

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/825/2010

ATAS/108/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 2 février 2011

4ème Chambre

En la cause

Madame F_____, domiciliée au Grand-Lancy, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

demanderesse

contre

FONDATION DE PREVOYANCE DE LA CLINIQUE
X_____, domicilié c/o Y_____ SA, , comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André
SCHNEIDER

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Du 4 août 1997 au 2 décembre 2002, Madame F_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse) a travaillé en qualité de dame de buffet pour X_____ (ci-après : la clinique), sise à Genève. A ce titre, elle était assurée auprès de la FONDATION DE PREVOYANCE DE LA CLINIQUE X_____ (ci-après : la fondation ou la défenderesse) contre les conséquences économiques résultant de la vieillesse, de l'invalidité et du décès, conformément à la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP ; RS 831.40), au règlement de la fondation de 1995, réédité en 2002 ainsi qu'au règlement de 2007.
2. L'assurée est incapable de travailler depuis le 3 décembre 2000.
3. Le 3 décembre 2001, elle a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison d'une fibromyalgie existant depuis les mois de décembre 2000.
4. Dans un rapport du 21 janvier 2001, le Dr L_____, médecin FMH, a posé les diagnostics de cervicobrachialgies et de lombosciatalgies non déficitaires, de fibromyalgie et d'état dépressif.
5. Les 17 et 18 janvier 2002, le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de fibromyalgie, tous deux existant depuis 2000, entraînant une incapacité de travail de 100%.
6. Dans un rapport du 13 février 2002, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une fibromyalgie et un état anxio-dépressif, existant depuis le début de l'année 1999, ayant pour conséquence une incapacité totale de travailler. Ce praticien a confirmé ces diagnostics dans un rapport du 26 avril 2002.
7. Le 2 mai 2002, le Dr N_____ a complété son certificat du 13 février 2002 en précisant que sa patiente souffrait également d'une hernie discale intra-foraminale L3-L4.
8. Le 12 septembre 2002, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie. La patiente, qui lui avait été adressée par le Dr N_____, présentait un tableau typique pour une fibromyalgie floride et semblait mal contrôlée s'agissant de son état dépressif.
9. A la demande de l'OAI, une expertise médicale a été réalisée le 20 septembre 2002 par le Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. A

titre de diagnostics, l'expert a retenu un trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie, une hernie discale L3-L4, une protrusion discale L4-L5, de l'obésité ainsi qu'un état dépressif vraisemblable. Il a considéré que, dès le 2 décembre 2000, l'expertisée présentait une réduction de sa capacité de travail de 25%.

10. Le 31 janvier 2003, les Desses Q_____, psychiatre, et R_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecins au sein du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : SMR) ont effectué un examen psychiatrique. Selon le rapport établi le 7 mars 2003, les diagnostics de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de dysthymie (F34.1) ont été retenus. Entre le mois de décembre 2000 et le printemps 2002, l'assurée était totalement incapable de travail pour des motifs psychiques. Toutefois, dès le printemps 2002, sa capacité de travail était entière dans toute activité.
11. Par décision du 6 juin 2003, confirmée sur opposition le 29 juillet 2003, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière limitée dans le temps, versée du 3 décembre 2001 au 31 août 2002.

Le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision sur opposition du 29 juillet 2003 a été rejeté par le Tribunal cantonal des assurances sociales, devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, par un arrêt du 9 février 2005 (ATAS/109/2005). Le Tribunal des assurances sociales a notamment considéré que l'expertise du SMR du 7 mars 2003 ne prêtait pas flanc à la critique. En effet, si les médecins du SMR avaient certes admis que l'assurée avait présenté en 2000 un épisode dépressif moyen, ils avaient toutefois estimé que, sous traitement médical dans les règles de l'art, son état de santé s'était amélioré. Les experts avaient ainsi conclu que, du point de vue psychiatrique, l'assurée présentait une pleine capacité de travail et ce dans toute activité.

