de l'expertise devait être niée. Elle maintient donc qu'au vu des différents rapports médicaux, on ne pouvait considérer que la tentative de réinsertion professionnelle avait abouti. De ce fait, le lien de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail survenue avant l'affiliation auprès de sa propre Fondation de prévoyance, le 1<sup>er</sup> juillet 2002, et l'invalidité qu'elle a entraînée à partir du 29 avril 2003, n'avait pas été interrompu. Dès lors, elle ne pouvait répondre des conséquences de l'invalidité. Elle rappelait enfin qu'elle ne pouvait être liée par le refus des mesures professionnelles prononcé par l'OCAI, dans la mesure où la décision du 30 janvier 2008 ne lui avait pas été notifiée. Elle rappelait que les mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et qu'à défaut d'avoir examiné concrètement les possibilités de réadaptation de l'assuré, l'OCAI avait violé les exigences posées par la jurisprudence en la matière.

24. Dans sa réplique du 14 octobre 2008, l'OCAI a soutenu derechef que la connexité temporelle avait été interrompue par la prise d'emploi auprès de Y\_\_\_\_\_ AG, où l'assuré avait travaillé pendant près d'une année. S'agissant d'une éventuelle réadaptation, elle précisait que la décision de l'OCAI s'était fondée sur l'examen psychiatrique du 25 juillet 2007 concluant à une incapacité de travail totale. Elle a en dernier lieu indiqué que le rapport d'examen du 25 juillet 2007 revêtait entière valeur probante pour être détaillé et dûment motivé.
25. Par courrier du 22 octobre 2008, la Fondation de prévoyance informait le Tribunal de céans du changement de sa raison sociale devenue « Fondation de prévoyance IMPLENIA A » depuis le début de l'année 2008.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institution de prévoyance, employeur et ayant-droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations ;

art. 52, 56a al. 1 et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 - LPP ; art. 142 du Code civil.)

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. En sa qualité d'institution de prévoyance susceptible de prester en faveur de l'assuré, la recourante, étant touchée par la décision qui lui a au demeurant été notifiée par l'OCAI, a qualité pour recourir puisqu'elle a un intérêt digne de protection à ce que la décision soit annulée ou modifiée. Le recours est ainsi recevable à la forme en vertu des art. 49 al. 4, 59, 66 al. 2 et 70 LPGA, ainsi que 76 al. 1 let. i RAI.
3. Une des questions litigieuses est de déterminer si la recourante est tenue de prester en faveur de l'assuré. En d'autres termes, l'essentiel du litige repose sur la question de savoir si le lien de causalité entre l'incapacité durable de travail survenue en 2003 et l'invalidité fondant le droit à la rente a été rompu ou non.
4. On rappellera qu'en application de l'art. 23 LPP, ont droit aux prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au sens de l'assurance invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 24 al. 1 LPP, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins, et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins.
5. Aux termes de la jurisprudence fédérale, le concept d'invalidité dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire est en principe le même que dans l'assurance invalidité (ATF 115 V p. 215 ; ATF 118 V p. 40).
6. En matière de prévoyance professionnelle obligatoire des salariés, la loi sur la prévoyance professionnelle pose uniquement des exigences minimales, de sorte que les institutions de prévoyance peuvent élargir la notion légale et jurisprudentielle de l'invalidité ou reconnaître le droit à une rente d'invalidité lorsque celle-ci est d'un degré inférieur à ceux retenus par la LAI.
7. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'AI, 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 115 V p. 215 ; ATF 118 V p. 35 ; ATF 126 V 311 consid. 1 in fine). 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 cons. 2a et les références citées).

8. Pour que la caisse soit tenue à des prestations, il doit y avoir une incapacité durable de travail survenue alors que le demandeur était assuré. 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 née. 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. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 263 consid. 1a et b, et les références citées).

Par ailleurs, la jurisprudence prévoit qu'il doit exister, entre cette incapacité de travail et l'invalidité, une relation d'étroite connexité, temporelle et matérielle (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa). Il faut rappeler ici que l'invalidité consiste en une incapacité de gain totale ou partielle, c'est-à-dire une diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain d'un assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 et 8 LPGA).

Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant l'affiliation à l'institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période, qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'institution ne saurait, en effet, répondre de lointaines rechutes plusieurs années après que l'assuré a récupéré sa capacité de travail (ATF 123 V 264 consid. 1c ; 125 V 117 consid. 2c/aa).

La condition d'une connexité a été prévue par la jurisprudence aux fins de délimiter les responsabilités respectives de deux (ou plusieurs) institutions de prévoyance auxquelles un assuré a été successivement affilié (ATF B47/04).

Pour déterminer si la condition d'assurance est remplie, il faut tenir compte de tous les éléments figurant au dossier et des circonstances concrètes du cas d'espèce, les éléments pouvant se regrouper (ATF du 21 avril 2005 B 127/04).

Les jurisprudences susmentionnées se réfèrent à des cas bien différents les uns des autres. C'est ainsi que le TFA a retenu que la connexité temporelle avait été rompue dans le cas d'un assuré souffrant de hernies, qui avait recouvré une totale capacité de travail durant six mois (ATFA B 77/05). En revanche, dans l'arrêt précité B 127/04, le TFA a considéré qu'une capacité de travail recouvrée pour une période

d'environ huit mois n'avait pas interrompu la connexité temporelle, car les douleurs somatiques diagnostiquées dans un premier temps se sont avérées constitutives de troubles de somatisation, qui sont des troubles chroniques mais fluctuants ; le TFA a retenu que la maladie n'avait pas connu de période significative de rémission.

9. En l'espèce, la connexité matérielle ne fait aucun doute, et n'est par ailleurs pas contestée. L'assuré souffre, en effet, d'un état dépressif récurrent ayant été diagnostiqué pour la première fois en 1999, survenu dans un contexte de conflit conjugal et de l'état de guerre en Serbie. Son état s'est considérablement détérioré et a motivé, en date du 18 septembre 2001, une première demande de prestations AI. Selon son médecin-traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait d'un état dépressif réactionnel depuis le 20 mai 1999. Au mois de février 2002, le Dr A\_\_\_\_\_ estimait qu'une activité demeurerait exigible à 50% et qu'une réadaptation professionnelle était indiquée. L'expertise psychiatrique rendue le 5 décembre 2002 par la Dresse C\_\_\_\_\_ et la Dresse B\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail de 100% pour la période limitée du mois de juillet 1999 au mois de février 2002, puis à 50% du 12 février 2002 au mois de juillet 2002, et de 0% dès le mois de juillet 2002.

L'assuré a repris une activité professionnelle à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2002. Durant cette période, il a déclaré, lors de son audition à la MOBILIERE ASSURANCE, avoir poursuivi son traitement auprès du Dr. A\_\_\_\_\_ et continué à ressentir des troubles de la lignée dépressive. Il a en particulier déclaré que ses employeurs « ont vu que je n'étais pas bien, je cachais mes problèmes, mais je ne pouvais pas m'empêcher de pleurer. J'ai continué ma thérapie chez le Dr A\_\_\_\_\_ durant cette période. J'essayais de travailler beaucoup. Quand ils ont vu chez Y\_\_\_\_\_ que je n'allais pas bien, ils m'ont licencié en juin-juillet 2003 ». La capacité de travail est à nouveau totale depuis le 29 avril 2003. Après avoir été licencié pour le 31 octobre 2003, l'assuré ne reprend plus d'activité professionnelle. On peut retenir, par conséquent, que l'activité déployée chez Y\_\_\_\_\_ AG a duré près de huit mois, soit du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 29 avril 2003, après déduction d'une absence de cinq semaines, du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 6 février 2003 en raison d'une allergie contractée par l'assuré. La capacité de travail dont il a pu faire preuve ne correspond en conséquence qu'à une période de rémission de la maladie. On peut relever, également, que l'assuré a toujours manifesté son souhait de travailler. Cela étant, il n'a pas tenté, depuis le 24 avril 2003, une reprise de travail.

