

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/54/2008

ATAS/620/2009

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 26 mai 2009**

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée à ZÜRICH, comparant par  
Maître Thomas LAUBE en l'Étude de qui elle élit domicile

demanderesse

contre

PROGRESSA, Fondation collective LPP, sise 16, avenue  
Eugène-Pittard, GENÈVE,

défenderesse

Sammelstiftung Vita, p.a. « Zürich » Lebensversicherungs-  
Gesellschaft, Austrasse 46, ZÜRICH

intervenante

et

Allianz Suisse Société d'Assurances, sise Bleicherweg 19,  
ZÜRICH

appelée en cause

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

### EN FAIT

1. Née en 1958, Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la demanderesse), médecin-dentiste, exploitait un cabinet dentaire privé à Neuchâtel, d'abord sous la raison sociale « X \_\_\_\_\_ Sàrl », puis en raison individuelle.
2. Le 2 décembre 1998, l'assurée a conclu une convention d'adhésion avec Allianz Suisse Société d'Assurances (alors « Fondation collective LPP de l'ELVIA Vie, Société Suisse d'Assurances sur la Vie » ; ci-après l'appelée en cause), aux termes de laquelle celle-ci s'engageait, selon les conditions générales, à lui verser des prestations en cas d'invalidité à raison de 25% au moins, pour autant, notamment, que la couverture d'assurance soit en vigueur au moment de la survenance de l'incapacité de gain.
3. Par lettre adressée à l'appelée en cause le 20 mai 2000, l'assurée a déclaré résilier la convention susmentionnée pour sa prochaine échéance, le 31 décembre 2000.
4. Le 22 décembre 2000, elle a conclu une convention d'adhésion avec « PROGRESSA, Fondation collective LPP de la GENEVOISE, Compagnie d'Assurances sur la Vie, Genève » (ci-après la défenderesse), qui établissait, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001, un plan de prévoyance professionnelle pour l'employeur et son personnel, comprenant notamment le versement, après un délai d'attente de vingt-quatre mois, d'une rente correspondant à 40% du salaire AVS en cas d'invalidité.
5. Le 30 décembre 2000, l'assurée a été victime d'un accident de motocycle. Le lourd engin dont elle était la passagère s'est couché sur sa jambe gauche, et c'est avec l'aide de tiers qu'elle a pu se dégager.
6. Selon le rapport médical établi le 2 novembre 2001 par le docteur L \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, divers traitements ont été prodigués à l'assurée qui s'était déplacée pendant deux mois au moyen de cannes, et qui avait repris son activité professionnelle à plein temps le 1<sup>er</sup> avril 2001.
7. Il ressort en outre des relevés fournis par l'assurance-accidents que l'assurée avait repris l'exercice de son activité professionnelle le 15 janvier 2001 à 80% et à 90% à partir du 22 janvier suivant avant de pratiquer à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001.
8. Selon les certificats médicaux établis par le docteur M \_\_\_\_\_, médecin généraliste, l'assurée a, pour cause de maladie, présenté une totale incapacité de travail du 25 décembre 2002 au 6 janvier 2003, puis de 50% du 20 mars au 4 mai, l'activité professionnelle étant reprise à plein temps le 5 mai 2003. Par la suite, soit du 28 juillet au 31 août 2003, l'assurée a présenté une incapacité de travail de 50%, puis à nouveau une incapacité totale du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 8 août 2004 et, enfin, de 50% à partir du 9 août 2004.

9. En août 2003, l'assurée a cessé l'exploitation de son cabinet dentaire et s'en est dessaisi.
10. Par demande adressée à l'Office AI du canton de Zürich et enregistrée le 5 novembre 2004, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) sous forme d'une rente.

C'est le lieu de relever qu'au titre des indications concernant l'atteinte à la santé, le formulaire de demande précise ce qui suit : « À l'origine accident de moto le 30.12. 2000 ; douleurs chroniques au pied gauche (entre autre) ayant engendré un état anxio-dépressif, et d'autres problèmes physiques (dérèglement chaîne musculaire jusqu'à la nuque) ».