Le 22 juin 2006, la IVe Chambre du Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée (arrêt I 236/05). Il a estimé que le rapport d'expertise du SMR était convaincant et qu'il remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante de tels documents. Les avis des Dr M_____ et N_____ ne remettaient d'ailleurs pas en cause le diagnostic retenu par le SMR (à l'exception de l'intensité du trouble dépressif, qualifié de moyen par le Dr M_____), mais l'incidence de cette affection psychique sur la capacité de travail. Le trouble dépressif dont souffrait l'assurée, soit une légère tristesse avec des symptômes de la lignée dépressive d'intensité légère, ne suffisait toutefois pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. En effet, dès lors que les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux. Même si une nouvelle expertise devait être

ordonnée et confirmer le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne, l'issue du litige aurait été identique, un tel trouble ne constituant pas une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence, ils n'étaient pas non plus réalisés. Enfin, le Tribunal fédéral s'est demandé si l'allocation d'une rente temporaire était justifiée dans le cas de l'assurée, compte tenu de la jurisprudence fédérale applicable en matière de troubles somatoformes. Cela étant, il a renoncé à procéder une reformatio in pejus du jugement attaqué.

12. Par courrier du 22 juillet 2003, le Dr M_____ a considéré que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen depuis 2000, sans amélioration clinique.
13. Z_____ a dû intervenir au domicile de l'assurée en date des 8 et 9 décembre 2002 ainsi que le 26 mai 2003 en raison de « crises fibromyalgiques ».
14. Dans un rapport du 25 février 2004, le Service de psychiatrie adulte, Laboratoire du sommeil, des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG), a écarté la présence d'une pathologie intrinsèque du sommeil, motrice ou respiratoire. Par contre, une nette tendance à l'allongement de la durée du sommeil nocturne a été constatée. Les médecins du Laboratoire du sommeil ont considéré que l'insomnie décrite par l'assurée correspondait plutôt à une mauvaise perception du sommeil, soutenue par la persistance de la composante dépressive.
15. Le 1^{er} septembre 2006, Madame G_____, psychologue FSP et spécialiste FSP en neuropsychologie, a résumé le résultat des examens des fonctions cognitives réalisés les 29 août et 1^{er} septembre 2006. L'examen neuropsychologique a révélé l'absence de dysfonctionnements cognitifs évoquant une pathologie organique. Quant à la mémoire, elle ne présentait pas de déficit objectif. Ainsi, la plainte mnésique que présentait l'assurée devait être replacée dans le cadre de la fibromyalgie.
16. Selon un résumé d'intervention du Centre des thérapies brèves (CTB), Service de psychiatrie adulte des HUG, l'assurée a été hospitalisée du 23 octobre 2006 au 10 janvier 2007 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

Le 10 janvier 2007, elle a été admise à l'UNITE DE PSYCHIATRIE HOSPITALIERE ADULTE (UPHA) à cause d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). L'assurée y a séjourné jusqu'au 14 février 2007, date à laquelle elle a pu rentrer chez elle.
17. Dans un rapport du 23 janvier 2007, le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG a précisé que l'assurée souffrait de douleurs chroniques diffuses et d'un état dépressif sévère.

18. A teneur d'un rapport de consultation intra-hospitalière de rhumatologie du 1^{er} février 2007, les diagnostics retenus étaient ceux de syndrome douloureux diffus (fibromyalgie - 18 points sur 18, syndrome somatoforme, chondrocalcinose ou autre anomalie du métabolisme phosphocalcique, hépatite C et hypothyroïdie) et de lombosciatique L5 non déficitaire (canal lombaire étroit, arthrose postérieure).
19. Du 16 février au 25 mars 2007, l'assurée a été hospitalisée une nouvelle fois au CTB en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2).
20. Le 20 mars 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant au versement d'une rente en raison des atteintes suivantes : dépression, fibromyalgie, hernie discale et arthrose.
21. Par courrier du 27 mars 2007, la fondation a sollicité de l'assurée la production de la décision du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) concernant son recours.

