

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/238/2006

ATAS/890/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 13 octobre 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée , GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
MAUGUE Eric

demanderesse

contre

CAISSE DE PREVOYANCE DU PERSONNEL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE GENEVE, sise rue des
Noirettes 14, CAROUGE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître SCHNEIDER Jacques-André

défenderesse

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et
Juliana BALDE, Juges**

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après : l'assurée), née le 1957, originaire de Tunisie, arrivée en Suisse en 1981, mariée en 1987 et mère de deux enfants E_____ et Y_____ nés en 1987 et 1993, a été engagée le 1^{er} juin 1986 comme aide-hospitalière auprès de la clinique X_____ (ci-après : l'employeur).
2. A ce titre, elle est assurée en prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de prévoyance du personnel des établissements hospitaliers de Genève (ci-après : la CEH).
3. Le 11 juin 2001, le Dr A_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales en charge de l'assurée depuis le 29 mai 2000, a informé le Dr B_____, médecin-traitant de l'assurée depuis le 23 mars 2001, que celle-ci présentait des polyarthralgies avec rachialgies, un syndrome trophostatique, une symptomatologie compatible avec un impingement du sus-épineux de l'épaule gauche et un syndrome algo-dysfonctionnel cervico-dorso-lombaire étagé. Il avait exclu un rhumatisme inflammatoire et un problème de thyroïde.
4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 29 mars au 27 août 2001.
5. Le 12 octobre 2001, le Dr C_____, gastroentérologue, a écrit au Dr B_____ que sa patiente présentait une constipation chronique avec, lors de poussées, des violentes douleurs épigastriques irradiant dans l'hypochondre droit, nausées, céphalées et vomissements, ainsi qu'une hernie hiatale et gastrite modérée.
6. L'assurée a été en incapacité de travail du 29 avril au 5 mai 2002, puis dès le 6 mai 2002, elle a été durablement en incapacité de travail de 40 %.
7. Le 3 décembre 2002, le Dr D_____ de l'Unité de proctalgie des ("établissement hospitalier") a relevé que la physiothérapie n'avait amené aucune amélioration. Il y avait toujours une non relaxation du pubo-rectal.
8. Un examen densitométrique osseux du 2 juin 2003 conclut à une ostéopénie diffuse, sévère au niveau du rachis lombaire.
9. Le 25 juin 2003, le Dr A_____ a attesté que la patiente présentait des douleurs articulaires erratiques faisant évoquer un tableau clinique de fibromyalgie, avec état dépressif sous-jacent.
10. Le 15 juillet 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes.
11. Selon le questionnaire AI rempli par l'employeur le 24 juillet 2003, l'assurée travaille depuis le 1^{er} janvier 2003 à raison de 4,8 heures par jour, 5 jours par

semaine en raison d'une incapacité de travail pour maladie à 40 %, pour un salaire de Fr. 64'290.-.

L'assurée avait été absente à 100 % en 2001 du 6 janvier au 12 janvier, du 29 mars au 30 mars, du 2 avril au 29 juillet à, du 26 septembre au 27 septembre, en 2002 du 18 avril au 19 avril, du 29 avril au 5 mai et du 6 mai au 31 décembre.

12. Le 29 septembre 2003, la Dresse B_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, ayant suivi l'assurée du 9 mai au 25 juin 2003 a rendu un rapport médical AI selon lequel les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : dysthymie depuis 1999, fibromyalgie depuis 1993 et ménopause précoce depuis 1992. La patiente était incapable de travailler à 50 % depuis deux ans. Le pronostic était très réservé compte tenu de l'ancienneté du symptôme réfractaire à tout traitement. Le trouble psychique était réactionnel à la fibromyalgie et au conflit de couple qui en découlait.
13. Le 15 octobre 2003, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI selon lequel l'assurée souffrait, avec incidence sur la capacité de travail, de cervico-dorsalgies récidivantes depuis 1995, d'un tableau clinique de fibromyalgie depuis 2000 et d'un état dépressif également depuis 2000. Elle était pour sa part incapable de travailler du 1^{er} au 22 août 2003 et renvoyait aux certificats du Dr Dieter B_____. Le handicap rhumatismal secondaire aux douleurs entraînait une diminution de rendement de 60 %.
14. Le Dr B_____ a attesté dans un rapport médical AI du 20 novembre 2003 que sa patiente souffrait, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie depuis 2000, de constipation dysesthésique, rectocèle depuis 1970, d'un état dépressif depuis 1994 et d'une ostéoporose depuis 2003.

Il relève que sa patiente accuse de migraines et d'une constipation chronique qui peut durer plus de 10 jours jusqu'à ce qu'elle prenne un laxatif et un lavement. Ces plaintes ont commencé dans l'adolescence. En 1994, la constipation chronique accompagnée de douleurs abdominales, nausées et vomissements et migraines lui provoque une forte dépression. Elle souffre à la même période des douleurs musculaires. A plusieurs reprises la patiente a dû arrêter de travailler plusieurs mois pour des douleurs abdominales, constipation chronique, migraine, douleurs articulaires et musculaires. Ces maladies somatiques étaient souvent suivies de longues périodes de dépression.

Elle se plaint quotidiennement de la constipation chronique, nausées fréquemment accompagnées de vomissements et migraines, d'insomnie et de difficultés à se lever le matin à cause de sa dépression. Elle prend régulièrement des antalgiques et des anti-inflammatoires contre les douleurs articulaires et musculaires, des antidépresseurs ainsi que des laxatifs et effectue des lavements.

Il constate une tuméfaction du visage, abdomen ballonné, douleurs épigastriques et diffus à tout l'abdomen. Arthralgies aux épaules et bras bilatéraux. Douleurs aux hanches et jambes au repos et au mouvement. Lombosciatalgie avec invadiatiéris aux deux jambes.

L'incapacité de travail était de 100 % du 29 mars au 27 août 2001 et du 29 avril au 5 mai 2002 puis de 60 % du 6 mai 2002 au 1^{er} août 2002 et à nouveau de 60 % dès le 16 septembre 2002. Vu l'anamnèse et la progression des différents symptômes des maladies, une invalidité à 100 % ainsi qu'une aide à domicile pour faire le ménage lui semblait la conséquence d'ici quelques mois.

L'activité exercée était exigible à 60 % car l'employeur avait adapté le travail mais la patiente n'arrivera plus qu'à travailler à 33,3 % en raison de la progression des maladies.

15. Le 12 janvier 2004, l'assurée a requis des prestations provisoires d'invalidité de la CEH dans l'attente de la décision AI fédérale.
16. Le 9 janvier 2004, le Dr B_____ a jugé la demande de prestations provisoires comme justifiée pour une demi-rente, le 9 février 2004, le Dr C_____, médecin-conseil de l'employeur, a jugé la demande justifiée pour une rente complète et le 28 mai 2004, le médecin-conseil de la CEH, le Dr D_____ a estimé la demande de prestations CEH comme recevable.
17. Le 13 février 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a émis un mandat au Service médical régional AI - SMR Suisse Romande (ci-après le : SMR) en observant que l'assurée présente un incapacité de travail de 40 % depuis le 6 mai 2002.
18. Le 6 avril 2004, l'employeur a établi un changement de contrat en ce sens que l'assurée était engagée dès le 1^{er} mai 2004 avec un taux d'activité de 60 %, comme veilleuse de nuit, pour un salaire mensuel brut de 3'214 fr. 50.
19. Le 17 avril 2004, le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-maladie a pris fin.
20. Par courrier du 9 juin 2004, la CEH a informé l'assurée qu'elle lui versait dès le 18 avril 2004, à titre provisoire, une pension mensuelle d'invalidité de 40 %, au montant de 787 fr. 95, dans l'attente de la décision de l'OCAI.
21. Le 25 janvier 2005, le SMR Léman a noté que l'appréciation du Dr B_____ contraste avec celle des spécialistes qui diagnostiquent essentiellement une fibromyalgie et une dysthymie. Au sens de la jurisprudence, ces atteintes ne constituent pas des arguments pour établir une diminution de la capacité de travail.