11. Par décision du 21 mars 2006, l'Office AI du canton de Zurich a reconnu le droit de l'assurée au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 30 décembre 2001, le taux d'invalidité étant fixé à 100%, puis le droit au versement d'une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2004, le taux d'invalidité étant depuis lors fixé à 56%. Il ressort notamment de la motivation de cette décision que l'administration avait retenu l'incapacité totale de travailler de l'assurée dès le mois de décembre 2000 et une amélioration sensible de son état de santé dès le mois d'août 2004.
12. Par lettre du 8 mai 2006, l'assurée a communiqué cette décision à la défenderesse et demandé le versement de la rente accordée.
13. Par lettre adressée en copie à l'assurée le 16 novembre 2006, « Zurich » Compagnie d'Assurances a informé ses destinataires qu'elle se voyait dans l'obligation d'annuler le contrat du 1<sup>er</sup> janvier 2001 dès le début, dès lors que l'assurée avait été reconnue totalement incapable de travailler depuis décembre 2000 et qu'elle n'était donc pas assurable le 1<sup>er</sup> janvier 2001, conformément au Règlement de prévoyance Progressa. La défenderesse invitait l'assurée à annoncer son cas de sinistre à la Fondation de prévoyance à laquelle elle était affiliée au moment où était survenue l'incapacité de travail, c'est-à-dire à l'appelée en cause.
14. L'assurée a sollicité le versement des prestations d'invalidité à l'appelée en cause par un formulaire complété le 28 décembre 2006.
15. Par lettre adressée à l'assurée et datée du 16 février 2007, la défenderesse (« Zurich », « *im Auftrag von Progressa, Sammelstiftung BVG* ») a nié son obligation de verser des prestations d'invalidité au motif que le début de l'incapacité de travail était antérieur à la date à laquelle le contrat d'assurance devait déployer ses effets.
16. Par lettre du 15 mars 2007, l'appelée en cause a également nié une telle obligation à sa charge en faisant en substance valoir que l'incapacité de travail qui justifiait le

versement d'une rente d'invalidité était largement postérieure au 31 décembre 2000, date à laquelle le contrat de l'assurée était parvenu à échéance.

17. Par demande formée le 4 janvier 2008, l'assurée a assigné PROGRESSA, Fondation collective LPP (la défenderesse) en paiement, sous suite de dépens, d'une rente mensuelle d'invalidité de la prévoyance professionnelle d'au moins 2'353 fr. 35, plus intérêts à 5% dès le dépôt de la demande, à compter de juillet 2005. La demanderesse concluait en outre, dans le corps de ses écritures, à ce qu'Allianz Suisse Société d'Assurances soit appelée en cause.

À l'appui de ses prétentions, la demanderesse fait notamment valoir que, suite à l'accident de la circulation dont elle avait été victime le 30 décembre 2000, elle avait repris son activité professionnelle à plein temps dès le 1<sup>er</sup> avril suivant. Par une décision du 19 novembre 2001, entrée en force depuis lors, l'assurance-accidents, constatant qu'un traitement spécial n'était plus nécessaire au vu du rapport médical établi le 2 novembre précédent par le docteur L\_\_\_\_\_, avait en outre mis fin au versement de ses prestations pour les frais de guérison. Les conclusions du docteur L\_\_\_\_\_ étaient ainsi libellées : « Il ne faut donc pas s'attendre à une atteinte à l'intégrité. Je ne pense pas qu'il y ait une justification à la poursuite d'un traitement particulier, depuis les dernières séances de physiothérapie d'août 01. Je pense que les explications sur la confection de 2 paires de soutiens plantaires peuvent être acceptées par [l'assurance-accidents], les douleurs résiduelles au pied sans qu'il soit possible de poser un diagnostic précis, sont me semble-t-il bien en rapport de causalité avec cet accident. Les autres séquelles, les tendinites à la hanche, au genou sont très probablement aussi en rapport de causalité avec cet accident, elles ne nécessitent cependant pas de traitement particulier ».

La demanderesse expose en outre qu'elle avait travaillé à plein temps du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 24 décembre 2002.

Le 5 novembre 2004, elle avait déposé une demande de prestations d'invalidité à l'Office AI du canton de Zürich, en raison de ses problèmes psychiques. Elle avait adressé cette décision au prédécesseur juridique de la défenderesse, qui avait refusé le versement des prestations au motif qu'elle n'adhérait au contrat de prévoyance que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 alors qu'elle était totalement incapable de travailler depuis le 30 décembre 2000.

18. Des pièces jointes à la demande en justice, il ressort en outre que, selon un rapport établi le 31 août 2005 par le docteur N\_\_\_\_\_, du Service psychosocial neuchâtelois, la demanderesse avait présenté tout au long de sa vie des symptômes du registre du trouble de la personnalité. Dès l'âge de trente ans, elle avait suivi plusieurs traitements psychologiques ou psychothérapeutiques, successivement chez une psychologue en ville de Neuchâtel puis, en 1994, au Centre psychosocial neuchâtelois. Elle présentait à cette époque-là des comportements de type addictif,

notamment des épisodes de boulimie avec parfois des vomissements. D'autre part, on signalait en 1994 des symptômes de la lignée dépressive avec des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, une tristesse et des angoisses. Elle avait alors bénéficié d'un traitement antidépresseur. Par la suite, elle avait été traitée par le docteur M\_\_\_\_\_ à Neuchâtel, son médecin-traitant habituel. De nouveaux problèmes étaient apparus en décembre 2000, à la suite d'un accident de moto où sa jambe gauche avait été fortement traumatisée. La récupération avait été lente et difficile ; elle avait rencontré de nombreux spécialistes et elle souffrait encore de douleurs séquellaires. Elle avait tenté de nombreux essais thérapeutiques, allant de la physiothérapie à des consultations médicales en passant par l'acupuncture.