Le 2 avril 2007, l'assurée l'a informée qu'une nouvelle demande était pendante « pour le même procès ».

22. Le 2 avril 2007, le Dr N_____ a attesté que l'assurée présentait un état dépressif récurrent majeur, d'intensité sévère. A cela s'ajoutait une fibromyalgie qui ne faisait que s'aggraver malgré les traitements anti-inflammatoires, l'administration d'antalgiques forts, la mésothérapie et une consultation au Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur.
23. Quant au Dr M_____, il a établi, le 3 avril 2007, un certificat dont il ressort qu'il suivait l'assurée depuis le 26 février 2001. Son état clinique s'était aggravé début 2006 puis de manière plus importante en septembre 2006. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : thymie abaissée, ralentissement psychomoteur important, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, désorganisation de la pensée, cette dernière étant concentrée quasi-exclusivement sur « les douleurs de la tristesse » et la culpabilité de ne pas pouvoir aider sa famille. L'assurée était totalement incapable de travailler.
24. Dans un rapport du 27 avril 2007, le Dr N_____ a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère depuis 2006, d'une fibromyalgie invalidante sévère depuis 1999, de lombosciatalgies L5 et de lumbago chroniques depuis 1999 également. Ces atteintes entraînaient une incapacité totale de travailler. S'y ajoutaient encore une gastrite et le stress, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.
25. Le 1^{er} juin 2007, le Dr M_____ a rappelé les diagnostics d'ores et déjà posés. Il a précisé que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes

psychotiques, existait depuis 2000 mais qu'une aggravation s'était produite en 2006. Quant à la fibromyalgie, elle était présente depuis 2000 également. Enfin, sa patiente souffrait de lombosciatalgies en L5 depuis plusieurs années.

26. Dans un rapport du 4 juin 2007, le CTB a retenu les diagnostics suivants, existant depuis 2002 environ, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), fibromyalgie et hernie discale lombaire L4-L5 droite. A cela s'ajoutait une gastropathie érosive depuis mars 2007, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis 2006. S'agissant des arrêts de travail antérieurs, il convenait de s'adresser au Dr M_____, le psychiatre privé de la patiente.

27. A la demande de l'OAI une expertise a été réalisée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où l'assurée a séjourné du 8 au 10 avril 2008.

Selon le rapport établi le 22 avril 2008, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus par les experts étaient les suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), personnalité histrionique (F60.4), trouble dissociatif de conversion (F44.9), lombo-cruralgies (M54.4), troubles dégénératifs du rachis lombaire avec discopathies L3-L4 et L4-L5 (M47.86, M51.9). A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins ont retenu une obésité (E66.9), des céphalées de tension et des migraines sans aura (G44.2 et G43.9).

Compte tenu de la généralisation des zones douloureuses, notamment sur des points habituellement indolores, les experts n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychique, ils ont confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, alors de sévérité moyenne, avec syndrome somatique, posé en 2006-2007.

Quant à la capacité de travail de l'assurée, elle était nulle dans toute activité en raison de l'importance de la pathologie psychiatrique et ce à tout le moins depuis le début de l'année 2006, compte tenu des renseignements fournis par les psychiatres traitants.

28. Le 4 juin 2008, l'OAI a transmis à l'assurée, avec copie à la fondation, un projet de décision prévoyant le versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007.

29. Le 10 juillet 2008, la fondation a sollicité des pièces complémentaires de l'assurée.

30. Par décision du 13 août 2008, dont une copie a également été adressée à la fondation, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007. Aucun recours n'a été formé à l'encontre de la décision précitée.