22. Par décision du 15 février 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assurée en considérant que les atteintes à la santé de celle-ci ne diminuaient pas sa capacité de travail.
23. Par courrier du 18 février 2005, la CEH a informé l'assurée que, suite à la décision précitée de l'OCAI, la pension provisoire serait bloquée dès le 1^{er} mars 2005.
24. Le 28 février 2005, l'assurée a fait opposition à la décision de l'OCAI du 15 février 2005. Elle fait valoir qu'elle souffre de douleurs multiples et diffuses dans tout le corps depuis des années, avec épuisement, insomnie, problème de concentration, de mémoire, angoisses. L'arrangement avec son employeur, soit un travail à 60 % de nuit, lui permettait de garder une capacité de travail car cette activité sollicitait moins son aptitude physique. Depuis des années, elle n'assumait pratiquement aucune tâche ménagère. Elle passait la majorité de son temps au lit. Son époux avait dû réduire son temps de travail à 80 % et accepter un horaire de nuit pour être disponible pour la famille.
25. Suite à une demande de l'OCAI, un avis médical du SMR Léman du 14 mars 2005 relève qu'il est nécessaire d'effectuer un examen psychiatrique de l'assurée au SMR.
26. Le 30 mars 2005, l'assurée, représentée par Me Eric MAUGUE, a requis de la CEH la reprise des versements dès lors que les statuts de la CEH prévoyaient une invalidité de fonction différente de celle de l'assurance invalidité fédérale.
27. Le 7 avril 2005, la CEH a répondu que dans des cas particuliers, un assuré pouvait être reconnu invalide par décision du comité de la caisse, nonobstant un refus de l'AI. Pour ce faire, une demande devait être adressée selon l'art. 11 du règlement général de la CEH (ci-après : le règlement).
28. Le 12 juillet 2005, l'assurée a adressé à la CEH une demande de prestation d'invalidité selon l'art. 27 al. 1 des statuts de la CEH du 17 novembre 2000 (ci-après : les statuts) à raison d'une incapacité de 40 % à remplir sa fonction ou tout autre fonction pouvant être raisonnablement exigée d'elle et désigné la Dresse B _____ pour faire partie de la commission médicale ad'hoc.

Elle invitait la CEH à instruire la demande nonobstant la procédure AI en cours et contestait la légalité de l'art. 27 al. 3 des statuts dans la mesure où il conférait un droit discrétionnaire au comité en matière d'invalidité de fonction, celui-ci ne disposant d'aucune marge d'appréciation.
29. Le 2 septembre 2005, la CEH a requis de son médecin-conseil, le Dr E _____, qu'il convoque la commission ad hoc à la suite de la demande de rente d'invalidité de l'assurée.

30. Le 13 septembre 2005, l'assurée a demandé à la CEH une réponse, laquelle a répondu le 15 septembre 2005 qu'une commission médicale devait être convoquée par le Dr E_____.
31. Le 3 octobre 2005, le Dr B_____ a adressé sa patiente au Dr F_____, médecin chef du service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève ("établissement hospitalier"), en relevant qu'elle souffrait depuis 2000 de douleurs polyarthralgiques ainsi que de douleurs épigastriques et de céphalées. En même temps, elle accusait des lombosciatalgies et d'une raideur matinale qui pouvait se prolonger toute la journée. En plus, la patiente souffrait de problèmes d'évacuation des selles, constipation à l'extrême jusqu'à 10 jours. Ayant tous ces problèmes somatiques, elle avait fait une dépression grave avec des idées suicidaires en 2001. La patiente voulait absolument continuer à travailler car elle avait peur, sinon, de retomber dans une dépression grave sans travail.
32. Le SMR a rendu le 31 octobre 2005 un rapport d'examen psychiatrique, signé par le Dr J_____.

Le travail de l'assurée à 60 % correspond à deux nuits par semaine de 19h45 à 7h15. Elle se lève avec difficulté entre 10h00 et 11h00 du matin, en fonction des possibilités de se mobiliser. Parfois, elle ne peut pas se lever. Ensuite, elle prend une douche afin de soulager les douleurs, environ pendant 1 heure. Puis elle prépare un café au lait et reste assise sur le canapé. Dit s'endormir fréquemment pendant une vingtaine de minutes, la TV allumée. Vers midi, s'installe à table avec sa famille ou sinon va au lit. Si elle se sent mieux, accompagne son fils faire quelques courses ou accompagne son mari. Vers 17 heures est au lit, si son mari est à la maison, reste avec lui au salon. Vers 19 heures, en fonction de sa mobilité, prend le souper avec sa famille. Vers 21 heures, les enfants vont se coucher. Plaintes : douleurs musculaires dans tout le corps ou une partie, maux de tête, brûlures dans le corps, a le moral à zéro, en a "ras le bol", troubles de la concentration.

Il s'agit d'une assurée de 48 ans, mariée et mère de deux enfants, aide-soignante. A cause des problèmes professionnels et de santé, a une activité à 60 %, la nuit, dès le 6 mai 2002.

L'anamnèse psychiatrique met en évidence un syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant depuis 1993, accompagné, dès son début, d'une symptomatologie dépressive réactionnelle. Toutefois, l'assurée a pu faire face à son activité professionnelle, jusqu'au changement au niveau de sa hiérarchie. Dans un contexte d'harcèlement moral, va faire une tentative de suicide avec des médicaments avec une symptomatologie dépressive réactionnelle, qui a évolué favorablement après trois semaines d'hospitalisation en milieu somatique (clinique de Montana). L'apparition d'un conflit conjugal sévère, l'assurée a été victime de violence physique, a pu être surmonté avec le soutien d'une structure adéquate

(Foyer Pertuis). Actuellement, le couple vit à nouveau ensemble. Ainsi, dans l'anamnèse, deux épisodes dépressifs réactionnels sont constatés. Ceci ne constitue pas une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. Le rapport médical du Dr B_____ du 18 octobre 2005, au status psychiatrique décrit l'assurée comme étant euthymique et, parfois sub-dépressive mais vit révoltée en réaction à un sentiment d'impuissance.

L'examen psychiatrique du 31 octobre 2005 permet de constater un sentiment de détresse, une perte de confiance en soi, des ruminations existentielles et une perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne. Cependant, l'assurée est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et de son activité professionnelle. Cette symptomatologie correspond au diagnostic d'une dysthymie au vu de la persistance des symptômes pendant plusieurs mois consécutifs. Ceci ne constitue pas une atteinte à la santé suffisamment sévère pour avoir comme conséquence une incapacité de travail partielle ou totale.

"En tenant compte de la présence d'un syndrome somatoforme douloureux, et de la jurisprudence le concernant (critères de Mosimann), une divergence entre les douleurs décrits et le comportement observé, accompagnées des plaintes démonstratives qui ne mobilise pas l'empathie de l'expert est constaté. Malgré l'allégation des lourdes handicaps, l'intégrité de l'environnement psychosocial est intact, comme le confirme le regroupement familial; pour ceci, l'assurée a pu trouver les ressources psychiques nécessaires".

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 et dysthymie F 34.1.