Sur le plan professionnel, l'accident de décembre 2000 avait entraîné une longue incapacité de travail. Devant un tableau dépressivo-anxieux de plus en plus invalidant, un suivi psychiatrique avait été proposé, ainsi qu'un traitement psychotrope. Depuis août 2004, l'assurée avait repris une activité à 50%. Elle n'était plus capable de gérer elle-même un cabinet de dentisterie, parce qu'elle paniquait lors de toute décision à prendre et devant les tâches d'organisation, de sorte qu'elle avait cessé l'exploitation de son cabinet en 2003. Elle avait trouvé différents petits postes répartis sur trois jours : un jour à Bienne, dans le cabinet d'un collègue qui l'employait, et deux jours à Porrentruy. Elle faisait ainsi des trajets qui étaient une source de beaucoup d'angoisses et de beaucoup de douleurs physiques.

Au chapitre des constatations objectives, le praticien précisait que les éléments dépressifs constatés à cette époque-là (juin 2004) n'avaient guère changé, et ce qui paraissait au départ être un trouble de l'adaptation s'avérait évoluer vers un trouble dépressivo-anxieux récurrent d'intensité moyenne. Les pertes, tant psychiques que physiques, entraînaient des idées de ruine, de déchéance et de mort qui étaient essentiellement transférées sur sa jambe douloureuse ; elle se disait prête, à certains moments, à l'amputer.

En conclusion, il était important que l'assurée continue à bénéficier du soutien du docteur M\_\_\_\_\_, en qui elle avait entière confiance, et d'entretiens psychiatriques de soutien. Il n'existait pas une indication formelle à une psychothérapie intensive, mais il s'agissait plutôt de l'aider à remettre en place un équilibre existentiel et des mécanismes de défense un peu plus satisfaisants. Les traitements médicamenteux étaient en général peu efficaces, parce qu'ils étaient vécus comme une privation de ses capacités et très mal ressentis par son organisme. Les effets secondaires et les effets paradoxaux n'avaient jusque là pas permis de stabiliser son état psychique. Ce fonctionnement ne laissait donc que peu de place à une reprise d'activité professionnelle à plus de 50%. Cette capacité résiduelle était cependant valorisante sur le plan narcissique et probablement un stabilisant si on n'exigeait pas davantage d'elle. Étant donné la personnalité fragile préexistante, le pronostic était mauvais concernant une capacité de travail supérieure à 50%.

19. Par mémoire de réponse du 14 mars 2008, la défenderesse a conclu à ce que la demanderesse et Allianz Suisse Société d'Assurances soient déboutées des fins de leurs demandes et à ce qu'il soit dit que la demanderesse ne peut bénéficier de prestations d'invalidité de sa part ni avoir la qualité d'assurée.

À titre liminaire, la défenderesse précise que Zurich, Compagnie d'Assurances sur la Vie, est le successeur de la Genevoise, Compagnie d'Assurances sur la Vie. « Zurich » a donc succédé à la Genevoise dans les tâches d'administration courante de la fondation PROGRESSA, y compris pour la représenter devant les tribunaux.

Sur le fond, elle fait en substance valoir que c'est à tort que la demanderesse insiste pour amener le Tribunal de céans à considérer que le lien de connexité temporel et matériel entre l'incapacité de travail survenue le 30 décembre 2000 et l'invalidité ultérieure a été rompu par la reprise de son activité professionnelle. L'accident subi par la demanderesse ce jour-là avait eu des répercussions certes déplorables, mais réelles sur sa santé psychique, et rien ne laisse à penser qu'elle aurait connu des problèmes dépressifs et psychiatriques en l'absence de cet accident. D'autre part, le Tribunal fédéral avait eu l'occasion de préciser qu'on ne saurait conclure au rétablissement de la capacité de gain d'une personne invalide lorsqu'une tentative de réinsertion professionnelle, d'une durée même supérieure à trois mois, est essentiellement motivée par des considérations d'ordre social et qu'il apparaît improbable qu'elle aboutisse à une véritable réadaptation.

D'autre part encore, la défenderesse était liée par la décision de l'AI. La constatation que celle-ci avait faite au sujet du début de l'incapacité de gain n'était en effet pas insoutenable puisqu'elle s'était basée non seulement sur les déclarations de la demanderesse dans sa demande de rente, mais bien plus encore sur les pièces médicales démontrant clairement que l'incapacité de gain avait débuté à une époque où l'assurée n'était pas encore affiliée à la défenderesse. Dans la mesure où la demanderesse était en incapacité de travail lors de son admission dans l'assurance, elle n'avait, conformément au Règlement de prévoyance, aucun droit à des prestations.