31. Le 9 octobre 2008, le Dr M_____ a établi un rapport dans lequel il a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. S'agissant de la capacité de travail de sa patiente, elle était nulle et ce de manière permanente depuis la fin de l'année 2006.
32. Le 13 novembre 2008, la fondation a transmis à la BALOISE ASSURANCES, son réassureur, la décision de l'assurance-invalidité du 13 août 2008 et lui a demandé de prendre position quant à l'octroi de prestations. Le même jour, elle a demandé à l'assurée de signer une procuration en faveur du réassureur.
33. Par courrier du 28 janvier 2009, la fondation a refusé d'accorder des prestations à l'assurée, le lien de connexité tant temporelle que matérielle entre l'atteinte à l'origine de l'invalidité temporaire du 1^{er} décembre 2001 au 31 août 2002 et celle définitive du 1^{er} janvier 2007, faisant défaut.
34. Le 11 février 2009, ASSISTA TCS SA, la protection juridique de l'assurée, a rappelé que les problèmes de santé de cette dernière étaient survenus alors qu'elle était encore employée auprès de la clinique. Depuis lors, elle ne s'en était jamais remise et se trouvait à nouveau au bénéfice d'une rente d'invalidité.
35. Par courrier du 17 mars 2009, la fondation s'est prononcée, sous la plume de son Conseil, sur le dossier de l'assurée. Elle a considéré que la rente d'invalidité temporaire accordée en 2001 faisait suite à une incapacité de gain due à des atteintes biomécaniques. Aucune atteinte psychique ou psychiatrique justifiant un degré d'invalidité supérieur à 25% au-delà du 1^{er} septembre 2002 n'avait été retenue ni par l'OAI ni par le Tribunal fédéral. Une rente d'invalidité entière était versée depuis le 1^{er} janvier 2007 en raison d'un trouble dépressif récurrent, qui s'était aggravé au début de l'année 2006. Ainsi, le lien de connexité tant matérielle que temporelle faisait défaut entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail, d'une part, et l'invalidité, d'autre part.
36. Le 4 septembre 2009, l'assurée s'est déterminée sur le courrier précité par l'intermédiaire de son Conseil. Elle a notamment considéré que les diagnostics ayant influé sa capacité de travail, soit des troubles dépressifs récurrents, des lombo-cruralgies et des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec discopathie L3-L4 et L4-L5, existaient déjà lors de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Si le taux d'invalidité avait fluctué depuis 2002, elle n'avait cependant jamais recouvré sa pleine capacité de travail et ce en raison des mêmes atteintes.
37. Par courrier du 26 octobre 2009, la fondation a persisté dans sa position.
38. Le 9 mars 2010, l'assurée a saisi le TCAS d'une demande tendant au paiement d'une rente d'invalidité de 25% dès le 3 décembre 2001, puis de 100% dès le 1^{er} janvier 2007. A l'appui de ses conclusions, elle rappelle qu'elle n'a jamais recouvré

une capacité totale de travail, ayant toujours présenté un minimum de 25% d'invalidité. Sa capacité de travail résiduelle n'a ainsi pas interrompu le lien de causalité temporelle. Quant au lien de causalité matérielle, il est réalisé dès lors que les atteintes à l'origine de l'invalidité, soit le trouble dépressif, la fibromyalgie, les lombo-cruralgies et les troubles dégénératifs du rachis lombaires, s'étaient déjà manifestées durant son affiliation à la fondation.

