

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3810/2010

ATAS/370/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 4 avril 2011

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame P_____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

demanderesse

contre

FONDATION 2^{ème} PILIER SWISSSTAFFING, domiciliée c/o
HEWITT ASSOCIATES SA, avenue Edouard-Dubois 20,
Neuchâtel

défenderesse

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P _____ (ci-après l'assurée), née en 1965, a exercé notamment une activité en tant qu'indépendante de 1993 à 1997. De septembre 1998 à avril 2002, elle a travaillé auprès de X _____ S.A. en tant qu'agente de sécurité.
2. Dès le 10 septembre 2003, l'assurée a été engagée en tant que téléphoniste-réceptionniste à 60% auprès de Y _____ S.A., à Genève. Initialement prévu pour une durée indéterminée maximale de trois mois, le contrat de travail a ensuite été prolongé pour une durée indéterminée. Selon le contrat de mission temporaire, les horaires étaient interchangeable en cas de besoin et avec parfois la possibilité de faire un 100%.
3. Dans le cadre de cet emploi, l'assurée a bénéficié d'une couverture pour les risques vieillesse, invalidité et survivants de la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation 2^{ème} pilier de l'Union suisse des Services de l'emploi, devenue par la suite SWISSSTAFFING, Fondation de 2^{ème} pilier (ci-après la fondation de prévoyance).
4. Le 10 décembre 2003, l'employeur a annoncé à l'assurée son licenciement pour le 17 décembre 2003.
5. En quittant son lieu de travail le 10 décembre 2003, l'assurée est tombée dans les escaliers, ce qui lui provoqua un blocage lombaire et une incapacité de travail totale dès cette date, attestée par le Dr A _____, FMH en médecine générale. L'assurée n'a plus repris son activité professionnelle.
6. Dès le 18 décembre 2003, l'assurée a consulté la Dresse B _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie.
7. Le contrat de travail auprès de Y _____ S.A. a pris fin le 8 février 2004.
8. Le 1^{er} mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI) en raison d'une dépression profonde anxieuse diagnostiquée en 2002 par la Dresse C _____ et aggravée depuis. Il est mentionné que l'incapacité de travail entière remonte à fin décembre 2003.
9. L'OAI a recueilli l'avis des Dresses C _____ et B _____ et a confié au Dr D _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise.
10. Le 7 mars 2004, la Dresse C _____ a indiqué que la requête de l'assurée lui était étrangère ; elle ne l'avait pas revue depuis plus d'un an et elle ne soutenait pas ce projet.

-
11. Dans son rapport du 7 avril 2004, la Dresse B _____ a diagnostiqué des troubles de la mémoire depuis 2000 et un état dépressivo-anxieux chronique depuis 1999. Elle suivait l'assurée depuis le 18 décembre 2003. S'agissant de la capacité de travail de sa patiente, il n'y avait pas eu d'arrêt de travail attesté par certificat médical, mais l'assurée avait perdu ses places de travail de manière répétitive au motif qu'elle avait oublié ou omis des informations importantes.
 12. Par rapport du 24 mars 2006, le Dr D _____ a notamment diagnostiqué un trouble de somatisation, un trouble de conversion, un trouble dépressif majeur récurrent et un trouble panique avec agoraphobie en rémission partielle, une hyperphagie boulimique, une peur d'une dysmorphie corporelle, un trouble de la personnalité non spécifié, des traits de personnalité obsessionnels-compulsifs et des traits de personnalité abandonniques.