20. Par ordonnance du 27 mars 2008, le Tribunal de céans a appelé en cause Allianz Suisse Société d'Assurances, lui a communiqué copie de l'essentiel des actes de la procédure et lui a imparti un délai pour se déterminer. Pour le surplus, il a ordonné la production, par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), du dossier de la demanderesse et réservé la suite de la procédure.
21. Par mémoire du 21 avril 2008, l'appelée en cause a conclu à ce que la demande en justice soit admise en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse et à ce qu'il soit dit que la demanderesse ne peut bénéficier de prestations d'invalidité de sa part.

En substance, elle fait valoir que l'événement assuré consiste en 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. Pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue de servir des prestations d'invalidité, 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 ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente.

D'autre part, contrairement à ce que prétend la défenderesse, celle-ci n'était nullement liée par la décision de l'AI, laquelle s'avérait insoutenable en ce qui concerne la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de la demanderesse s'était détériorée de manière sensible et durable.

À titre superfétatoire, l'appelée en cause expose en outre que l'invalidité de la demanderesse était due à des affections psychiques, le docteur N\_\_\_\_\_ ayant fixé le début de l'incapacité de travail due à ces affections à 2002 ou 2003. Même si, comme l'affirme ce praticien, il existait une relation entre les affections psychiques et l'accident du 30 décembre 2000, il faudrait encore que celles-ci aient contribué à l'incapacité de travail de la demanderesse tandis que celle-ci était encore assurée auprès de l'appelée en cause ; l'accident étant survenu la veille du terme de cette assurance, il était peu probable que l'incapacité de travail ait été influencée par des affections de nature psychique dans ce bref intervalle de temps.

22. Par ordonnance du 28 avril 2008, le Tribunal a transmis ces écritures aux autres parties et les a informées que le greffe tenait le dossier remis par l'OCAI à leur disposition.

Il ressort notamment de ce dossier que, selon un rapport établi le 6 septembre 2002 par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en angéiologie, l'écrasement de la jambe et du pied gauche de l'assurée avait causé un œdème du périoste mais pas de franche fracture. Par la suite, l'évolution avait été lentement favorable à l'aide d'ultrasons et de drainages lymphatiques. En juin 2002, une nouvelle imagerie par résonance magnétique (IRM) du pied avait montré une quasi-disparition de l'œdème au niveau des os du tarse, avec toutefois une arthropathie débutante du Lisefranc au niveau des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> rayons. Le problème était alors surtout une hypothermie au niveau de ce pied, qui semblait prédominer le matin avec parfois des crampes douloureuses. À la marche, l'assurée ne se plaignait pas de claudication intermittente. Pour le surplus, elle était en excellent état général.

Selon un rapport établi par le docteur M\_\_\_\_\_ à l'attention de l'Office zurichois de l'assurance-invalidité le 14 mai 2007, trois diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de la demanderesse étaient alors retenus : un

trouble dépressivo-anxieux chronique présent depuis 2002, des troubles paniques et un syndrome de douleurs chroniques post-traumatiques présent depuis 2002 également.

23. À l'audience de comparution des mandataires du 24 juin 2008, convoquée aux fins de conciliation, le conseil de la défenderesse a été rendu attentif aux conditions légales, précisées par la jurisprudence fédérale et cantonale, posées pour qu'une institution de prévoyance soit liée par une décision de l'AI.

Pour sa part, le conseil de l'appelée en cause a déclaré que l'argument de la défenderesse, qui consiste à dire que les troubles psychiques, causes de l'invalidité, remontaient au jour de l'accident, tombait à faux dans la mesure où il ressortait du dossier médical que la recourante avait déjà souffert de tels troubles dans les années 1994 et 1995. Partant, l'appelée en cause confirmait sa position.

Enfin, le conseil de la demanderesse a signalé que sa mandante avait repris le travail à plein temps le 1<sup>er</sup> avril 2001, et qu'elle avait pu maintenir son activité jusqu'au 20 mars 2003, soit durant deux ans, étant précisé que cette durée n'avait été interrompue que par un court arrêt maladie durant dix jours, sans relation avec l'accident.

Sur quoi, le Tribunal a accordé un délai à la défenderesse pour nouvelle détermination après réexamen.