Le Tribunal retiendra que depuis le 20 mai 1999, date du début de l'incapacité de travail de l'assuré, celui-ci n'a repris qu'au mois de juillet 2002 une activité professionnelle, et ce pendant une période limitée de à peine huit mois, avant de subir une aggravation de son état de santé. Par conséquent, l'on ne peut retenir que la maladie aurait eu une période significative de rémission. Partant, le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail ayant débuté le 20 mai 1999 n'a pas été rompue, de sorte que la recourante n'est pas tenue à prestations. L'on ne

saurait en effet admettre que l'amélioration est réputée durable dès qu'elle a duré trois mois sans interruption notable, comme le prévoit l'art. 88a al. 1 RAI. Le délai de trois mois au-delà duquel la rente de l'assurance invalidité doit, en principe, être réduite ou supprimée, ne peut être appliqué schématiquement quand il s'agit de décider de l'assujettissement d'une personne à la LPP. Pour trancher cette question, on tiendra compte, bien plutôt, des circonstances du cas particulier, notamment de la nature de l'affection, du pronostic du médecin et des motifs qui ont conduit à l'engagement de l'intéressé. Aussi ne saurait-on conclure au rétablissement de la capacité de gain d'une personne invalide lorsqu'une tentative de réinsertion professionnelle, d'une durée même supérieure à trois mois, est essentiellement motivée par des considérations d'ordre social et qu'il paraît improbable qu'elle aboutisse à une véritable réadaptation (ATF 118 V 166 consid. 4e et les références).

Dès lors qu'il y a lieu de considérer la nouvelle incapacité de travail comme une rechute, il ne s'agit pas de déterminer quelle institution de prévoyance était en l'espèce compétente, mais bien de décider si l'aggravation de l'incapacité de gain peut donner lieu à des prétentions d'invalidité selon la LPP, alors que l'assuré n'était pas affilié lors de la survenance de l'invalidité initiale auprès de la recourante.

10. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance invalidité, le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATFA 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités).

c) Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer, à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

d) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1<sup>ère</sup> phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée

jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelle activité l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 76 2/02).

En d'autres termes, le principe de la réadaptation professionnelle est prioritaire par rapport à l'octroi d'une rente.

11. En l'espèce, la recourante fait grief à l'OCAI, en substance, d'avoir violé le principe sus-indiqué. En se basant sur le seul rapport d'expertise du Dr GAUTRAY du 25 juillet 2005, l'OCAI a prononcé le refus de mesures professionnelles.

Avant même d'aborder la question de la force probante de l'expertise du SMR suisse romande, il convient de déterminer si la recourante est liée par la décision de refus de mesures professionnelles rendue le 30 janvier 2008, étant précisé que cette dernière est définitive et exécutoire.

Par application de l'art. 49 al. 4 LPG, l'institution de prévoyance est liée aux décisions des organes de l'AI et, partant, touchée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance invalidité fédérale. En revanche, lorsqu'un office AI omet d'intégrer, dans la procédure de l'assurance invalidité, une institution de prévoyance dont il y a lieu de présumer l'obligation de prester, celle-ci n'est pas liée par la fixation du degré d'invalidité, selon le droit de l'assurance invalidité, si bien qu'il n'y a pas de motif de lui ouvrir une voie de droit dans les cas où elle prend connaissance de la décision d'octroi de rente ultérieurement (ATF 132 V 1 ss.). En l'occurrence, la décision de refus de mesures professionnelles dont il s'agit n'a pas été notifiée à la recourante, de sorte qu'elle ne saurait être liée par le degré d'invalidité retenu par l'OCAI. Ceci étant, dans la mesure où la recourante n'est pas tenue de prester, la question de la violation par l'OCAI du principe de la priorité de la réadaptation peut demeurer ouverte.

12. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction. En l'espèce, les dépens seront fixés à 1'000 fr,

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule les décisions de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 9 avril 2008 en tant qu'elles ont été notifiées à la Fondation de prévoyance IMPLenia, anciennement ZSCHOKKE.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. 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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente suppléante

Florence SCHMUTZ

Diana ZEHNDER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le