33. Le 31 octobre 2005, l'assurée a transmis à la CEH les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du Dr F_____ du 4 octobre 2005 relevant qu'il s'agissait sans doute possible d'une fibromyalgie associée à un état dépressif. La patiente avait un soutien psychiatrique et prenait un traitement antidépresseur. Elle était favorable à débiter un programme d'exercices à "établissement hospitalier". Le 12 octobre 2005, le médecin précise que la patiente a d'importantes difficultés dans son travail étant donné les douleurs et que, compte tenu de son affection rhumatismale, elle présente une capacité de travail dans son métier de 50 %.
- Un rapport médical du 18 octobre 2005 de la Dresse B_____ selon lequel le trouble somatoforme douloureux se présente sans rémission depuis l'an 2000 sous la forme d'une importante asthénie ayant une comorbidité avec des myalgies diffuses et des brûlures cutanées améliorées par des douches répétées et par l'immobilité absolue dans la pénombre, aggravées par le moindre effort, la constipation et par le conflit interpersonnel. Anamnestiquement elle ne peut effectuer la moindre tâche domestique ou sociale et est confinée au lit à

domicile; elle et ne se mobilise que pour effectuer son travail de veilleuse ou pour visiter les médecins. A ceci s'ajoute des douleurs abdominales diffuses et des crampes compliquées par des nausées et vomissements, un pyrrhosis, une constipation opiniâtre, un rectocèle et un abus ancien de laxatifs. Cette symptomatologie digestive est vécue sur un mode très persécutoire et hypothèque sévèrement toute tentative de traitement médicamenteux per os dont les effets secondaires ont systématiquement un effet nocébo, comme par ailleurs toute intervention thérapeutique. C'est ainsi que toute tentative d'élever le seuil de tolérance à la douleur en administrant des antidépresseurs s'est soldée par un échec. Au status psychiatrique elle est en général plutôt euthymique et parfois légèrement subdépressive mais vite révoltée en réaction à son sentiment d'impuissance vis-à-vis de ses handicaps et les conflits qui monopolisent tout son vécu et son espace psychique. Il n'y a pas de troubles de la lignée psychotique et son discours est de type projectif et clivé lorsqu'il n'est pas alexithymique. La doctoresse confirme le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, de mauvais pronostic ayant résisté à tout traitement et pense que l'incapacité fonctionnelle se situe à environ 85 % dans son quotidien et qu'elle pourrait bénéficier des services d'une aide familiale. Traitement actuel; psychothérapie de soutien environ 1x/3 sem.

34. Le 7 novembre 2005, le Dr D_____ a écrit à la CEH qu'après étude approfondie des documents et en adéquation avec la procédure prévue dans le règlement de la CEH (art. 11 al. 5), il est en mesure d'établir (à nouveau) un préavis favorable quant à l'octroi d'une rente à 50 % de la part de la CEH, et ce dès le 18 avril 2004. Par ailleurs, il n'était même pas improbable que ce pourcentage ne doive être augmenté d'ici quelques mois.
35. Le 17 novembre 2005, l'employeur a écrit à la CEH que "conformément à l'art. 11 al. 6 du règlement général de la CEH, nous vous informons que, à notre avis, l'état de santé de Madame B_____ ne lui permet pas de travailler au-delà de 60 %; ce taux d'activité, introduit le 1^{er} mai 2004, semble, en effet, lui convenir puisque nous n'avons pas enregistré d'absence depuis".
36. Selon le procès-verbal de la séance du comité de la CEH du 28 novembre 2005, il est noté que les commissaires débattent de la question et font ressortir les points suivants :
- L'art. 27 des statuts, fruit de la volonté de la CEH, n'a pas conduit à des abus. C'est en effet la première fois qu'un cas de ce genre se présente.
 - Un recours a été déposé auprès de l'assurance-invalidité fédérale. Le Comité ne souhaite pas se prononcer définitivement avant de connaître la décision qu'elle rendra.

Dans l'attente de la réponse de l'AI, le comité décide d'accorder une rente sous forme de prestations provisoires de 40 %, non remboursables, à notre assurée. La décision finale du comité sera prise après la réponse de l'assurance-invalidité fédérale sur le recours pendant.

37. Le 8 décembre 2005, la CEH a informé l'assurée qu'elle reprenait le versement de la prestation provisoire d'invalidité, rétroactivement au 1^{er} mars 2005, en attente de la décision finale de l'AI. En cas de refus de celle-ci, le comité se prononcerait en toute liberté sur l'octroi ou non d'une pension ainsi que sur les éventuelles conditions d'octroi. Il ne découlait pas des statuts de droit à des prestations d'invalidité de fonction mais uniquement un droit en cas d'octroi de la rente de l'AI.
38. Le 12 décembre 2005, l'assurée a écrit à la CEH qu'il existait un droit aux prestations lorsque les conditions de l'invalidité de fonction étaient réunies.
39. Le 15 décembre 2005, la CEH a maintenu sa position.
40. Le 24 janvier 2006, l'assurée a déposé par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales une demande en "constatation de droit et en paiement de rentes d'invalidité pour enfants" contre la CEH concluant à ce que le Tribunal cantonal des assurances sociales dise et constate que la demanderesse a droit à des prestations d'invalidité de fonction au sens de l'art. 27 al. 1 et 3 des statuts à compter du 18 avril 2004, condamne la CEH à verser des rentes d'enfants en faveur de E_____ et Y_____ à compter du 18 avril 2004, condamne la CEH au versement d'un intérêt moratoire à 5 % à compter de chaque échéance mensuelle de la rente. Cette demande a été enregistrée sous n° A/238/2006.

Elle avait un intérêt à ce que son invalidité de fonction soit reconnue au sens de l'art. 27 al. 1 des statuts. Une telle invalidité ouvrait le droit à des rentes pour enfants, ce qui n'était pas le cas de la rente provisoire. A l'évidence, l'art. 27 al. 1 des statuts prévoyait une invalidité de fonction. Le préavis de la commission médicale était favorable pour lui reconnaître une incapacité de travail de 50 %. Une suspension dans l'attente de la décision de l'AI n'était pas fondée. D'ailleurs, l'appréciation médicale de l'AI était sans pertinence puisque celle-ci statuait sur une incapacité de gain qui répondait à d'autres critères que ceux de l'invalidité de fonction. Aucun élément ne permettait de s'écarter du préavis du médecin-conseil de la caisse.

41. Le 30 mars 2006, la CEH a conclu au rejet de la demande. En matière de prestation d'invalidité minimale selon la LPP, la notion d'invalidité était identique à celle de l'AI. En matière de prévoyance facultative, la notion d'invalidité de l'art. 27 al. 1 des statuts était légèrement différente de celle de l'AI, puisque l'assuré doit être partiellement ou totalement incapable de remplir sa fonction (notion plus restreinte que celle de travail) ou toute autre fonction pouvant être raisonnablement exigée de lui. Cette notion d'autre fonction était sujette à appréciation et, dans ce cadre, les

évaluations de l'AI devaient absolument être prises en compte. Le texte de l'art. 27 al. 3 des statuts conférait à la CEH un pouvoir d'appréciation dans le cadre de la mise à l'invalidité selon l'art. 27 al. 1 car la CEH pouvait, dans des cas particuliers, reconnaître un assuré invalide de fonction. Le comité avait la liberté d'apprécier si les conditions matérielles étaient réalisées. Comme une instruction AI complémentaire était en cours, le comité était en droit de suspendre sa décision dans l'attente de la décision AI. Si l'AI confirmait son refus, le comité statuerait selon ses propres règles et critères. L'assurée bénéficiait d'une rente provisoire non remboursable, en tous les cas jusqu'à la décision sur opposition de l'AI.

42. Le 18 avril 2006, le SMR suisse romande a rappelé que le psychiatre SMR a conclu à un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité invalidante et estimé que les critères de Mosimann n'étaient pas remplis.
43. Le 10 mai 2006, la demanderesse a répliqué. Son temps de travail avait été réduit en raison de son incapacité partielle de travail. Il paraissait improbable que sur les 850 rentiers - invalides de la CEH, aucune bénéficierait d'une rente d'invalidité de fonction indépendamment des prestations versées à l'AI. Le comité ne pouvait s'écarter d'avis médicaux sans motifs sérieux qui n'existaient pas en l'espèce. Si la défenderesse avait permis à la demanderesse de déposer une demande d'invalidité de fonction, tout en sachant qu'une procédure d'opposition AI était en cours, c'est qu'elle estimait *ab initio* être en mesure de statuer indépendamment des investigations complémentaires menées par ladite assurance. En tout état de cause, la défenderesse n'avait en cours d'instruction jamais sollicité la production du dossier AI ce qui démontrait que les éléments qui y figuraient lui paraissaient sans pertinence et qu'ils étaient aujourd'hui abusivement invoqués pour refuser les prestations dues.
44. Le 12 mai 2006, l'assurée a maintenu son opposition à la décision de l'OCAI du 15 février 2006 en relevant que les conclusions du SMR étaient en contradiction avec les avis des Drs G_____ et B_____ et que le mauvais pronostic était confirmé par le médecin-conseil de la CEH.
45. Le 18 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que l'examen psychiatrique du 31 octobre 2005 selon lequel elle ne présentait aucune maladie invalidante était probant, que les avis des médecins-traitants ne pouvaient le remettre en cause et que celui, succinct et non motivé, donné par le Dr D_____ dans son courrier du 7 novembre 2005, n'était pas non plus suffisant pour remettre en question les conclusions du spécialiste en psychiatrie du SMR.
46. Le 2 juin 2006, la CEH a informé l'assurée que, suite à la décision sur opposition de l'OCAI, la rente provisoire d'invalidité serait supprimée dès le 1^{er} juin 2006 et que le comité se prononcerait encore sur l'octroi ou non d'une pension.