24. Par lettre du 29 août 2008, Sammelstiftung Vita (ci-après l'intervenante) a informé le Tribunal qu'avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008, elle avait « repris tous les droits et obligations de la Fondation PROGRESSA, selon convention de reprise du 1<sup>er</sup> [recte 12] juin 2007 », et qu'elle intervenait désormais en qualité de successeur de la défenderesse. L'intervenante requérait en outre un bref délai supplémentaire pour se déterminer, ce qui lui a été accordé.
25. Par mémoire du 4 septembre 2008, l'intervenante a conclu au déboutement de la demanderesse et de l'appelée en cause de l'intégralité de leurs demandes, et à ce qu'il soit dit que la demanderesse ne peut bénéficier de prestations d'invalidité de sa part ni en avoir la qualité d'assurée.

À l'appui de ses conclusions, l'intervenante a notamment exposé que la décision de l'AI du 21 mars 2006 avait été communiquée en bonne et due forme à la défenderesse, de sorte qu'elle était liée par cette décision. D'autre part, le Règlement de prévoyance renvoyait à la notion d'invalidité de l'AI, la définition qu'il en donnait correspondant à celle de cette loi. Pour le surplus, il apparaissait que la demanderesse avait toujours prétendu que l'accident du 30 décembre 2000 était la cause de son incapacité de travail, date qu'elle avait communiquée par le biais de sa demande de prestations à l'AI. Nonobstant son activité lucrative, elle avait fait l'objet d'un suivi médical constant et intensif. Les deux rapports

médicaux établis par le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie, mentionnaient que l'état de santé de la demanderesse n'était pas influencé par des facteurs extérieurs à l'accident, celui du 27 octobre 2003 précisant que la vente du cabinet dentaire l'avait libérée de son stress. Pour le reste, il était patent, au vu des documents médicaux, que les troubles que la demanderesse présentait en 1994 et pour lesquels elle avait été soignée n'auraient pas été amenés à évoluer jusqu'à devenir invalidants si l'accident ne les avait pas exacerbés. Dès lors, la reprise de l'activité lucrative après l'accident constituait une tentative de travail qui, malgré sa durée et son intensité, n'avait en rien interrompu le lien de connexité matérielle et temporelle avec l'accident du 30 décembre 2000. Cette date était par conséquent à considérer comme le début de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité.

26. Par lettre adressée à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) le 19 novembre 2008, le Tribunal de céans s'est enquis de l'existence de la validation de la fusion alléguée de la défenderesse et de l'intervenante et, cas échéant, de la date de ladite validation.
27. Par lettre du 11 décembre 2008, l'OFAS a répondu que lesdites fondations n'avaient pas fusionné, mais que les contrats d'affiliation restants de la défenderesse et leur part de fortune avaient été transférés en partie à l'intervenante, en partie à la Fondation collective LPP de la Zurich Compagnie d'Assurances sur la vie. Le 3 août 2008, l'OFAS avait autorisé les deux « contrats de transmission de fortune » concernés, la défenderesse continuant cependant à exister.
28. Par lettre adressée le 6 janvier 2009, le Tribunal a informé l'intervenante qu'au vu de la réponse de l'OFAS, il invitait les parties à se déterminer sur sa compétence à raison du lieu.
29. Par lettre du 12 janvier 2009, la demanderesse s'est, en substance, prononcée comme suit. La défenderesse avait, en toute connaissance du contrat du 12 juin 2007, accepté la compétence du Tribunal sans condition. Le Tribunal avait affirmé sa compétence locale en convoquant une comparution des mandataires le 24 juin 2008. Lors du dépôt de la demande en justice, le 4 janvier 2008, la défenderesse (c'est-à-dire, vraisemblablement, l'intervenante) ou le contrat n'étaient pas encore enregistrés au Registre du commerce. Partant, la compétence locale du Tribunal devait être admise.
30. Pour sa part, l'intervenante a, par lettre du 27 février 2009, confirmé qu'elle avait conclu un « contrat de reprise du portefeuille » d'entreprises adhérentes de la défenderesse. Cette reprise de portefeuille n'étant pas une fusion, la loi sur les fusions n'était pas applicable, la défenderesse continuant d'exister mais avec un nouveau but. L'approbation de l'OFAS validant ce transfert n'était intervenue que le 3 août 2008, de sorte que la compétence du Tribunal pour connaître de la

demande en justice déposée à Genève le 4 janvier précédent devait être admise. Pour le surplus, le transfert du dossier auprès d'une autre instance irait, à ce stade de la procédure, à l'encontre des principes de simplicité et de rapidité prescrits par la loi.

31. À l'audience de comparution des mandataires du 31 mars 2009, le Tribunal a précisé aux parties qu'il considérait la lettre de l'intervenante, datée du 29 août 2008, comme une intervention. Le conseil de celle-ci s'est engagé à examiner les questions de savoir si l'article 73 de la loi sur les fusions s'appliquait ou non au transfert de portefeuilles et s'il y avait lieu de demander l'inscription de ce transfert au Registre du commerce.