Sur le plan professionnel, l'assurée avait abandonné son activité indépendante en 1997 pour un emploi chez X _____ S.A., probablement mieux adapté à ses difficultés cognitives. Dans cette activité, elle gérait notamment neuf lignes de téléphone auprès de Z _____ S.A. et assumait par ailleurs des missions ponctuelles auprès d'autres entreprises, telles que XA _____ S.A. ou XB _____ S.A. L'assurée, qui travaillait alors jusqu'à 13 heures par jour, évoquait des difficultés liées à ses problèmes de concentration. Puis, Z _____ S.A. avait modifié le système de sécurité de son site et tous les employés de X _____ S.A., affectés à ce mandat, avaient été licenciés. L'assurée était alors restée à la maison à la demande de son époux, décrit comme déprimé et suicidaire. Cet arrêt professionnel, prévu pour trois ou quatre mois, s'était prolongé pendant plus d'un an. L'assurée avait ensuite été engagée auprès de Y _____ S.A., où elle gérait sept à huit lignes téléphoniques. L'assurée décrit des difficultés de mémoire et de concentration importantes. Elle explique que l'employeur lui faisait des propositions à caractère sexuel et ne tenait pas compte des refus de l'assurée. Il lui a annoncé son licenciement, en la déclarant incompetente. Fortement touchée par cette annonce, elle avait trébuché et était tombée dans les escaliers. Elle avait présenté un blocage lombaire pendant plus d'un mois.

Sur le plan thymique, l'expert notait en tout cas un épisode dépressif apparemment majeur en 1996 avec arrêt de travail durable, suivi d'une rémission et d'une rechute importante à partir de 2003 au moins. L'expert pouvait reconnaître une incapacité de travail totale depuis le 11 décembre 2003 au moins. Il était probable que la capacité de travail était déjà réduite auparavant, en tout cas dans une activité impliquant certaines capacités cognitives. Il relève que l'assurée décrit un statut d'active à 100%, l'emploi chez X _____ ayant semble-t-il atteint ce taux, et le poste de téléphoniste chez Y _____ S.A. devant également représenter un plein temps une fois la période d'essai passée.

13. Par rapport daté du 29 novembre 2006, la Dresse E _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assurée depuis le 23 septembre 2004, a expliqué que sa patiente avait développé, courant 2003, un état dépressif majeur sévère dans le cadre d'un trouble dysthymique grave avec épisodes dépressifs récurrents de longue date. Ce dernier épisode était survenu dans le contexte notamment de difficultés professionnelles croissantes. L'ampleur de cet état ainsi que l'apparition de lombalgies avaient motivé une incapacité de travail totale depuis le 11 décembre 2003. La patiente avait alors été prise en charge par la Dresse B _____ sur le plan psychique, qui avait depuis lors attesté une incapacité de travail totale, laquelle avait perduré. Le médecin note que jusqu'à cet épisode, la patiente avait toujours travaillé régulièrement. Devant l'accumulation de facteurs de stress, le divorce des parents en 1995, le décès d'une sœur en 1996, l'accident de circulation du mari qui était depuis 1993 à l'AI, et une fille de 13 ans ayant d'importants problèmes de santé, on relevait chez cette patiente l'apparition d'une symptomatologie dépressive courant 2003. Depuis lors, des événements de vie lourds à gérer sur le plan émotionnel se sont multipliés sans discontinuer et ont été autant de facteurs de stress pour l'assurée et n'ont pas permis l'obtention d'une amélioration. En raison des affections psychiques, l'incapacité de travail était totale depuis fin 2003 pour une durée indéterminée, mais de longue durée probablement. Enfin, l'état de santé s'était aggravé depuis l'expertise réalisée par le Dr D _____, en raison d'une grossesse non désirée.
14. Vu l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, l'OAI a mandaté le Dr F _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport du 11 octobre 2007, l'expert a notamment relevé que s'agissant de l'anamnèse professionnelle, il convenait de se référer à l'expertise du Dr D _____, très complète, car l'état de la patiente ne lui avait pas permis d'obtenir la moitié des éléments cités par le Dr D _____.

Le Dr F _____ a noté que l'expertise fouillée du Dr D _____ pouvait prêté éventuellement à confusion, dans la mesure où ce médecin posait plusieurs diagnostics que le Dr F _____ pensait pouvoir simplifier. Ainsi, le trouble de somatisation, le trouble de conversion, le trouble panique avec agoraphobie, l'hyperphagie boulimique et l'épisode dépressif pouvaient être regroupés sous le diagnostic de trouble dépressif récurrent fluctuant entre des intensités de légères à moyennes. S'ajoutait en outre un trouble de la personnalité, émotionnellement labile de type borderline, lequel était le diagnostic principal responsable de l'invalidité de l'assurée.

