RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/385/2023 **ATAS/943/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 décembre 2023

Chambre 15

En la cause

A_____ demanderesse
représentée par BCPA Sàrl

contre

CAISSE DE PRÉVOYANCE DE L'ÉTAT DE GENÈVE (CPEG) défenderesse

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Du 1er septembre 2004 au 27 septembre 2008, Madame B_____ (ci-après : assurée) a été employée par la C_____ (actuellement : D_____) en qualité d'aide-familiale à un taux de 80% pour un salaire de CHF 4'087.40 par mois. Elle était à ce titre assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de l'ancienne CAISSE DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS MÉDICAUX DU CANTON DE GENÈVE, laquelle a entretemps été reprise, par suite de fusion, par la CAISSE DE PRÉVOYANCE DE L'ÉTAT DE GENÈVE (CPEG) (ci-après : CPEG ou défenderesse).

b. Du 1er décembre 2006 au 15 avril 2007, l'assurée a connu une incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif moyen récurrent (depuis 2000). Le 16 avril 2007, elle a retrouvé une capacité de travail à 50%. Entre le 4 et le 14 décembre 2007, l'assurée a, à nouveau, été en arrêt total de travail, puis a repris à 50% (de son 80%) le 15 décembre 2007 jusqu'au 5 mars 2008.

c. L'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le 7 novembre 2007, laquelle a été refusée compte tenu du fait que le taux d'invalidité de l'assurée n'était que de 38% (décision du 24 avril 2008). L'OAI avait retenu une incapacité de travail de 30% dans l'activité professionnelle (exercée à 80% selon un statut mixte non contesté alors par l'assurée) et de 7% dans la sphère ménagère (20%).

d. L'assurée a quitté son emploi, le 27 septembre 2008.

e. L'assurée a ensuite suivi avec succès une formation continue à l'École de Secrétariat Femmes et Profession de janvier à mai 2009.

f. À l'issue d'une période de chômage de deux ans, l'assurée a travaillé durant quelques mois comme assistante administrative à l'office cantonal de l'emploi durant l'année 2010 (curriculum vitae), puis dès le 1er février 2011, elle a été engagée en qualité de secrétaire pour la société E_____ à Genève à un taux de 80% pour un salaire annuel brut de CHF 63'320.-, soit CHF 5'276.- par mois (contrat de travail).

g. Elle a connu une nouvelle dépression dès le mois d'octobre 2012 et a déposé une deuxième demande auprès de l'OAI, le 18 mars 2013, sur laquelle ce dernier a refusé d'entrer en matière, l'assurée n'ayant pas rendu plausible la modification de son état de santé depuis la dernière décision du 24 avril 2008. L'assurée n'a pas contesté cette décision. Elle a continué son activité professionnelle de secrétaire pour le compte de son employeur.

h. Le 29 juin 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI pour une dépression récidivante avec premiers symptômes en 2000. Elle y indiquait être en incapacité totale de travailler dès le 4 mars 2016. Elle était toujours employée à un taux de 80% pour la même société et recevait des

indemnités journalières de l'assurance-maladie de son employeur. Elle était alors affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la fondation A_____ (ci-après : A_____ ou demanderesse). Son médecin, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie, exposait dans un rapport destiné à l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré et posait les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent, épisode alors moyen (F33.1), phobie sociale (F40.1) et anxiété généralisée (F41.1). La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais de 30% dans une activité avec un rendement réduit.

i. En parallèle à la procédure devant l'OAI, l'assureur perte de gain maladie de l'assurée a ordonné une expertise à l'issue de laquelle l'expert a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail complète dans son activité, mais que l'on pouvait supposer que l'assurée, qui le souhaitait, pouvait exercer une activité adaptée à 50% dès mi-juillet 2017.

j. L'employeur de l'assurée a résilié le contrat de travail les liant avec effet au 30 juin 2017. À la suite de quoi, l'assurée a continué à percevoir des indemnités journalières de son assureur-maladie jusqu'au 2 octobre 2017, puis a été mise au bénéfice d'indemnités journalières de l'OAI et de mesures de réinsertion.

k. Par projet de décision du 8 août 2017, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 80% dès le 1er mars 2016 ouvrant le droit à une pleine rente dès le 1er mars 2017 (après le délai d'attente d'un an), l'incapacité de travail dans la sphère professionnelle était de 80% dès le 1er mars 2016 et de 0% dans la sphère ménagère. Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et 20% à ses tâches ménagères.

l. A_____ s'est opposée à ce projet. Il n'était « absolument pas envisageable d'accorder une rente entière d'invalidité sur simple recommandation du médecin traitant et/ou [du]conseiller en réadaptation ».