Un délai lui a été fixé pour ce faire.

32. Par lettre du 30 avril 2009, l'intervenante a déclaré s'en remettre à justice pour ce qui concerne son attrait à la procédure en qualité d'intervenante, et confirmer ses conclusions pour le surplus. Elle exposait cependant que, de son point de vue, l'article 73 de la loi sur les fusions n'était pas applicable. En tout état, elle n'entendait pas remettre en cause le processus de reprise des activités de la défenderesse tel que présenté dans le contrat de reprise dûment approuvé par l'OFAS le 3 août 2008 ; cette décision n'ayant pas fait l'objet d'un recours, elle était « passée en force ».
33. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 4 mai 2009.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. b de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, 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<sup>er</sup> et 73 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité [LPP] ; art. 142 du code civil).

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

2. À teneur de l'art. 11 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), applicable en vertu de l'art. 89A LPA, la compétence des autorités est déterminée par la loi et ne peut être créée par accord entre les parties (al. 1<sup>er</sup>), l'autorité saisie examinant d'office sa compétence (al. 2).

À cet égard, l'art. 73 al. 3 LPP prévoit que le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

De jurisprudence constante, la date décisive pour juger de la compétence d'une juridiction administrative est la date du dépôt de la demande ou du recours (cf. arrêté du Conseil d'État du 20 janvier 1993, cité *in* SJ 1994, p. 534).

D'autre part, la question de la qualité pour agir ou pour défendre relève, comme dans un procès civil, du fondement matériel de l'action ; l'absence de cette qualité entraîne, non pas l'irrecevabilité, mais le rejet de la demande (ATF 111 V 347 consid. 1c, 108 II 217 consid. 1 et les références citées). De jurisprudence constante, l'acquisition d'une entreprise avec actifs et passifs est un cas de succession universelle (ATF 106 II 346 = JdT 1982 I, p. 77 ; cf. art. 17 al. 1 et 3 de la loi fédérale de procédure civile, du 4 décembre 1947)

Dans ce contexte, l'art. 98 de la loi fédérale du 3 octobre 2003 sur la fusion, la scission, la transformation et le transfert de patrimoine (LFus) dispose que les institutions de prévoyance (voir l'art. 2 let. i LFus pour la définition de cette locution) peuvent transférer tout ou partie de leur patrimoine avec actifs et passifs à une autre institution de prévoyance ou à un autre sujet (al. 1<sup>er</sup>). L'art. 88 al. 2 est applicable par analogie. Les art. 70 à 77 sont applicables (al. 2). Tout transfert de patrimoine dans le cadre d'une liquidation totale ou partielle nécessite une approbation de l'autorité de surveillance si cela est prévu par le droit de la prévoyance professionnelle (al. 3).

Aux termes de l'art. 73 al. 2 LFus, applicable en vertu de l'art. 98 al. 2 précité, le transfert de patrimoine déploie ses effets dès son inscription au registre du commerce. À cette date, l'ensemble des actifs et passifs énumérés dans l'inventaire sont transférés de par la loi au sujet reprenant.

En l'espèce, force est de constater qu'à ce jour, le transfert de patrimoine opéré entre la défenderesse et l'intervenante n'a pas fait l'objet d'une inscription au Registre du commerce, à l'initiative de l'organe supérieur de direction de la défenderesse (art. 73 al. 1<sup>er</sup> LFus), de sorte que, formellement, ce transfert n'a pas déployé d'effets opposables à leurs affiliés respectifs. Il sort de là que la qualité pour défendre de la défenderesse doit être admise et que c'est à juste titre que la demanderesse a assigné celle-ci à Genève.

S'agissant de l'intervenante, qualifiée ainsi pour des raisons pratiques, le Tribunal a admis sa qualité de partie à la procédure en application de l'art. 71 LPA. Il est en effet apparu que, compte tenu du contrat qu'elle a conclu avec la défenderesse le 12 juin 2007 et qui, de son point de vue, déploie des effets depuis le 3 août 2008 au plus tard, sa situation juridique pourrait être affectée tout particulièrement par l'issue de la présente procédure.

En conclusion, la défenderesse ayant été assignée au lieu où elle a son siège, le Tribunal de céans est également compétent *ratione loci* pour connaître du présent

litige, et le présent arrêt lui sera opposable, ainsi qu'à l'intervenante et à l'appelée en cause.

3. La demande ayant en outre été formée dans le respect des formes prévues par l'art. 89B LPA, elle est recevable.
4. Le litige porte exclusivement sur la question de savoir qui, de la défenderesse (et de l'intervenante) ou de l'appelée en cause, a l'obligation de prêter au regard des dispositions de la LPP, l'invalidité de la recourante ayant été reconnue par la décision du 21 mars 2006, entrée en force.
5. 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.