47. Le 6 juin 2006, la CEH a requis par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales l'ouverture d'une instruction sur fait nouveau en raison de la décision sur opposition de l'OCAI du 6 juin 2006, du fait notamment que celle-ci critiquait les constatations du médecin-conseil de la CEH.
48. Le 15 juin 2006, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (cause A/2177/2006) en concluant à ce qu'il soit dit qu'elle a droit à un quart de rente d'invalidité avec effet à mai 2004. Une expertise interdisciplinaire aurait dû être pratiquée. C'était à tort que le SMR retenait une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, accompagnées de plaintes démonstratives, qui ne mobilisent pas l'empathie de l'expert ainsi qu'un environnement psychosocial intact confirmé par le fait que la recourante a pu surmonter ses difficultés conjugales. Son rapport devait être écarté. Le Dr F _____ estimait qu'une incapacité de 50 % était justifiée.
49. Il ressort notamment du procès-verbal de la séance du comité de la CEH du 19 juin 2006 que celui-ci a décidé ce qui suit :
- La CEH n'a pas, dans ses statuts ou sa pratique, une définition de la maladie invalidante autre que celle de l'AI.
 - Les statuts ne permettent pas de s'écarter de la notion de maladie invalidante retenue par le droit des assurances sociales, mais permettent uniquement au comité, si une invalidité est constatée, d'étendre la notion d'incapacité de travail et de gain à une incapacité de l'assuré à remplir sa fonction.
 - Le comité et la direction sont sensibles à la situation délicate et difficile que vit notre assurée sur le plan humain.
 - Une rente provisoire, qui lui reste acquise, a été versée pendant plus d'un an.
 - La décision que le comité va prendre dans le cas présent aura un impact déterminant sur les cas suivants et l'on peut s'attendre à des demandes relativement nombreuses à l'avenir, en raison du durcissement de l'AI.
 - Créer sa propre notion d'invalidité qui s'écarte de celle de l'AI s'avère être une mission très difficile, voire impossible.

Il est décidé par 9 voix pour et 3 abstentions de ne pas octroyer de pension d'invalidité au sens de l'art. 27 al. 3 des statuts à l'assurée.

50. Le 20 juin 2006, la CEH a estimé qu'il ne lui appartenait pas de développer des standards propres en matière de définition de l'atteinte à la santé indemnizable dans le cadre de l'invalidité et a requis l'annulation de l'audience que le Tribunal de céans avait appointée le 26 juin 2006, avec audition du Dr E _____.

51. Le 22 juin 2006, la demanderesse a rappelé que le Tribunal cantonal des assurances sociales instruisait la cause d'office.
52. le 26 juin 2006, le Tribunal de céans a maintenu l'audience précitée et entendu les parties ainsi que le Dr E_____.

La recourante a déclaré :

"Depuis 1986 j'exerce comme aide-soignante à la clinique de Jolimont. Toutefois en mai 2002 mon activité a été réduite à 60 % et modifiée en ce sens que je ne travaille plus que la nuit, ce qui me permet de tenir le coup; en effet, le travail de jour est plus astreignant car l'aide-soignante doit courir partout. De cette manière, j'ai aussi plus de jours de congé d'affilée. Je travaille en principe deux nuits consécutives suivies de 4 à 5 nuits de repos, voire plus. Le travail de jour à 60 % exige plus de présence que le travail de nuit ce que je ne pourrais plus assumer. En réalité je travaille à 45 % car je bénéficie d'un abattement de 15 % dû au travail de nuit".

Elle demandait l'octroi d'une rente définitive en raison d'une incapacité de travail de 40 %.

La CEH a déclaré :

"Si l'AI n'a pas encore statué trois mois avant l'échéance de deux ans du paiement du salaire, l'assuré peut demander une rente provisoire, préavisée par le médecin-conseil de la CEH. Cette rente est versée jusqu'à la première décision de l'AI. La CEH se calque dans tous les cas de figure sur la décision AI en ce qui concerne la rente définitive. Le cas de Mme B_____ constitue la première demande de rente au sens de l'art. 27 al. 3 des statuts de la CEH. A ma connaissance le comité n'a jamais accepté de rente définitive contrairement à une décision de l'AI pour des raisons médicales. Je précise que les statuts de la CEH ont été modifiés en 2001 et qu'auparavant les statuts prévoyaient une disposition à peu près similaire à l'art. 27 al. 3. Pour la CEH la notion d'invalidité est entièrement similaire à celle de l'AI. Nous prenons en considération le degré d'invalidité fixé par l'AI".

Le Dr D_____ a déclaré :

"Je suis médecin-conseil depuis 1998. S'agissant de la procédure médicale, la CEH me demande de préciser si la demande de versement de rente provisoire qui peut intervenir après la cessation du paiement du salaire est adéquate avec la situation médicale. Je m'adresse d'abord par écrit au médecin-traitant et éventuellement par téléphone. Je réponds ensuite comme unique médecin à la CEH sur la recevabilité de cette demande. S'agissant de la commission médicale c'est la CEH qui me demande de la convoquer dans certains cas.

Je n'ai pas examiné personnellement Mme B_____, j'ai téléphoné à ses médecins traitants, soit le Dr B_____, en mars 2004 puis à nouveau en octobre-novembre 2005, le Dr H_____ et la Dresse B_____.

Au vu de ce que les médecins traitants ont déclaré j'ai pu confirmer leur diagnostic. Il s'agissait d'un état dépressif fluctuant accompagné d'une fibromyalgie. En mai 2004, j'ai estimé que la rente provisoire d'invalidité devait être allouée à Mme B_____. Le 7 novembre 2005 j'ai ensuite estimé qu'une rente à 50 % était justifiée sur la base des constatations médicales des médecins précités.

Je me rappelle qu'entre 2004 et 2005 Mme B_____ avait déjà bénéficié d'un poste allégé au sein de la clinique et que malgré ce fait sa situation professionnelle était difficile, limite. Selon cette constatation, un temps de travail supérieur à 50 % ne me paraissait pas possible même dans un poste allégé.

Selon mon avis, actuellement Mme B_____ souffre d'une atteinte durable à sa santé entraînant une incapacité de travail partielle durable dans son activité d'aide-soignante mais aussi dans toute autre activité au sein de la clinique.

Je ne crois pas que la CEH ait octroyé de rente définitive d'invalidité alors qu'aucune procédure AI n'avait été entamée. A ma connaissance, je ne crois pas que la CEH ait octroyé de rente définitive contrairement à l'AI.

Dans le cas de Mme B_____ la commission médicale a été consultée. En réalité en accord avec le directeur j'ai téléphoné aux deux médecins concernés soit le Dr H_____, médecin-conseil de l'employeur, et la Dresse B_____, médecin désignée par l'assurée. Nos avis convergeaient en ce sens que Mme B_____ était incapable de travailler à plus de 50 %. Je n'ai pas été consulté par l'assurance-invalidité, ni la commission médicale.

Je n'ai jamais eu connaissance des avis des médecins de l'assurance-invalidité. En général je ne les reçois pas. Je ne connais pas le suivi des dossiers qui me sont soumis, je me borne à rendre un avis sur la recevabilité de rente provisoire. Je n'ai pas le souvenir d'avoir été consulté sur une demande de rente définitive d'invalidité.