Selon l'expert, le trouble dépressif était probablement présent depuis 1999, comme noté par le Dr D _____. L'épisode dépressif avait probablement été invalidant, avec une incapacité de 100% entre 2003 et 2004. Le trouble émotionnellement labile de type borderline était un problème de structure de la personnalité, phénomène qui s'installe progressivement depuis la naissance jusqu'à

l'âge adulte. Les traits pathologiques du trouble de la personnalité devenaient problématiques et invalidants lors d'états de décompensation de la patiente. Selon l'expert, ce diagnostic, responsable de l'invalidité, devait être considéré comme invalidant depuis sa 1^{ère} grave décompensation en 2003. L'incapacité de travail était donc totale depuis 2003.

15. Mandaté par l'OAI, le Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu, par rapport du 29 janvier 2008, à l'absence d'affection neurologique, en particulier de pathologie cérébrale organique, mais à la présence de troubles attentionnels fluctuant avec fatigabilité et de troubles de la planification, soit une dysfonction attentionnelle liée au problème psychiatrique connu, engendrant une diminution de rendement de 20%.
16. Par décision du 16 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
17. Suite au recours interjeté par l'assurée contre cette décision, l'OAI a admis, dans le cadre de la procédure, le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2007 vu le trouble de la personnalité présenté par l'assurée. Restait toutefois litigieuse la fixation du début du droit à la rente, l'assurée faisant valoir que son incapacité de travail remontait à fin 2003.
18. Par arrêt du 27 novembre 2008, entré en force, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent, a retenu que l'assurée avait présenté depuis le 11 décembre 2003 une incapacité de travail totale, de sorte que le droit à une rente entière d'invalidité a été reconnu à partir du 1^{er} décembre 2004 (ATAS/1375/2008).
19. Par décision du 8 mai 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2004.
20. L'assurée s'est alors adressée à la fondation de prévoyance et a requis de sa part le versement d'une rente d'invalidité.
21. Le 18 août 2010, la fondation de prévoyance a rejeté la demande, considérant que l'assurée n'appartenait pas au cercle des personnes assurées par ses soins lorsqu'était survenue l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de son invalidité. Selon la fondation de prévoyance, au vu des pièces médicales, il est manifeste que la fixation du début de l'incapacité de travail au 11 décembre 2003, retenue tant par l'OAI que par le TCAS, avait pour seul but de simplifier la procédure en faisant coïncider l'incapacité de travail résultant de l'état dépressif de l'assurée avec l'incapacité de travail résultant de l'accident dont elle avait été victime le 9 décembre 2003. Selon la fondation de prévoyance, la date du 11 décembre 2003 ne ressort pas des rapports médicaux, lesquels font tous état d'un état dépressif-anxieux existant depuis plusieurs années. Au moment où l'assurée avait débuté son activité auprès de Y_____ S.A., elle souffrait déjà depuis

une année au moins d'une grave atteinte psychiatrique. Sa capacité de travail était donc nulle avant le début du rapport d'affiliation, fixé au 8 décembre 2003.