m. Par décision du 11 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet à l'issue d'une instruction médicale (expertise) et a octroyé une rente entière à l'assurée avec effet au 1er mars 2017. Il ressort de l'expertise que l'assurée a connu un important épisode dépressif en 2002 dans le contexte d'épuisement professionnel comme aide familiale ainsi que du décès de son père, du prononcé de son divorce, d'une formation en cours et du souci de gérer ses enfants (nés respectivement en 1999 et 1997). Elle avait été prise en charge par le psychiatre F_____ qui lui avait prescrit des antidépresseurs. Elle avait ensuite eu une mauvaise expérience avec le successeur de ce médecin, puis avait été suivie par son actuel psychiatre, le docteur G_____, à raison au début d'une fois toutes les deux à trois semaines, puis une fois par mois. En 2016, l'assurée avait eu un nouvel épisode dépressif à la suite d'un conflit avec sa fille alors âgée de 17 ans qui avait souhaité rejoindre son père au Brésil.

n. A_____ a alors été tenue d'accorder à son assurée des prestations préalables pour invalidité, ce qu'elle a fait à partir du 1er octobre 2018 jusqu'à ce jour.

o. Interrogée par A_____, la CPEG a refusé d'entrer en matière sur les prestations dues à son ex-assurée compte tenu de la rupture du lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue alors que cette dernière faisait encore partie de ses assurés et l'invalidité survenue ultérieurement.

B. **a.** Par demande du 3 février 2023, A_____ a ouvert action devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre des assurances sociales) contre la CPEG, en concluant à la restitution des prestations préalables (non chiffrées) qu'elle a versées à l'assurée, sous suite de frais et dépens.

b. La CPEG a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

c. A_____ a répliqué et maintenu sa demande par acte du 19 avril 2023.

d. Par acte du 9 mai 2023, la CPEG a dupliqué en persistant dans ses conclusions.

e. Les arguments des parties seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit ci-dessous.

EN DROIT

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

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

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

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

Partant, elle est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de l'action intentée par la demanderesse contre la défenderesse fondée sur l'art. 26 al. 4 LPP, singulièrement sur la question de savoir si l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité présentée par l'assurée est survenue alors que celle-ci était encore affiliée à la défenderesse, de telle sorte que

cette dernière serait tenue de restituer à la demanderesse le montant des prestations préalables versées.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Les prestations d'invalidité au sens de l'art. 23 let. a LPP sont dues par l'institution de prévoyance auprès de laquelle l'ayant droit était affilié lors de la réalisation du risque assuré. Est uniquement déterminante à cet égard la survenance de l'incapacité de travail qui est à l'origine de l'invalidité, indépendamment du début du droit à des prestations d'invalidité et de l'ampleur de celles-ci. La condition de la qualité d'assuré doit donc être remplie uniquement au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement aussi lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité elle-même. 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 (art. 26 al. 3 LPP a contrario; ATF 136 V 65 consid. 3.1).

3.2 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 270 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.

3.3 La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité exigée par la jurisprudence pour fonder l'obligation de prester d'une institution de prévoyance à laquelle était affilié l'intéressé (ATF 130 V 270 consid. 4.1 p. 275 et les arrêts cités) suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou dans le champ des activités habituelles qui est déterminante (ATF

134 V 20 consid. 3.2.2 p. 23 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure - en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée - se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit cependant permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5).

La connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est ainsi interrompue lorsqu'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité lucrative adaptée existe durant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4 et 4.5) et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3).

3.4 Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.2). À cet égard, le règlement de la défenderesse prévoit que le membre salarié reconnu invalide par l'AI l'est nécessairement par la Caisse (art. 33 al. 1, 1ère phrase RCPEG, état au 10 février 2017, applicable au vu de l'invalidité de l'assurée au 1er mars 2016), de sorte que la défenderesse se fonde sur les conclusions de l'OAI en cas d'octroi de rente entière comme en l'espèce.

3.5 Dans le cas présent, l'OAI a retenu dans sa décision de 2020 que l'assurée était incapable de travailler dès le mois de mars 2016. L'OAI a plus précisément évalué l'invalidité à 80% dans la l'activité professionnelle exercée à un taux de 80% et a nié l'invalidité dans la sphère ménagère (20%), ce taux ouvrant à l'assurée le droit à une pleine rente.

Avant l'octroi de cette rente, l'assurée, employée à un taux de 80% depuis le 1er février 2011, avait connu plusieurs incapacités de travail. L'assurée avait ainsi déjà été en incapacité de travailler lorsqu'elle était affiliée à la défenderesse entre 2004 et 2008, plus précisément dès le mois d'octobre 2006, de sorte qu'il convient d'examiner si l'incapacité de travail d'alors est à l'origine de l'invalidité ultérieure, ce qui justifierait la prise en charge par la défenderesse des prestations d'invalidité.

L'affection à l'origine de l'invalidité reconnue par l'OAI est une atteinte psychique (dépression récurrente), à l'instar de celle qui s'était manifestée pendant le rapport

de prévoyance précédent (entre la défenderesse et l'assurée), de telle sorte qu'il existe une connexité matérielle entre celles-ci.