Conformément à l'art. 20 du Règlement de prévoyance de la défenderesse (version 2001), l'assuré qui subit une incapacité de gain a droit à une rente d'invalidité dès l'expiration du délai d'attente, aussi longtemps que dure son incapacité de gain, au plus tard cependant jusqu'à l'âge de la retraite (al. 1<sup>er</sup>, 1<sup>ère</sup> phrase). Le versement de la rente d'invalidité commence dès que la durée effective de l'incapacité de gain est supérieure au délai d'attente fixé dans le plan de prévoyance (al. 2, 1<sup>er</sup> paragraphe, 1<sup>ère</sup> phrase). Il y a incapacité de gain lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, que l'assuré est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes, ou lorsqu'il est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale (al. 3). Si l'assuré est atteint d'une incapacité de gain partielle, la rente d'invalidité versée est proportionnelle au degré de cette incapacité ; un degré de 66 $\frac{2}{3}$ % ou plus donne droit à la prestation totale ; une incapacité de gain de moins de 25% ne donne droit à aucune prestation. Le degré de l'incapacité de gain correspond au moins au degré d'invalidité fixé par l'AI, à moins que la décision de l'AI ne paraisse insoutenable. Une révision périodique du degré d'invalidité demeure réservée (al. 4).

Selon le plan de prévoyance figurant dans la convention d'adhésion conclue le 22 décembre 2000, le délai d'attente de l'art. 20 al. 2 du Règlement a été fixé à vingt-quatre mois.

D'autre part, l'art. 21.1 des Conditions générales de l'appelée en cause prévoit notamment que des prestations d'invalidité sont dues si l'assuré est invalide à raison de 25% au moins et s'il est assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de gain. Il y a incapacité de gain lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs, que l'assuré est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative conforme à sa situation sociale, ses

connaissances et ses aptitudes ou s'il est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), 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 effectuée par les organes de l'AI, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 *in fine* ; consid. 2 non publié de l'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, 118 V 40 consid. 2a).

Le TF a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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. 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 ou au cours de la procédure d'audition (ATF 130 V 273 consid. 3.1, 129 V 76). 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).

En revanche, lorsqu'il s'en tient à ce qu'a décidé l'organe de l'assurance-invalidité ou se fonde même sur sa décision, la question du défaut de participation de l'assureur LPP dans la procédure de l'assurance-invalidité n'a plus d'objet. Dans un tel cas, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 et suivants LPP, s'applique sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir ATF du 9 février 2004, B 39/03, résumé *in* RSAS 2004 p. 451).

Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de faits résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de

moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision (« *prozessuale Revision* ») (ATF 126 V 311 consid. 3a et les références).

6. Cela étant, lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF du 22 septembre 2006, B 82/05, consid. 3.2, du 24 juillet 2006, B 32/05, et du 3 mai 2004, B 93/02).

Le fait que les décisions de l'assurance-invalidité fédérale lient en principe les institutions de prévoyance (ATF 123 V 270 consid. 2a, 115 V 208 consid. 2b, 129 V 73 consid. 4.2) n'y change rien. Ce principe trouve en effet sa limite lorsque la décision de l'assurance-invalidité n'est pas soutenable (ATF 126 V 308 consid. 1, 120 V 106 consid. 3c) et lorsque la décision des organes de l'assurance-invalidité est fondée sur des éléments sans pertinence pour la détermination du droit à une pension de prévoyance. Tel est précisément le cas lorsque le degré d'invalidité fixé par les organes de l'AI résulte de plusieurs causes dont seules certaines sont à l'origine d'une incapacité de travail survenue durant l'affiliation à une institution de prévoyance au sens de l'art. 23 LPP (ATF précité du 24 juillet 2006).

Cette dernière disposition a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance. Pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, 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 ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente. 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 l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Mais une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il

---

est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée. Cette interprétation de la loi restreindrait de manière inadmissible la portée de l'art. 23 LPP, notamment dans le cas d'assurés qui ne retrouvent pas immédiatement un emploi et qui, pour cette raison, ne sont plus affiliés à aucune institution de prévoyance. D'ailleurs, si l'on voulait s'inspirer des règles en matière d'assurance-invalidité, on devrait envisager une durée minimale d'interruption de l'activité professionnelle de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1<sup>er</sup> du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité. Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATF 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa).

7. En l'espèce, il apparaît que l'Office zurichois de l'assurance-invalidité a rendu sa décision du 21 mars 2006 en tenant compte, tout au long de la période considérée, de l'état de santé général de la demanderesse, sans chercher à savoir dans quelle mesure l'incapacité de gain était due aux affections physiques, respectivement psychiques, dont celle-ci souffrait. Il s'est ainsi borné à constater, sur la base des rapports médicaux mis à sa disposition, que la demanderesse s'était trouvée en incapacité de gain totale suite à l'accident dont elle avait été la victime le 30 décembre 2000, et que cette incapacité avait fluctué ensuite pour se stabiliser à 56% à compter du mois d'août 2004.