22. Le 8 novembre 2010, l'assurée, représentée par Maître Eric MAUGUE, a ouvert action devant le TCAS contre la fondation de prévoyance. Elle conclut au versement d'une rente d'invalidité à partir de décembre 2004, avec intérêts à 5% à compter du 8 novembre 2010. La demanderesse explique être assurée en matière de prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse depuis le 10 septembre 2003, soit depuis le début de sa prise d'emploi, et non pas depuis le 8 décembre 2003, comme le prétend la défenderesse. Les rapports de travail s'étaient détériorés en raison du fait que son employeur lui faisait des propositions à caractère sexuel. Elle explique que le 10 décembre 2003, lorsque son employeur lui a annoncé son licenciement, elle est tombée dans les escaliers en quittant son lieu de travail, ce qui lui provoqua un blocage lombaire et un arrêt de travail d'un mois attesté par le Dr A_____. Elle n'avait pas repris le travail depuis lors. Elle souffrait de troubles psychiques comme l'avaient constaté les médecins qui l'avaient examinée et le début de l'incapacité de travail durable avait été fixé au 11 décembre 2003. Cette appréciation était indiscutable et reposait sur des expertises dont le TCAS avait déjà apprécié la pleine valeur probante. Enfin, aucune incapacité de travail attestée n'était intervenue dans les années précédant la prise d'emploi auprès de Y_____ S.A.
23. Par réponse du 7 décembre 2010, la défenderesse conclut, principalement, au rejet du recours, et subsidiairement, au constat que les rentes d'invalidité échues avant le 8 novembre 2005 sont prescrites. S'agissant du début de l'affiliation, elle rappelle que la durée de la mission auprès de Y_____ S.A. était initialement prévue pour trois mois au maximum, de sorte que la demanderesse n'avait pas été affiliée dès le 1^{er} jour de travail, mais dès le 8 décembre 2003, date à laquelle sa mission avait été prolongée (art. 4 al. 2 du Règlement de prévoyance, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2000, versé à la procédure). Elle relève que les médecins font état de troubles psychiques existant depuis plusieurs années, d'une rechute importante depuis 2003 au moins et du fait que la demanderesse avait perdu de manière successive ses places de travail. La défenderesse fait valoir que le début de l'incapacité de travail doit être fixé au plus tard début 2003, au vu des rapports médicaux. La brève période durant laquelle la demanderesse avait travaillé auprès de Y_____ S.A., et qui s'était terminée par un licenciement, venait confirmer que sa capacité de travail était nulle, ou inférieure à 80%, bien avant le rapport d'affiliation. Ce dernier emploi pouvait être considéré comme étant une tentative de réinsertion qui s'était soldée par un échec dû à la maladie préexistante. Ainsi, l'affection invalidante s'était déclarée antérieurement à la période d'affiliation, intervenue le 8 décembre 2003, de sorte que la demanderesse n'avait pas droit à des prestations d'invalidité. Enfin, pour le cas où le droit à des prestations d'invalidité devait être néanmoins reconnu, les rentes d'invalidité échues avant le 8 décembre 2005 étaient prescrites selon l'art. 41 de la loi fédérale sur la prévoyance

professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 25 juin 1982 (LPP ; RS 831.40).

24. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a transmis une copie du dossier de l'assurée. Il en ressort notamment que la Dresse B _____ a attesté, par certificats des 5 avril et 21 juin 2004, que l'assurée n'est pas en mesure de travailler depuis décembre 2003, pour une durée indéterminée.
25. Par réplique du 11 février 2011, la demanderesse persiste dans ses conclusions. Selon elle, le contrat de travail avait été conclu pour une période indéterminée qui devait se poursuivre au-delà de trois mois. Le fait que le licenciement ait été donné avec un préavis de 7 jours le démontrait. Quoi qu'il en soit, la demanderesse est d'avis qu'elle était assurée par la défenderesse lorsque son incapacité de travail durable à l'origine de l'invalidité est survenue, soit à compter de décembre 2003. Par ailleurs, avant cette période d'assurance, il n'existait pas d'élément médical contemporain à cette époque qui atteste d'une quelconque incapacité de travail. La demanderesse relève que le Dr D _____ avait à tort évoqué le licenciement par X _____ S.A. comme ayant entraîné un état dépressif majeur et probable dès 2003, compte tenu de la prise en charge psychologique puis psychiatrique qui avait été alors entamée. Or, la demanderesse rappelle que cette prise en charge psychologique et psychiatrique était intervenue après la fin des rapports auprès de Y _____ S.A. et non pas auparavant. La demanderesse fait valoir que même si les troubles psychiques existent de longue date, ils ne l'ont pas empêchée de travailler durant de longues années. Le Dr F _____ avait observé d'ailleurs que le trouble dépressif devait être considéré comme invalidant seulement à partir de sa première grave décompensation en 2003.
26. Par duplique du 14 mars 2011, la défenderesse persiste également dans ses conclusions. Elle fait valoir, en se fondant sur l'enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 14 septembre 2006 et sur l'instruction relative à une allocation pour impotent du 30 janvier 2009 que la demanderesse, après son emploi auprès de X _____ S.A., avait déclaré à plusieurs reprises vouloir reprendre une activité simple adaptée à ses problèmes de santé. Par ailleurs, la demanderesse avait déposé une demande de prestations AI le 16 février 2004, soit à peine trois mois après le début de son incapacité de travail due à l'accident. Selon la défenderesse, cela démontrerait que la demanderesse se sentait atteinte dans sa santé bien avant décembre 2003. Il était mentionné dans cette demande que la dépression profonde anxieuse avait été diagnostiquée en 2002 par la Dresse C _____. Or, malgré la demande de l'OAI, cette praticienne n'avait pas complété le rapport, indiquant qu'elle ne soutenait pas la démarche de la demanderesse. Par ailleurs, selon la défenderesse, l'OAI avait retenu à tort un statut d'actif concernant la demanderesse, puisque celle-ci travaillait à 60% chez Y _____ S.A.