39. Dans sa réponse du 6 mai 2010, la fondation conclut au rejet de la demande. Concernant la période du 1^{er} [recte 3] décembre 2001 au 30 [recte 31] août 2002, elle invoque l'absence de force contraignante de la décision de l'OAI du 6 juin 2003, le caractère manifestement insoutenable de cette même décision ainsi que la prescription des arrérages. S'agissant de la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 décembre 2006, elle allègue que le taux d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations et que les prétentions de la demanderesse sont prescrites. Enfin, relativement au versement d'une rente depuis le 1^{er} janvier 2007, la défenderesse invoque la rupture du lien de connexité tant matérielle que temporelle. La fondation soulève les mêmes moyens de défense s'agissant de la prévoyance surobligatoire.
40. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 15 septembre 2010, la demanderesse a confirmé qu'elle n'avait fait aucune démarche auprès de la défenderesse avant la demande en paiement du 9 mars 2010. Par ailleurs, elle a estimé que le fait d'invoquer la prescription était injuste dès lors qu'elle était représentée par un avocat, qu'une décision de l'assurance-invalidité avait été notifiée à la défenderesse et qu'elle n'avait ainsi aucune démarche à entreprendre. Etant donné qu'elle avait perçu des indemnités journalières jusqu'en décembre 2002, la question d'une rente d'invalidité restait théorique s'agissant de la période courant jusqu'en 2002. Enfin, elle sollicitait l'ouverture d'enquêtes portant sur l'atteinte psychique dont elle souffrait depuis 2000.
41. Par courrier du 23 septembre 2010, la défenderesse a transmis une copie des documents suivants : le projet de son règlement du 1^{er} janvier 2005, le règlement du 1^{er} janvier 2007 et l'extrait du procès-verbal de la séance du Conseil de fondation du 27 juin 2007. Elle a précisé que l'édition 2005 du projet de règlement n'était jamais entrée en vigueur. Ainsi, jusqu'en 2006, le règlement de prévoyance, édition 1995 rééditée en 2002, était applicable. Enfin, la fondation s'opposait aux enquêtes sollicitées par la demanderesse et plus particulièrement à l'audition du Dr M_____, le Tribunal fédéral ayant considéré, dans son arrêt I 236/05 du 22 juin 2006, qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dès le printemps 2002. Si le psychiatre précité devait tout de même être entendu, la fondation requerrait l'audition de la Dresse Q_____ et du Dr S_____, l'expert-psychiatre qui s'était chargé de l'expertise sollicitée par l'OAI.

42. Ce courrier a été communiqué à la demanderesse. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) 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 ; 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 ; art. 142 du code civil - 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).

b) Pour l'action fondée sur l'art. 73 LPP, le for est au domicile suisse ou au siège du défendeur, ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

c) La Chambre de céans est ainsi compétente à raison de la matière et du lieu pour connaître de la demande formée le 9 mars 2010, l'assurée ayant été engagée en qualité de dame de buffet par la Clinique, sise à Genève.

2. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise comme telle à l'observation d'aucun délai, de sorte que la demande est recevable.
3. Il sied encore de préciser que la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) entrée en vigueur le 1er janvier 2003 n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle (cf. art. 2 LPGA et 1 et ss LPP ; voir notamment arrêt non publié B 97/06 du 25 juin 2007, consid. 5.2).
4. S'agissant du droit applicable ratione temporis, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1 et les références). Concernant les dispositions réglementaires de l'institution de prévoyance, il convient d'admettre qu'est applicable le règlement qui était valable au moment où le droit aux prestations est né (Hans Ulrich STAUFFER, Die berufliche Vorsorge BVG/FZG/ZGB/OR, Zurich 1996, ad art. 50 p. 67). En revanche, en ce qui

concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. Le présent litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à une rente d'invalidité de 25% dès le 3 décembre 2001 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2007, et plus particulièrement sur la question de savoir si elle était assurée auprès de la fondation au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP).
6. A teneur de l'art. 23 LPP dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2004, avaient droit à des prestations d'invalidité les personnes qui étaient invalides à raison de 50% au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Cette disposition a été modifiée par la loi fédérale du 3 octobre 2003 (1^{re} révision de la LPP) et stipule désormais, depuis le 1^{er} janvier 2005, que les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ont droit à des prestations d'invalidité.
7. a) La LPP ne définit pas la notion d'invalidité mais se borne à renvoyer aux dispositions de la LAI (art. 26 al. 1 LPP).

Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, la notion d'invalidité est la même que dans l'assurance-invalidité. C'est pourquoi l'institution de prévoyance est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 271 consid. 2a, 120 V 108 consid. 3c et les références ; voir également Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n° 16ss ad Art. 23). Dans un arrêt datant de 1989, le Tribunal fédéral a toutefois considéré que dès lors que la LPP posait des exigences minimales notamment en matière de prestations (voir art. 6 LPP), les institutions de prévoyance avaient la possibilité, dans l'assurance obligatoire, d'élargir la notion d'invalidité ou de prévoir le versement de rentes à partir d'un taux inférieur à 50% (ATF 115 V 215, consid. 4b ; voir également H_____, BVG - Kommentar, Berufliche Vorsorge, n° 15 ad art. 23, et les arrêts cités).

Dans d'autres arrêts, le Tribunal fédéral a procédé à une nette distinction entre la prévoyance professionnelle, dans laquelle la notion d'invalidité est identique à celle prévue par l'assurance-invalidité et la prévoyance plus étendue où il était loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur conférait l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion différente. Elles pouvaient ainsi accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité ou prévoir le versement de rentes à partir d'un taux d'invalidité inférieur à 50 % (ATF 123 V 273 consid. 2d, 115 V 211 consid. 2b et

219 consid. 4b, ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; voir également HÜRZELER, op.cit., n° 16ss ad art. 23 LPP).

Deux courants jurisprudentiels et doctrinaux s'affrontent ainsi :

- Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral et Marc HÜRZELER, notamment, dans la prévoyance obligatoire, la notion d'invalidité est la même que dans l'assurance-invalidité. Ce n'est que dans la prévoyance plus étendue (ou surobligatoire) que les institutions peuvent étendre la notion d'invalidité et prévoir le versement de rentes à partir d'un taux d'invalidité inférieur à celui stipulé à l'art. 23 LPP.
 - Dans un arrêt datant de 1989, le Tribunal fédéral a considéré que les institutions de prévoyance pouvaient élargir la notion d'invalidité et prévoir le versement d'une rente en cas de taux d'invalidité inférieur à celui prévu par l'art. 23 LPP et ce dans la prévoyance obligatoire déjà. Cette approche a également été adoptée par H_____.
8. 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. Cette interprétation littérale est conforme au sens et au but de la disposition légale en cause, laquelle vise à faire bénéficier de l'assurance le salarié qui, après une maladie d'une certaine durée, devient invalide alors qu'il n'est plus partie à un contrat de travail. 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).
9. 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 (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa).

10. En l'espèce, la demanderesse réclame le versement d'une rente d'invalidité de 25% dès le 3 décembre 2001, puis de 100 % dès le 1^{er} janvier 2007. A l'appui de ces conclusions, elle allègue qu'elle n'a jamais recouvré une capacité totale de travailler. Dès lors qu'elle n'a pas repris son activité professionnelle, la capacité de travail résiduelle de 25% ne peut avoir interrompu le lien de connexité. Enfin, toutes les atteintes (trouble dépressif, fibromyalgie, lombo-cruralgies et troubles dégénératifs du rachis lombaire) existaient déjà en 2002, mêmes si elles n'étaient pas suffisamment importantes pour justifier une invalidité. Le lien de connexité tant temporelle que matérielle est dès lors réalisé.

Quant à la défenderesse, elle conteste devoir verser une quelconque rente d'invalidité. A l'appui de son refus, elle distingue les trois périodes suivantes : a) celle du 3 décembre 2001 au 31 août 2002, correspondant au versement de la rente d'invalidité entière temporaire, b) la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 décembre 2006, pendant laquelle l'OAI n'a retenu qu'une invalidité de 25% et c) celle courant depuis le 1^{er} janvier 2007, soit depuis le début du versement de la rente d'invalidité entière.