Il me semble que c'est la première fois que j'ai été amené à me prononcer le 7 novembre 2005 sur une demande de rente définitive. J'ajoute qu'on me demande peut-être si une rente provisoire ou définitive est justifiée mais on me demande surtout si la personne peut travailler ou non et à combien, dans la durée. Je réponds donc en terme médical. Ma réponse est identique que ce soit dans le cas d'une demande de rente provisoire ou définitive.

Le dossier AI ne m'est en général pas soumis. J'ai toutefois connaissance des rapports médicaux AI des médecins traitants auxquels je m'adresse, voire parfois d'autres documents médicaux du dossier AI transmis par les médecins traitants. La

CEH ne me demande pas de prendre connaissance du dossier AI mais je suis supposé prendre connaissance de tous les documents médicaux pertinents.

La CEH ne m'a jamais reproché de donner des préavis trop succincts. Je précise que celui du 7 novembre 2005 est un préavis qui n'est pas destiné à un médecin et qui est volontairement succinct quoi qu'en pensent les médecins de l'AI.

La CEH ne m'a jamais retourné un dossier pour instruction complémentaire. Je suppose que mes préavis sont suivis mais je n'en suis pas formellement informé. J'ai été informé cette année d'une liste de cas par la CEH pour lesquels l'AI n'avait pas pris la même décision que moi. Je ne sais toutefois pas si la CEH a suivi mon préavis plutôt que la décision de l'AI. Il s'agissait de décisions rendues par l'AI après que la CEH ait décidé d'octroyer des rentes provisoires.

C'est à ma demande que j'ai consulté par téléphone les autres membres de la commission médicale.

Je précise qu'il y a aussi dans le cas de Mme B_____ d'autres diagnostics physiques ayant nécessités des traitements par des professeurs de l'Hôpital qui se sont révélés inefficaces ce qui a pu contribuer à maintenir l'état dépressif. Ces informations m'ont été données par le médecin-traitant.

Pour moi le cas de Mme B_____ est une situation archi-claire dans le sens d'une incapacité de travail à 50 %. Cela était également le cas pour les médecins que j'ai consulté".

53. Le 26 juin 2006, le Dr D_____ a transmis au Tribunal de céans le dossier médical en sa possession, sur la base duquel son préavis a été donné. Figurent dans ce dossier les rapports médicaux de la Dresse B_____ des 29 mars 2003 et 18 octobre 2005, du Dr G_____ des 4 et 12 octobre 2005, du Dr B_____ du 20 novembre 2003 et du Dr A_____ du 15 octobre 2003. Selon les notes au dossier du Dr E_____, celui-ci a téléphoné en mars, mai 2004 et octobre 2005 au Dr B_____. La patiente "a été mise comme veilleuse de nuit (= + calme). Elle veut encore travailler mais elle ne pourra un jour plus", en octobre 2005 au Dr H_____ selon lequel il ne fait "aucun doute que le travail à 50 % = max !" et, enfin, à la Dresse B_____ en novembre 2005, laquelle est parfaitement d'accord "avec 50 %" mais pense même qu'elle souffre plus et devrait quasi stopper ou à 80 % env".
54. Le 4 juillet 2006, la CEH a informé l'assurée que le comité avait décidé de ne pas lui octroyer de prestation d'invalidité selon l'art. 27 al. 3 des statuts.
55. Le 11 juillet 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours (A/2177/2006).

56. Le 22 août 2006, le Dr I_____, spécialiste FMH psychiatre et psychothérapeute, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'assurée. L'expert relève que les douleurs de l'assurée sont apparues depuis la naissance de son fils. Auparavant elle était active et entreprenante. Un conflit de couple s'est d'autre part développé ces dernières années. L'expertisée dit souffrir d'une fibromyalgie et avoir souffert d'une dépression. Elle se plaint d'être fatiguée. Elle travaille actuellement à 60 % et aimerait diminuer son temps de travail à 50 %. Elle se plaint de passer plus de temps alitée que debout. Elle dit avoir de la peine à assumer ses tâches ménagères : elle ne fait plus le ménage, elle ne cuisine pas, elle ne sort plus. Elle n'a plus de rapports avec son mari. Elle a mal tout le temps, partout dans le corps. Elle se sent épuisée.

Les diagnostics posés sont :

- Trouble mixte de la personnalité avec traits histrioniques et caractériels (F60.9).
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10).
- Trouble panique (F41.0).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Infections urinaires hautes à répétition (N39.0).
- Thalassémie mineure (D56.9).
- Constipation chronique sur rectocèle (K59.0, N81.6).
- Ostéoporose (M81.9).

L'expertisée présente une symptomatologie complexe qui peut donner l'impression qu'elle tire des bénéfices secondaires majeurs des troubles dont elle souffre. Néanmoins la situation qu'elle décrit manifeste une profonde tristesse. Cette expertisée présente, de l'avis de tous les médecins qui l'ont examinée, un syndrome douloureux somatoforme persistant ou une fibromyalgie. Ce trouble est chronique. Il est apparu après l'accouchement de 1993 et s'est progressivement aggravé jusqu'en 2000. Il est maintenant bien enkysté et n'évolue plus. Toutes les tentatives de traitement ne permettent plus aucune amélioration. Le problème majeur que pose la symptomatologie de cette expertisée est de caractériser le trouble thymique dont elle souffre, soit après examen un trouble dépressif avec anhédonie, troubles du sommeil, fatigue constante, des troubles de l'appétit, une diminution de l'estime de soi et un retrait social. Enfin, cette expertisée frappe également les médecins qui l'examinent par sa rigidité, ses capacités de mentalisation très limitées, les relations conflictuelles avec son entourage et une manière de se présenter en malade. Mais il est évident que cette patiente ne simule pas les souffrances et les douleurs qu'elle décrit. Elle n'amplifie pas non plus les douleurs pour des raisons psychologiques. L'expertisée présente donc une comorbidité psychiatrique importante et qui aggrave considérablement le syndrome douloureux dont elle souffre. Cette comorbidité se

compose d'un trouble dépressif et d'un trouble panique, en plus d'un trouble de la personnalité.

Cette expertisée présente des capacités d'adaptation et de mentalisation très limitées. Les douleurs sont ancrées comme expression de la souffrance psychique. Le trouble de la personnalité ainsi que le trouble dépressif limitent de manière invalidante les capacités de résilience de l'expertisée. L'expertisée n'est plus à même aujourd'hui de surmonter par sa volonté et ses ressources psychiques les troubles dont elle souffre depuis de longues années.

Cette expertisée peut encore travailler dans une activité adaptée où les exigences ne sont pas trop élevées. Elle ne peut plus supporter des situations de stress ni des exigences de rendement élevées. Le travail actuel de veilleuse de nuit est adapté. Elle ne peut plus travailler à plein temps et doit limiter son activité à un mi-temps, voire à 60 %.

L'expertisée ne tient plus son ménage. Elle n'a plus aucune relation sociale et vit une vie conjugale conflictuelle. Elle affirme n'être plus à même de gérer elle-même ses affaires. L'influence de ces troubles est donc considérable sur sa vie courante.

Elle ne peut travailler qu'à mi-temps, voire à 60 % au plus. Le traitement antidépresseur n'a pas modifié la symptomatologie.

Il y a une discordance entre les plaintes que présente l'expertisée et l'observation de cette dernière lors des entretiens qu'il avait eu avec elle. En effet, elle décrit des douleurs qui ne sont pas présentes de manière manifeste lors des entretiens. Néanmoins, cette expertisée n'exagère pas ses plaintes ni ne simule. Elle vit réellement une vie très rétrécie, passe des journées au lit, ne fait plus son ménage et souffre constamment. Il ne peut pas confirmer que son environnement psychosocial est intact car sa vie de famille est conflictuelle même si les violences conjugales ont cessé actuellement. Elle ne laisse pas l'expert indifférent ou insensible. En effet, il perçoit une profonde tristesse et une perte d'espoir.