27. Après avoir transmis une copie de cette écriture à la demanderesse, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) 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, loi fédérale, du 30 mars 1911, complétant le code civil suisse (CO ; RS 220); art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 LPP; art. 142 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210)).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

En l'espèce, la demanderesse a exercé son activité à Genève. La compétence *ratione loci* du Tribunal de céans est ainsi établie, et n'est par ailleurs pas contestée.

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

2. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1).

En l'espèce, le présent litige concerne le droit à des prestations à compter du 1^{er} décembre 2004. Il sera par conséquent examiné à la lumière des anciennes dispositions pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2004 et au regard des nouvelles pour la période postérieure.

3. Est litigieux, le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité, plus particulièrement le point de savoir si l'événement assuré au titre de la prévoyance

professionnelle est survenu pendant la période durant laquelle la demanderesse a été assurée auprès de la défenderesse.

4. A titre préalable, il y a lieu de rappeler que les salariés engagés pour une durée limitée ne dépassant pas trois mois ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire. En cas de prolongation des rapports de travail au-delà de trois mois, le salarié est assujéti à l'assurance obligatoire dès le moment où la prolongation a été convenue (art. 1 al. 1 let. b de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984 (OPP 2 ; RS 831.441.1). L'obligation d'être assuré cesse notamment en cas de dissolution des rapports de travail (art. 10 al. 2 let. b LPP). Selon l'art. 10 al. 3 LPP, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance.

Le Règlement de prévoyance prévoit que les collaborateurs engagés par contrat de mission pour une durée inférieure à 3 mois ne sont pas affiliés. Cependant, si en cours de mission, celle-ci est prolongée et qu'ainsi la durée de l'engagement dépasse trois mois, l'affiliation est fixée au premier jour de la prolongation. Dans les autres cas, si la durée de l'engagement se prolonge au-delà de trois mois, le début de l'affiliation est fixé au 1^{er} jour du 4^{ème} mois, soit au 1^{er} jour de la 14^{ème} semaine (art. 4 al. 2). S'agissant de la fin de l'affiliation, l'art. 6 du Règlement de prévoyance reprend les mêmes termes que la loi.

En l'espèce, la demanderesse a été engagée pour une durée limitée à trois mois, mais les rapports de travail ont été prolongés au-delà des trois mois, ce qui n'est pas contesté par les parties. S'agissant de déterminer le jour où la mission a été prolongée, à défaut d'éléments contraires résultant des pièces versées au dossier, il y a lieu de retenir la date mentionnée dans l'avis de sortie établi le 11 mai 2004 par la défenderesse, soit le 8 décembre 2003.