Or, l'examen approfondi des documents médicaux et assécurologiques montre notamment qu'en novembre 2001, suite au rapport du docteur L\_\_\_\_\_ qui considérait qu'un traitement particulier des séquelles de l'accident n'était plus nécessaire et qu'une atteinte à l'intégrité était peu probable, l'assurance-accidents a établi, sans être contredite, que le lien de causalité entre l'accident et ses conséquences dommageables était définitivement rompu. Il apparaît en outre que la demanderesse avait repris l'exercice de son activité professionnelle le 15 janvier 2001 à 80%, depuis le 22 janvier suivant à 90%, et depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 à plein temps, et cela jusqu'en décembre 2002. De plus, le docteur O\_\_\_\_\_ avait constaté, sur la base d'une IRM réalisée en juin 2002 que l'œdème que la demanderesse présentait au niveau des os du tarse avait pratiquement disparu et qu'hormis les crampes douloureuses dont elle se plaignait encore, son état de santé général était excellent. Les très nombreux spécialistes consultés à cet époque, soit en particulier les docteurs Q\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_, W\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ n'ont pas davantage constaté de limitations fonctionnelles significatives, ce dernier praticien se bornant à constater que la cessation de l'exploitation du cabinet dentaire avait soulagé la demanderesse de la forte pression

psychique qu'elle éprouvait au mois de mai 2003. Que le docteur P\_\_\_\_\_ ait dans le même temps considéré qu'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident n'y change rien.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'évaluation de l'invalidité par l'Office zurichois se révèle d'emblée insoutenable en tant qu'elle fait remonter au 30 décembre 2000, date de l'accident, la durable incapacité de gain susceptible de justifier le versement de prestations d'invalidité à la demanderesse.

La pleine capacité de travail de la demanderesse jusqu'au 24 décembre 2002, soit pendant vingt et un mois, commande au contraire, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et au vu des principes rappelés plus haut, de constater l'absence d'un lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue le 30 décembre 2000 et la durable incapacité de gain attestée, pour cause de maladie, depuis le 28 juillet 2003.

Pour le surplus, le lien de connexion matérielle entre lesdites incapacité de travail et incapacité de gain est manifestement inexistant puisque la première faisait suite à l'accident du 30 décembre 2000 et la seconde aux troubles psychiques abondamment commentés par le docteur N\_\_\_\_\_.

Il n'est en effet pas contesté que, quelques mois après le constat selon lequel les conséquences dommageable de cet accident eussent disparu, les troubles d'ordre psychique qui affligeaient la demanderesse depuis longtemps ont commencé à retentir sur sa vie et se sont amplifiés de telle manière qu'elle a décidé de mettre un terme à l'exploitation de son entreprise en août 2003 et de poursuivre sa carrière au service de certains de ses collègues. Tous les avis des spécialistes consultés s'accordent à considérer que la capacité de gain de leur patiente était, en 2003, de nouveau considérablement limitée, et cela pour des causes d'ordre psychique exclusivement. Encore une fois, que le docteur P\_\_\_\_\_ ait considéré que ces troubles étaient dus à l'accident n'y change rien.

Il découle de là qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, c'est-à-dire l'incapacité de travail qui a débuté le 28 juillet 2003, la demanderesse était affiliée à la défenderesse. En conséquence, sa demande devra être rejetée en tant qu'elle est dirigée contre l'appelée en cause puisque le contrat d'affiliation conclu avec cette dernière a pris fin le 31 décembre 2000.

8. En conclusion, la défenderesse et l'intervenante devront être condamnées, conjointement et solidairement, à verser les indemnités d'invalidité dues à la demanderesse en vertu de la convention d'adhésion du 22 décembre 2000, et cela à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005 conformément à l'art. 20 al. 2 du Règlement et au plan de prévoyance, ainsi qu'à l'art. 29 al. 3 LAI, applicable par renvoi de l'art. 26 al. 1<sup>er</sup> LPP.

9. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). L'indemnité sera, en l'espèce, arrêtée à 2'250 fr.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. Déboute la demanderesse des fins de sa demande en tant que celle-ci est dirigée contre l'appelée en cause.
3. Condamne la défenderesse et l'intervenante, conjointement et solidairement, à verser les indemnités d'invalidité dues à la demanderesse à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005.
4. Condamne la défenderesse et l'intervenante, conjointement et solidairement, à verser 2'250 fr. à la recourante, à titre de dépens.
5. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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