57. Le 28 août 2006, la CEH a versé au dossier des conclusions après enquête. Le litige portait sur la question du droit à une rente définitive de la demanderesse. Les statuts de la CEH ne contenaient pas de notion de la maladie invalidante autre que celle de l'AI. Ils permettaient seulement d'étendre la notion d'incapacité de travail et de gain à une incapacité de l'assurée à remplir sa fonction. Le Dr D_____ n'avait pas examiné la demanderesse, ni suivi le dossier AI. L'examen psychiatrique du SMR avait conclu à une capacité de travail de la demanderesse de 100 % dans l'activité habituelle. Créer sa propre notion d'invalidité était une mission très difficile, voire impossible. On pouvait s'attendre à de multiples demandes en raison du durcissement de l'AI. Le préavis de la commission médicale n'était qu'un élément parmi d'autres (avis de l'employeur, de l'assurée, informations complémentaires) et ne constituait pas une expertise. L'invalidité de fonction ne postulait pas une notion

distincte de la maladie mais uniquement distincte de l'incapacité d'exercer une activité lucrative de remplacement.

58. Le 30 août 2006, la demanderesse a déposé ses observations après enquête. La défenderesse n'était pas fondée à se prononcer sur le droit aux prestations en cours de procédure. Sa prise de position selon son courrier du 20 juin 2006 était sans effet. La défenderesse ne respectait pas ses engagements de nature contractuelle résultant de ses statuts et règlement. Les rapports des Drs I_____ et F_____ avaient valeur probante. La faculté du comité d'obtenir toutes informations complémentaires qu'il aurait jugé utile de recueillir ne permettait pas à la défenderesse de faire dépendre le droit aux prestations de l'AI.
59. Le 31 août 2006, la recourante a répliqué dans le cadre de la procédure A/2177/2006 que l'expertise du Dr I_____ permettait de mettre très sérieusement en doute les conclusions du rapport du Dr J_____. Cette expertise confirmait les rapports des Drs B_____, A_____, B_____, G_____ et E_____.
60. Le 6 septembre 2006, la défenderesse a relevé qu'il était exclu qu'elle procède à une instruction parallèle à l'AI pour des raisons de saine économie de procédure et de nécessaire cohérence dans la définition de l'atteinte à la santé indemnisable dans le cadre des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle. Elle requérait formellement la suspension de la cause jusqu'à droit jugé sur la demande AI.
61. Le 11 septembre 2006, la demanderesse s'est opposée à la suspension de la procédure.
62. Le 21 septembre 2006, le Tribunal de céans a requis de la défenderesse la production du règlement général de la CEH en vigueur en juin 2004 et le 25 septembre 2006 il a versé au dossier A/238/2006 divers documents du dossier AI - A/2177/2006.
63. Le 26 septembre 2006, l'OCAI a estimé que l'expertise du Dr I_____ n'était pas susceptible de modifier l'appréciation du cas. Il s'est référé à un avis du SMR du 21 septembre 2006 selon lequel l'assurée avait une pleine capacité de travail exigible et d'une absence de pathologie invalidante.
64. Le 5 octobre 2006, la défenderesse a produit son règlement général édition 2001 en précisant que les articles 11 à 14 étaient identiques à ceux du règlement de novembre 2004. Elle a derechef requis la suspension de la procédure.
65. Le 12 octobre 2006, la demanderesse s'est opposée à une suspension de la cause.
66. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi 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 du 25 juin 1982 (LPP) ; art. 142 du code civil).

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

3. Interjetée dans la forme prescrite et devant l'autorité compétente, la demande est recevable (art. 73 LPP).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si la demanderesse a droit à une rente d'invalidité définitive pour elle-même et ses enfants dès le 18 avril 2004.
5. En vertu de l'art. 23 LPP, ont droit aux prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 % au moins, 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 des deux tiers au moins, au sens de l'assurance-invalidité, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins.

Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, la notion d'invalidité est la même que dans l'assurance-invalidité. C'est pourquoi l'institution de prévoyance est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 271 consid. 2a, 120 V 108 consid. 3c et les références). En matière de prévoyance plus étendue, en revanche, il est 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 différente. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité; elles ont la possibilité, aussi, de prévoir le versement de rentes à partir d'un taux d'invalidité inférieur à 50 % (ATF 123 V 273

consid. 2d, 115 V 211 consid. 2b et 219 consid. 4b). 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 (ATF 115 V 220 consid. 4c; ATFA du 13 janvier 2004, cause B 89/03).

Cette faculté n'implique cependant pas pour elle un pouvoir discrétionnaire. Lorsqu'elle adopte dans ses statuts ou règlements un certain système d'évaluation, elle doit se conformer, dans l'application des critères retenus, aux conceptions de l'assurance sociale (voir p. ex., en ce qui concerne l'incapacité d'exercer sa profession habituelle, ATF 111 V 239, consid. 1b) ou aux principes généraux. Autrement dit, si elle a une pleine liberté dans le choix d'une notion, elle est tenue de donner à celle-ci sa signification usuelle et reconnue en matière d'assurance. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par la commission de l'assurance-invalidité (rapports médicaux ou d'enquête économique), mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 115 V 215). Dans le cas précité, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a jugé qu'il convenait en présence d'une notion d'invalidité en prévoyance professionnelle plus large que celle résultant de la LAI de faire abstraction des conclusions de la commission de l'assurance-invalidité.

6. a) En l'espèce, aux termes des art. 27 à 31 des statuts, l'invalidité est une atteinte durable à la santé physique ou mentale de l'assuré entraînant une incapacité partielle ou totale de remplir sa fonction ou toute autre fonction pouvant raisonnablement être exigée de lui (art. 27, al. 1). L'assuré reconnu invalide par l'assurance-invalidité fédérale (AI) l'est également par la Caisse. Un degré d'invalidité de moins d'un tiers n'est pas pris en considération; un degré égal ou supérieur à deux tiers est considéré comme 100 %. La pension est allouée à la demande de l'intéressé ou de l'employeur (art. 27 al. 2). Dans des cas particuliers, l'assuré peut être reconnu invalide au sens de l'alinéa 1 par décision du comité. Les conditions et la procédure de mise à l'invalidité, dans ces cas, sont fixées par le règlement général (art. 27 al. 3). Le droit à la pension naît en même temps que le droit à la rente de l'AI, sous réserve des cas découlant de l'application de l'alinéa 3 (art. 27 al. 4). Le droit à la pension s'éteint dès la reprise d'activité ou à la fin du mois au cours duquel l'invalide décède (art. 27 al. 5).

Le montant de la pension d'invalidité est déterminé selon les modalités définies dans l'annexe (art. 28).

L'invalide a droit à une pension d'enfant d'invalide pour chacun de ses enfants qui, à son décès, aurait droit à une pension d'orphelin. Cette pension est proportionnelle au degré d'invalidité (art. 29, al. 1). Les articles traitant du droit à la pension d'orphelin sont applicables aux enfants d'invalide (art. 29, al. 2).

Lorsque l'AI tarde à rendre sa décision, la Caisse peut verser une pension provisoire équivalant à la pension d'invalidité de la Caisse, à l'exclusion de toute pension d'enfant. Les conditions de versement et la procédure sont fixées dans le règlement général (art. 30, al. 1). La pension provisoire est versée au plus tôt dès la fin du droit au traitement ou aux indemnités journalières qui le remplacent (art. 30, al. 2). La pension provisoire prend fin : a) à la naissance du droit à la pension d'invalidité de la Caisse si l'invalidité est reconnue par l'AI; la pension d'invalidité échue est versée sous déduction du montant de la pension provisoire versée pour la même période. b) à la date de la décision initiale de l'AI, si l'invalidité n'est pas reconnue ou ne l'est que partiellement par l'AI; les montants versés jusqu'à cette date restent acquis à l'assuré (art. 30, al. 3).