La demanderesse n'ayant pas été engagée par un nouvel employeur à l'expiration du délai d'un mois à compter du 8 février 2004 - date à laquelle a pris fin son contrat de travail selon l'employeur (pièce 12 chargé demanderesse) - la demanderesse a donc été assurée auprès de la défenderesse à compter du 8 décembre 2003 jusqu'au 8 mars 2004 (art. 10 al. 3 LPP).

5. Selon l'art. 23 LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 pour cent au moins au sens de l'AI et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

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'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance

du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine; consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003. L'institution de prévoyance est touchée au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73). Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 273 s. consid. 3.1, 129 V 76).

Dans le cas particulier, l'OAI n'a pas notifié sa décision à la défenderesse. Celle-ci n'est donc pas liée par la fixation par les organes de l'assurance-invalidité du moment de la survenance de l'incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir si les dispositions réglementaires de la défenderesse reprennent la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité.

6. Ont droit à des prestations d'invalidité, les personnes invalides qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23, 2e partie de la phrase, LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004). Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. A cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295, arrêt B 35/00 du 22 février 2002).

Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée

est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 263 consid. 1a, 118 V 45 consid. 5).

Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). 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 de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa).

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

7. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la demanderesse est en invalidité totale en raison de troubles psychiques. En effet, dans son rapport du 7 avril 2004, la Dresse B _____, psychiatre traitant depuis le 18 décembre 2003, notait que la demanderesse souffre d'un état dépressivo-anxieux. Par la suite, l'expert D _____ a relevé un trouble de somatisation, un trouble de conversion, un trouble dépressif majeur récurrent et un trouble panique avec agoraphobie en rémission partielle, une hyperphagie boulimique, une peur d'une dysmorphie corporelle, un trouble de la personnalité non spécifié, des traits de personnalité obsessionnels-compulsifs et des traits de personnalité abandonniques (rapport du 24 mars 2006). La Dresse E _____, psychiatre traitant depuis le 23 septembre 2004, a également constaté un état dépressif majeur sévère dans le cadre d'un trouble dysthymique grave avec épisodes dépressifs récurrents de longue date (rapport du 29 novembre 2006). Finalement, l'expertise du Dr F _____ a mis en évidence deux troubles psychiques, à savoir un trouble dépressif récurrent et un

trouble de la personnalité, émotionnellement labile de type borderline, ce dernier étant le diagnostic principal responsable de l'invalidité de la demanderesse (rapport du 11 octobre 2007).

b) Cela étant, il convient de déterminer à quel moment l'atteinte à la santé psychique a entraîné une incapacité de travail d'une certaine importance.

Interrogé à cet égard, le Dr D _____ a estimé que l'incapacité de travail totale remontait au 11 décembre 2003 au moins, précisant qu'il était probable que la capacité de travail était déjà réduite auparavant, en tout cas dans une activité impliquant certaines capacités cognitives. Selon la Dresse E _____, l'ampleur de l'état dépressif majeur sévère présenté par la demanderesse ainsi que l'apparition de lombalgies ont motivé une incapacité de travail totale depuis le 11 décembre 2003. L'assurée avait alors été prise en charge sur le plan psychique dès le 18 décembre 2003 par la Dresse B _____, qui avait attesté d'une incapacité de travail totale qui avait perduré (rapport du 29 novembre 2006). Les certificats médicaux établis par la Dresse B _____ ont effectivement été versés au dossier de la demanderesse auprès de l'OAI. Enfin, selon le Dr F _____, l'épisode dépressif avait probablement été invalidant, avec une incapacité de travail totale entre 2003 et 2004. S'agissant du diagnostic principalement responsable de l'invalidité de la demanderesse, soit le trouble émotionnellement labile de type borderline, les traits pathologiques étaient devenus problématiques et invalidants depuis la première grave décompensation en 2003. L'expert explique enfin que la perte de son emploi a amené la demanderesse à consulter la Dresse B _____ qui avait alors constaté un état d'anxiété extrême qui paralysait la demanderesse (rapport du 11 octobre 2007).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante que dès le 18 décembre 2003, soit la date à laquelle la demanderesse a consulté la Dresse B _____, la demanderesse présentait une incapacité de travail totale en raison de troubles psychiques.