Pour des questions pratiques, la Chambre de céans reprendra la structure proposée par la défenderesse et examinera le bien-fondé des prétentions de la demanderesse pour chacune des périodes précitées, tant en ce qui concerne la prévoyance obligatoire que la prévoyance plus étendue (ou surobligatoire).

11. La demanderesse réclame, tout d'abord, le versement d'une rente d'invalidité de 25% pour la période du 3 décembre 2001 au 31 août 2002, pendant laquelle l'assurance-invalidité lui a versé une rente d'invalidité entière. De son côté, la défenderesse refuse de prester, invoquant le fait que la décision de l'OAI portant sur le versement d'une rente d'invalidité entière temporaire pendant cette période était manifestement insoutenable et ne pouvait lui être opposée, dès lors qu'elle ne lui avait pas été notifiée. Enfin et en tout état de cause, les prétentions de la demanderesse sont prescrites.
12. a) A titre liminaire, la Chambre de céans relève que la rente d'invalidité réclamée pour la période du 3 décembre 2001 au 31 août 2002 correspond à une époque où la demanderesse était encore affiliée à la fondation, les rapports de travail n'ayant pris fin que le 3 décembre 2002. La problématique de la connexité temporelle et matérielle prévue par l'art. 23 LPP ne se pose dès lors pas s'agissant de l'assurance obligatoire.
- b) Par ailleurs, que l'art. 11 (2) du règlement de la fondation, édition 1995, réédité en 2002, valable jusqu'au 31 décembre 2006, selon lequel la rente annuelle d'invalidité était payable à l'assuré qui pouvait prétendre à une rente de

l'assurance-invalidité fédérale soit considéré comme relevant de la prévoyance obligatoire ou surobligatoire, il n'en demeure pas moins que l'assurée percevait alors une rente de l'assurance-invalidité de sorte que les conditions de l'art. 11 (2) de la fondation étaient réalisées *prima facie*.

13. La défenderesse ayant soulevé la prescription tant en ce qui concerne la prévoyance obligatoire que la prévoyance plus étendue, la Chambre de céans examinera dans un premier temps ce grief. En effet, s'il est réalisé, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres moyens invoqués.

a) L'art. 41 aLPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, applicable à la prévoyance obligatoire 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. »

b) Jusqu'au 31 décembre 2004, la LPP ne prévoyait pas de disposition particulière sur la prescription des prétentions de l'assuré en matière prévoyance plus étendue. Toutefois, dans un arrêt du 29 novembre 1991, publié aux ATF 117 V 329, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que dans la prévoyance obligatoire comme dans la prévoyance plus étendue, les créances de l'affilié étaient soumises à un délai de prescription de cinq ans quand elles portaient sur des prestations périodiques et de dix ans dans les autres cas. Cette solution, consacrée par l'art. 41 al. 1 LPP, s'inspirait directement des art. 127 et 128 CO, qui étaient, quant à eux, applicables à la prévoyance plus étendue (RIEMER, *Das Recht der beruflichen Vorsorge in der Schweiz*, p. 104, n. 20; message précité, FF 1976 I 219). Ainsi, dans le cas d'une rente d'invalidité, chacun des arrérages se prescrivait par cinq ans, alors que le droit de percevoir les rentes comme tel se prescrivait dans le délai ordinaire de dix ans (cf. ATF 111 II 501).

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'art. 49 al. 2 LPP, applicable en matière de prévoyance plus étendue, renvoie à l'art. 41 LPP pour ce qui a trait à la prescription.

c) 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; GADOLA, Verjährung und Verwirkung im öffentlichen Recht, in : PJA 1/95, p. 58).

d) 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).

e) S'agissant de l'interruption de la prescription, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé (arrêts non publiés du 16 octobre 2006, B 55/06 et du 18 août 2006, B 53/06) que le droit public admet de façon plus large que le droit privé des actes interruptifs du créancier, en ce sens que le délai de prescription est interrompu – outre par les moyens mentionnés par l'art. 135 CO – par tout acte par lequel celui-ci fait valoir sa prétention de manière appropriée à l'égard du débiteur (voir GADOLA, op. cit., pp. 47 ss ; BRACONI, Prescription et péremption dans l'assurance sociale, in Droit privé et Assurances sociales, Fribourg 1990, p. 232 ; MOOR, Droit administratif, vol. II, p. 54).