En cas de modification du degré d'invalidité par l'AI, la pension de la Caisse est adaptée en conséquence (art. 31, al. 1). Pour les cas d'invalidité découlant d'une décision du comité, la Caisse peut en tout temps, soumettre le bénéficiaire d'une pension d'invalidité à un nouveau examen médical en vue de revoir le droit aux prestations et leur montant (art. 31, al. 2). Pendant la durée de l'invalidité, l'assuré et l'employeur sont libérés du paiement des cotisations à concurrence du degré d'invalidité (art. 31, al. 3).

b) Le règlement, entré en vigueur le 1^{er} novembre 2004 est applicable à la procédure de demande de rente d'invalidité définitive déposée par la demanderesse le 12 juillet 2005. En tout état, les art. 11 à 14 du règlement, édition 2001 comporte une teneur identique, laquelle prévoit la procédure de mise à l'invalidité suivante :

La demande de mise à l'invalidité selon l'art. 27, al. 3, des statuts est présentée par écrit au secrétariat de la Caisse par l'employeur ou l'assuré, accompagnée le cas échéant de la décision AI (art. 11, al. 1). La demande doit être accompagnée d'une pièce justifiant que l'autre partie en a été informée (art. 11, al. 2). Si la demande émane de l'assuré, celui-ci doit : a) indiquer les motifs pour lesquels la demande est introduite; b) mentionner le nom du médecin qu'il choisit pour faire partie de la commission médicale ad hoc; c) fournir tous documents pouvant faciliter l'examen du cas (art. 11, al. 3). Si la demande émane de l'employeur : a) elle doit être accompagnée d'un dossier tendant à prouver que l'assuré concerné n'est plus à même d'exercer sa fonction et que les tentatives de reclassement se sont révélées infructueuses; b) dans un délai de dix jours imparti par la Caisse, l'assuré doit lui communiquer le nom d'un médecin de son choix, qui ne peut être ni le médecin-conseil de la Caisse, ni le médecin-conseil de l'employeur. Sans réponse à l'expiration du délai imparti, puis d'un ultime délai de six jours, la Caisse désigne un médecin de la place à l'assuré (art. 11, al. 4). Une commission médicale, composée du médecin-conseil de l'employeur, d'un médecin désigné par l'assuré et du médecin-conseil de la Caisse, est chargée de préavis sur la demande d'invalidité. Cette commission est convoquée et présidée par le médecin conseil de la Caisse. Elle rend son préavis au plus tard deux mois après sa convocation (art.

11, al. 5). Le comité se prononce sur la base du préavis de la commission médicale, de l'avis de l'employeur et de l'assuré ainsi que de toute information complémentaire qu'il aura jugée utile de recueillir. Il fixe les conditions de l'octroi de la pension (art. 11, al. 6).

La demande de prestations d'invalidité provisoires est présentée, sur formulaire de la Caisse, conjointement par l'employeur, l'assuré, le médecin traitant et/ou le médecin conseil de l'employeur (art. 13, al. 1). Les prestations sont versées aux conditions suivantes : a) l'intéressé, ou un tiers autorisé, a déposé une demande de rente AI selon l'art. 29 LAI et il n'est pas au bénéfice de mesure de réadaptation avec indemnités journalières; b) le médecin-conseil de la Caisse estime la demande recevable, sur la base du rapport du médecin traitant et/ou du médecin-conseil de l'employeur. Cette estimation ne préjuge pas de son avis selon l'art. 27, al. 3 des statuts; c) l'intéressé autorise l'AI à adresser une copie de sa décision à la Caisse. Il s'engage à informer immédiatement la Caisse de toute modification de sa situation (art. 13, al. 2). A l'échéance des prestations provisoires d'invalidité définie à l'art. 30, al. 3 des statuts, les montants versés restent acquis à l'assuré, sous réserve du respect des dispositions statutaires relatives aux avantages injustifiés (art. 13, al. 3).

7. En l'espèce, la défenderesse requiert tout d'abord la suspension de la présente cause dans l'attente du résultat de la procédure AI (A/2177/2006), pendante devant le Tribunal de céans.

A cet égard, il convient préalablement de constater que l'on peut déduire de la définition précitée de l'invalidité de l'art. 27, al. 1 des statuts qu'elle ne se recoupe pas avec celle de l'assurance-invalidité puisqu'elle se réfère à l'incapacité professionnelle de l'assuré dans la fonction qu'il exerçait ou toute autre fonction raisonnablement exigible auprès de l'employeur (cf. A cet égard ATFA du 13 octobre 2005, cause B 123/04). Cette notion, différente de celle de l'AI, est plus large dès lors qu'elle se réfère à l'incapacité à remplir toute fonction raisonnablement exigible. Or, conformément à la jurisprudence du TFA précitée, l'institution de prévoyance qui adopte une définition différente de l'invalidité que celle de l'AI, n'est pas liée par l'estimation des organes de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, toutes les pièces médicales présentes dans le dossier de l'OCAI ont été versées à la présente procédure, de sorte que l'évaluation médicale de l'assurée dans le cadre de l'examen d'une invalidité de fonction, se fonde sur un dossier complet.

S'agissant en particulier de la notion de maladie invalidante, selon les statuts, contrairement à l'opinion de la défenderesse, elle n'est pas similaire à celle de l'AI. Si la notion de maladie telle qu'elle ressort de l'art. 3 LPGA, fait effectivement partie d'une notion commune en matière d'assurance sociale, tel n'est pas le cas de l'invalidité puisqu'une institution de prévoyance peut, dans le cadre de son autonomie, prévoir une notion différente de celle de l'AI. En matière de trouble

somatoforme douloureux et de fibromyalgie, la jurisprudence du TFA pose les conditions auxquelles l'AI admet qu'une telle affection a un caractère invalidant (ATF 130 V 352).

Or, comme on l'a vu, l'art. 27 des statuts est plus large dès lors qu'il prévoit qu'une atteinte durable à la santé physique ou mentale entraînant une incapacité de remplir toute fonction pouvant être raisonnablement exigée de l'intéressé constitue une invalidité. Il s'agit d'une évaluation concrète de l'incapacité à remplir une fonction, laquelle est effectuée selon la procédure prévue par le règlement général, soit par l'appréciation de la commission médicale ad hoc.

Cette autorité, appelée à donner des préavis médicaux selon la procédure mise en place par la défenderesse elle-même, déterminera en particulier si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité à remplir une fonction exigible auprès de l'employeur concerné.

Si le comité de la CEH entend s'écarter du préavis médical qu'il est tenu de requérir, il devra motiver sa position et montrer qu'il a, pour ce faire, des motifs pertinents (P. MOOR, Droit administratif, vol. II p. 247). En particulier, le comité de la CEH n'a pas de raison d'écarter ledit préavis au seul motif que l'assurance-invalidité poserait des critères plus stricts pour admettre que l'atteinte à la santé en cause est invalidante dès lors que les statuts de la CEH ne se réfèrent pas à la notion de maladie invalidante selon l'AI.

Ainsi, une appréciation divergente des conséquences d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie sur l'incapacité de travail est en théorie possible par l'AI d'une part et par la défenderesse d'autre part.

Pour toutes ces raisons, il n'y a pas de motif de suspendre la présente procédure dans l'attente du résultat de celle de l'AI.

Enfin, la défenderesse prétend que si elle crée sa propre notion de l'invalidité, en particulier dans les cas de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, de multiples demandes de rentes LPP seraient déposées en raison du durcissement de l'AI. Or, si l'AI, comme semble l'alléguer la défenderesse, aurait accordé par le passé plus largement des rentes d'invalidité en présence de ces maladies, la défenderesse, selon ses statuts et sa pratique, le faisait également. On ne comprend dès lors pas en quoi une diminution des rentes octroyées par l'AI entraînerait une augmentation des rentes LPP, si tant est, au demeurant, que cet argument soit pertinent.

8. Les principes d'interprétation des textes légaux sont applicables aux statuts de la défenderesse (ATFA du 26 avril 2005 cause B 37/04).

La loi s'interprète tout d'abord selon sa lettre. Il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégagant de tous les éléments à considérer (ATF 130 II 71 consid. 4.2, 130 V 50 consid. 3.2.1, 232 consid. 2.2 et les références).

Selon l'art. 27 al. 3 de statuts, dans des cas particuliers, le comité peut reconnaître un assuré invalide de fonction selon l'al. 1.