Selon la défenderesse, au vu des expressions utilisées par les médecins pour fixer le début de l'incapacité de travail, telles que « en 2003 » ou « depuis le 11 décembre 2003 au moins », celle-ci aurait débuté avant le 8 décembre 2003, soit avant l'affiliation de la demanderesse.

S'il est exact que le Dr D _____ a estimé qu'il est probable que la capacité de travail de la demanderesse était déjà réduite avant le 11 décembre 2003, il n'en demeure pas moins qu'il n'a nullement précisé le taux de cette hypothétique réduction. Or, on rappellera à cet égard, que l'incapacité de travail déterminante au sens de l'art. 23 LPP doit être d'une certaine importance. De surcroît, le moment de sa survenance ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement

spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales.

Quoi qu'il en soit, il ressort du dossier versé à la procédure que la demanderesse a exercé une activité professionnelle pour le compte de X_____ S.A. de septembre 1998 à avril 2002, période pendant laquelle elle avait travaillé jusqu'à 13 heures par jour. Ensuite, la demanderesse est restée à la maison pour s'occuper de son mari malade. A compter du 10 septembre 2003, elle a été engagée par Y_____ S.A. en tant que téléphoniste-réceptionniste, à 60% certes, mais avec la possibilité d'effectuer un 100%. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a retenu un statut d'actif pour la demanderesse, celle-ci ayant toujours déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps (pièce 143 dossier OAI). La Cour de céans observe par ailleurs, qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée, que ce soit en 2002 ou en 2003 avant la prise d'emploi auprès de Y_____ S.A. Partant, on ne saurait retenir que l'activité exercée par la demanderesse pour le compte de Y_____ S.A, dès le 10 septembre 2003, n'a été qu'une tentative de réinsertion, comme le fait valoir la défenderesse.

Par ailleurs, la Dresse B_____ a certes indiqué, comme l'invoque la défenderesse, que la demanderesse a perdu ses places de travail de manière répétitive en raison de ses troubles de la mémoire. On relèvera néanmoins que quand bien même les rapports médicaux font effectivement état de plaintes de la part de la demanderesse quant à ses problèmes de concentration et des troubles de mémoire lors de l'exercice de ses activités professionnelles, il n'en demeure pas moins qu'aucun élément au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles psychiques entraînaient en 2002 ou avant le 8 décembre 2003 - date déterminante du début de l'affiliation - une incapacité de travail d'une certaine importance au sens de l'art. 23 LPP. Pour ce motif également, on ne saurait retenir l'argument que fait valoir la défenderesse selon lequel la demanderesse s'estimait atteinte dans sa santé bien avant décembre 2003 puisqu'elle avait déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI trois mois après le début de son incapacité de travail.

Enfin, que les affections psychiques dont souffre la demanderesse soient apparues avant sa prise d'emploi auprès de Y_____ S.A., comme le fait valoir la défenderesse, n'est en aucun cas déterminant. Ce n'est en effet pas l'apparition des troubles comme telle qui fonde l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP, mais bien la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance due à l'affection invalidante.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les troubles psychiques - qui sont la cause de l'invalidité à 100% de la demanderesse - ont entraîné une incapacité de travail totale à compter du 18 décembre 2003. Or, à cette date-là, la demanderesse était assurée auprès de la défenderesse.

Dans ces circonstances, il convient d'admettre que la condition d'assurance posée par l'art. 23 LPP est en l'espèce réalisée, de sorte que la demanderesse a droit à une rente entière d'invalidité de la part de la défenderesse.

11. Il y a encore lieu d'examiner la question de la prescription des prestations, la défenderesse faisant valoir que les rentes d'invalidité échues avant le 8 décembre 2005 sont prescrites.

a) L'art. 41 aLPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, avait la teneur suivante :

« 1. Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables.