Quant à la connexité temporelle, il sied de relever que l'assurée a sollicité, lorsqu'elle était affiliée à la défenderesse, des prestations d'invalidité qui lui ont été refusées, dans la mesure où au vu de l'incapacité de travail de 30% dans le cadre d'un emploi à 80%, son taux d'invalidité était inférieur à 40% (décision de l'OAI de 2008). L'assurée a, par la suite, quitté son emploi d'aide familiale et a entrepris une formation dans le domaine du secrétariat, domaine dans lequel elle a travaillé à la fin de sa période de chômage et dès le 1er février 2011 pour un nouvel employeur. La fin de son contrat d'aide familiale a mis un terme à son affiliation à la défenderesse. Engagée dès le mois de février 2011 en qualité de secrétaire, l'assurée a continué à travailler à un taux de 80% et à se consacrer le reste du temps à sa sphère familiale. L'assurée a travaillé auprès de ce nouvel employeur du mois de février 2011 au mois d'octobre 2012, sans présenter d'incapacité de travail.

La demanderesse considère néanmoins que l'assurée n'a pas recouvré une capacité de travail de plus de 80% comme requis par la jurisprudence pour rompre le lien de causalité temporelle puisque l'assurée « n'aurait jamais caché son désir de reprendre une activité professionnelle à 100%, notamment à partir de 2011 ». Elle aurait présenté une incapacité de travail et de gain de 20% au moins.

Force est cependant de constater que l'assurée a bel et bien conclu un contrat de travail de secrétaire pour un taux de 80% comme c'était le cas par le passé et a exercé à ce taux contractuel durant 1 an et 9 mois sans incapacité de travail. Aucun élément médical ne vient attester qu'elle aurait été en incapacité de travail de 20% durant cette période. Il faut dès lors admettre qu'elle avait alors recouvré une capacité de travail de 100% au vu de son engagement à 80%. L'allégation selon laquelle elle aurait eu le désir de « reprendre » une activité à plein temps dès 2011 ne ressort pas davantage du dossier, l'assurée ne l'ayant jamais mentionné avant ni dans sa troisième demande de prestations d'invalidité. Dans les faits, elle n'a d'ailleurs pas réduit son taux d'occupation lorsqu'elle a accepté son contrat en février 2011 par rapport à ses précédents emplois. L'on ajoutera que le fait que l'assurée ait indiqué dans le cadre de l'examen de sa dernière demande d'invalidité et ce, uniquement au stade de l'enquête à domicile, qu'elle aurait souhaité, sans son atteinte à la santé, exercer une activité à 100% n'a pas été retenu par l'OAI, lequel a maintenu le statut mixte 80/20% que l'assurée n'a pas contesté. Dans l'expertise mise en œuvre par l'OAI lors de l'instruction de la troisième demande, il a été établi que l'assurée était en incapacité de travail à 80% (80% d'un taux de travail à 80% dans la sphère professionnelle), à partir du mois de mars 2016. Ce n'est ainsi qu'à partir du mois de mars 2016 que l'incapacité de travail de l'assurée dans toute activité a été reconnue par l'OAI à hauteur de 80% (décision de 2020).

L'assurée a effectivement réalisé pendant près de deux ans un revenu supérieur à celui qu'elle réalisait alors qu'elle était affiliée à la défenderesse pour un emploi à un même taux horaire. Par ailleurs, ensuite de son arrêt de travail d'octobre 2012 et du deuxième refus de l'OAI, l'assurée a continué à être employée par le même employeur au même taux horaire de 80% jusqu'à son incapacité de travail de mars 2016.

Au vu des éléments qui précèdent et notamment du contenu de la décision de l'OAI ayant force contraignante, l'on doit constater que l'assurée a retrouvé une capacité de travail entière dans son activité à un taux de 80%, à tout le moins dès le mois de février 2011 et jusqu'au mois d'octobre 2012, puis de 2013 à mars 2016 et que ce n'est qu'à partir du mois de mars 2016 que la capacité de travail a, à nouveau, été affectée par l'atteinte à la santé. Contrairement à son incapacité de travail attestée médicalement dès le mois de mars 2016, la capacité de travail de l'assurée dans son emploi de secrétaire à 80% n'était pas réduite, notamment au terme de la troisième demande de prestations d'invalidité, de sorte que sa capacité de travail était préalablement entière dans l'activité professionnelle. L'OAI n'a pas, contrairement à l'allégué de la demanderesse, retenu un taux d'invalidité de 100% dès le 1er mars 2017, mais de 80%, ce qui suffisait à ouvrir le droit à une pleine rente d'invalidité.

Le lien de connexité temporelle a dès lors été interrompu au sens de la jurisprudence précitée.

En raison de l'interruption du lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail originelle et l'invalidité, il n'appartenait pas à la défenderesse de restituer les prestations préalables versées par la demanderesse à l'assurée.

4. Les caisses de pension n'ont en principe pas droit à des dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4; ATAS/592/2022 du 28 juin 2022 consid. 10). Ces exceptions n'étant pas réalisées en l'espèce, la défenderesse, qui obtient gain de cause, mais n'est pas représentée ne saurait se voir allouer une indemnité à titre de dépens.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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
Nathalie KOMAISKI	Marine WYSSENBACH

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