La rédaction de cette disposition semble donner un large pouvoir d'appréciation au comité pour déterminer quels sont les "cas particuliers".

Toutefois, au regard de la systématique de l'art. 27 des statuts, lequel commence par donner une notion de l'invalidité, il convient de comprendre cette notion du "cas particulier" comme se rapportant à tous les cas des assurés qui ne seraient pas reconnus ou reconnus partiellement invalides par l'AI et qui peuvent néanmoins prétendre à une invalidité de fonction au sens de l'art. 27 al. 1 des statuts. Le comité est ainsi lié, dans le cadre de son pouvoir de décision, par la notion de l'invalidité de fonction telle quelle ressort de l'art. 27 al. 1 des statuts.

9. a) Le Dr E_____, médecin-conseil de la défenderesse, a convoqué la commission médicale ad hoc selon la procédure réglementaire, laquelle a donné un préavis positif à l'octroi d'une rente à 50 % définitive d'invalidité en faveur de la demanderesse. Le 28 novembre 2005, le comité a reporté sa décision quant à l'octroi d'une rente définitive et le 19 juin 2006 il a refusé l'octroi d'une telle rente à la demanderesse. Ce faisant, celui-ci s'est écarté du préavis de la commission médicale au seul motif qu'il ne lui appartenait pas de créer sa propre notion d'invalidité, différente de celle de l'AI, ni de s'écarter de la notion de maladie invalidante retenue par le droit des assurances sociales. Il a estimé qu'il ne pouvait qu'étendre la notion d'incapacité de travail et de gain à une incapacité de l'assurée à remplir sa fonction, si une invalidité était constatée. Par ailleurs, en audience de comparution personnelle, le représentant de la CEH a déclaré que celle-ci se calquait dans tous les cas de figure sur la décision AI et que la notion d'invalidité était entièrement similaire à celle de l'AI.

Comme il a été exposé ci-dessus, cette manière de voir est trop restrictive dès lors que les statuts prévoient une notion de l'invalidité plus large que celle de l'AI. Le comité n'est ainsi pas autorisé à exiger qu'une invalidité soit constatée au sens de l'AI préalablement à la reconnaissance d'une invalidité de fonction.

b) S'agissant du préavis de la commission médicale, force est de constater qu'il a été rendu sur la base des documents médicaux au dossier du Dr D _____ ainsi que des appréciations médicales des Drs B _____, H _____ et B _____. Selon plusieurs renseignements téléphoniques du Dr E _____, celui-ci a confirmé le diagnostic de fibromyalgie avec état dépressif fluctuant. Selon lui, la demanderesse souffrait d'une atteinte durable à la santé entraînant une incapacité de travail partielle dans toute activité au sein de la clinique. Le cas de la demanderesse était "archi-clair" dans le sens d'une incapacité de travail à 50 %.

D'autres pièces médicales au dossier vont dans le même sens que les conclusions du Dr D _____ et de la commission médicale, à savoir l'existence d'une incapacité de la demanderesse d'exercer son métier à 50 % (cf. l'avis du Dr F _____ du 4 octobre 2005 attestant d'une incapacité de travail dans son métier de 50 %, celui du Dr I _____ du 22 août 2006 estimant une incapacité de travail à 50 %, voire à 60 % au plus ainsi que celui du Dr A _____, plus sévère, du 15 octobre 2003 relevant une diminution de rendement de 60 %).

Par ailleurs, aucune pièce médicale du dossier AI ne remet en cause cette appréciation dès lors que le SMR a diagnostiqué le 31 octobre 2005 un syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 et une dysthymie F34.1 en considérant cependant que ces atteintes ne diminuaient pas la capacité de travail de la demanderesse au sens de la jurisprudence du TFA (avis des 31 octobre 2005, 18 avril et 21 septembre 2006).

Enfin, l'employeur a confirmé le 17 novembre 2005 que l'état de santé de la demanderesse ne lui permettait pas de travailler au-delà de 60 % et celle-ci a attesté en audience de comparution personnelle qu'elle pouvait travailler à ce taux de 60 % en raison uniquement de l'arrangement proposé par l'employeur, soit une activité de deux nuits par semaine.

10. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le comité, en application de l'art. 11 al. 6 du règlement, n'était pas fondé à s'écarter du préavis de la commission médicale, laquelle admettait très clairement l'existence d'une invalidité de fonction de 50 % de la demanderesse corroboré par les avis de celui-ci et de l'employeur ainsi que, dans la mesure pertinente, par les informations complémentaires provenant de la procédure AI et celles confirmées ensuite par l'expertise du Dr I _____.

Cependant, étant donné le taux de travail de 60 % - établi en fonction d'un abattement de 15 % dû au travail de nuit selon la déclaration de la demanderesse du 26 juin 2006 - l'incapacité de travail et, partant, le taux d'invalidité de la demanderesse est en réalité de 40 %, correspondant d'ailleurs aux prétentions de celle-ci au versement d'une rente définitive de 40 %. Ce taux, supérieur à un tiers (art. 27 al. 2 des statuts) donne droit à des prestations d'invalidité.

b) S'agissant de la naissance du droit aux prestations d'invalidité selon l'art. 27 al. 1 des statuts, l'alinéa 3 de cet article prévoit que les conditions en sont fixées par le règlement. Or, celui-ci précise uniquement qu'il incombe au comité de fixer les conditions d'octroi de la pension (art. 11 al. 6 du règlement). En l'espèce, la naissance du droit à des rentes provisoires a été fixée au 18 avril 2004 par la défenderesse, suite aux préavis du médecin-traitant du 9 janvier 2004, du médecin-conseil de l'employeur du 9 février 2004 et du Dr D _____ du 28 mai 2004.

Ce point de départ des prestations d'invalidité n'a pas été contesté par la défenderesse dans le cadre de la demande de versement d'une rente définitive. Par ailleurs, le Dr D _____ a déclaré que son préavis était identique s'agissant d'une procédure visant à l'octroi d'une rente provisoire ou définitive dès lors qu'il examinait si la personne pouvait travailler ou non et à combien, dans la durée (cf. PV du 26 juin 2006). Dès lors qu'un tel préavis positif avait déjà été donné pour l'octroi d'une rente provisoire dès le 18 avril 2004, il y a lieu de retenir cette date comme correspondant à la naissance du droit à une rente définitive.

Comme le prévoit l'art. 29 des statuts, la demanderesse a également droit à des pensions pour ses deux enfants dès le 18 avril 2004.

c) A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5 %. En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans d'autres domaines de l'assurance sociale (voir ATF 119 V 131). La demeure survient par l'interpellation (art. 102 al. 1 CO; ATFA du 14 juin 2004, cause B 77/2003).

En l'espèce, il y a lieu d'admettre que la demanderesse a interpellé la défenderesse par courrier du 12 juillet 2005, date à laquelle elle a formellement requis le versement de prestations d'invalidité définitives de la part de la défenderesse. En conséquence, les rentes d'invalidité pour enfant devront être servies dès le 18 avril 2004, avec un intérêt à 5 % dès le 12 juillet 2005 et la rente d'invalidité de la demanderesse avec un intérêt à 5 % dès le 1^{er} juin 2006, date à laquelle la rente provisoire a été supprimée.

11. La demande sera en conséquence admise et la défenderesse condamnée à verser à la demanderesse des rentes d'invalidité pour celle-ci et ses deux enfants dès le 18 avril 2004, sous déduction des pensions d'invalidité provisoires déjà versées, avec des intérêts moratoires au sens des considérants.
12. Une indemnité de fr. 2'500.- sera allouée à la demanderesse, à charge de la défenderesse.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

Préalablement :

2. Rejette la demande de suspension de la procédure.

Principalement :

3. Admet la demande.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une rente d'invalidité définitive à un taux de 40 % ainsi que des rentes d'invalidité pour ses deux enfants à un taux de 40 % dès le 18 avril 2004, sous déduction des prestations provisoires déjà versées, avec un intérêt moratoire de 5 % au sens des considérants.
5. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de fr. 2'500.-.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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