2. L'al. 1 s'applique aussi aux actions fondées sur les contrats conclus entre institutions de prévoyance et institutions d'assurance soumises à la surveillance des assurances. »

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'art. 41 LPP règle la prescription du droit aux prestations de la manière suivante :

« 1. Le droit aux prestations ne se prescrit pas pour autant que les assurés n'aient pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance.

2. Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables. »

Suite à la première révision LPP, le droit à la rente de base est, le cas échéant, imprescriptible, mais les versements de rentes pris individuellement sont, quant à eux, toujours soumis au même délai de prescription de cinq ans (FF 2000 2694 ; ATF non publié du 28 septembre 2007, cause 9C_321/2007).

Lorsque, comme en l'occurrence, la loi ne contient pas de disposition transitoire en ce qui concerne le régime de prescription applicable, la jurisprudence et la doctrine considèrent que la nouvelle réglementation est applicable aux prétentions relevant de l'ancien droit, si celles-ci, bien que nées et exigibles avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, ne sont pas encore prescrites ou périmées à ce moment-là (ATF 132 V 159 consid. 2 p. 161, 131 V 425 consid. 5.2 p. 42, 111 II 193, 107 Ib 198 consid. 7b/aa p. 203, 102 V 206 consid. 2 p. 207; Rhinow/Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, no 15 B III d p. 45; Attilio Gadola, Verjährung und Verwirkung im öffentlichen Recht, in : PJA 1/95, p. 58).

b) L'exigibilité d'une prestation de la prévoyance professionnelle se situe lors de la naissance du droit à ladite prestation selon les dispositions légales et réglementaires

qui lui sont applicables (ATF 126 V 263 consid. 3a, 117 V 308 consid. 2c; cf. aussi ATF 124 V 276). Selon l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. L'art. 30 al. 2 du Règlement de prévoyance prévoit que le droit à la rente d'invalidité prend naissance le jour de l'ouverture du droit à la rente AI.

c) Selon l'art. 135 du Code des obligations, loi fédérale, du 30 mars 1911, complétant le code civil suisse (CO ; RS 220), la prescription est interrompue lorsque le débiteur reconnaît la dette, notamment en payant des intérêts ou des acomptes, en constituant un gage ou en fournissant une caution ; lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou par une citation en conciliation.

8. Dans le cas d'espèce, la naissance du droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle - et son exigibilité - doit être fixé au 1^{er} décembre 2004, soit le jour de l'ouverture du droit à la rente de l'assurance-invalidité (décision de l'OAI du 8 mai 2009). Au regard de l'art. 41 LPP, applicable en l'espèce dans sa nouvelle teneur, ce droit n'est pas prescrit. La défenderesse ne l'invoque au demeurant pas.

S'agissant par contre des versements de rentes pris individuellement - soumis au délai de prescription quinquennale - la Cour de céans constate qu'aucun acte interruptif de prescription, au sens de l'art. 135 CO, n'a été effectué avant le dépôt de la demande en justice, le 8 novembre 2010.

Il s'ensuit que les rentes réclamées par la demanderesse pour la période du 1^{er} décembre 2004 au 7 novembre 2005 sont prescrites.

9. Enfin, conformément à la jurisprudence, on admettra que la défenderesse est tenue de verser un intérêt moratoire à partir du 8 novembre 2010, date à laquelle la Cour de céans a été saisie, sur les prestations qui sont dues à la demanderesse; le taux de l'intérêt étant fixé à 5 % en l'absence de dispositions réglementaires sur ce point (ATF 119 V 131; RSAS 1997 p. 470 consid. 4 ; ATFA non publié du 26 janvier 2006, B 25/04).
10. Compte tenu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise et la défenderesse condamnée à verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité à compter du 8 novembre 2005, avec intérêts à 5% depuis le 8 novembre 2010. La demanderesse obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera attribuée à titre de dépens (art. 89H al. 3 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une rente entière d'invalidité à compter du 8 novembre 2005, avec intérêts à 5% dès le 8 novembre 2010.
4. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

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