Toutefois, en matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre de décision à l'égard de leurs affiliés. Elles doivent – comme les ayants droit ou les employeurs – faire valoir leurs droits par voie d'action pour les litiges visés par l'art. 73 LPP (ATF 115 V 229 consid. 2) et sont, sous cet angle, soumises aux mêmes exigences que les créanciers de droit privé. Il faut encore relever qu'en matière de prévoyance professionnelle, l'art. 41 al. 2 LPP, relatif à la prescription des actions en recouvrement de créances de cotisations ou de prestations périodiques, renvoie explicitement aux art. 129 à 142 CO. Cette réglementation est impérative et s'applique à toutes les créances fondées sur la LPP, notamment aussi aux rapports juridiques avec des institutions de droit public (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 19 décembre 1975, FF 1976 I 251 ; voir aussi ATF 132 V 165 consid. 4.4.3 et ATF 128 V 241 consid. 3b, où le Tribunal fédéral des assurances se réfère explicitement aux actes interruptifs de prescription au sens de l'art. 135 CO ; cf. également l'ATF du 10 février 2004,

B 87/00). En raison de ce renvoi pur et simple aux dispositions du Code des obligations et dès lors que l'énumération contenue à l'art. 135 ch. 2 CO est exhaustive, il n'y a pas de place en l'espèce pour une réglementation plus large en matière d'interruption de la prescription du fait du créancier (cf. également BRACONI, op. cit., p. 232).

14. Dans le cas d'espèce, la Chambre de céans relève tout d'abord que lors de l'entrée en vigueur de la version actuelle de l'art. 41 LPP, le 1^{er} janvier 2005, les rentes réclamées par la demanderesse n'étaient pas encore prescrites. En effet, elle aurait pu prétendre au versement d'une rente d'invalidité, pour autant que les autres conditions légales soient remplies, dès le 3 décembre 2001 de sorte que la prescription aurait été acquise le 3 décembre 2006 s'agissant de la rente la plus ancienne. Ainsi, conformément à la jurisprudence fédérale (voir 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), la prescription doit s'examiner au regard de la nouvelle teneur de l'art. 41 LPP, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005.

Concernant la période du 3 décembre 2001 au 31 août 2002, force est de constater que les prétentions de la demanderesse, relevant tant de la prévoyance obligatoire que de la prévoyance plus étendue, sont prescrites. En effet, celles-ci sont soumises à la prescription de 5 ans et selon l'art. 135 CO, l'assurée aurait dû faire valoir ses droits en déposant une poursuite, une citation en conciliation, en ouvrant une action ou en soulevant une exception devant un tribunal. Tel n'ayant pas été le cas avant le dépôt de la demande le 10 mars 2010, le droit à une éventuelle rente d'invalidité pour la période du 3 décembre 2001 au 31 août 2002 s'est prescrit entre le 3 décembre 2006 et le 31 août 2007.

La position de la demanderesse, qui estime qu'étant représentée par un avocat, elle n'avait aucune démarche à entreprendre ce d'autant plus que la décision de l'OAI du 13 août 2008 avait été notifiée à la fondation, ne saurait être suivie. En effet, en raison du renvoi pur et simple aux dispositions du code des obligations, il n'y a pas de place pour une réglementation plus large en matière de prescription.

Les prétentions de la demanderesse concernant la période du 3 décembre 2001 au 31 août 2002 étant prescrites, il n'y a pas lieu d'examiner les autres moyens de défense de la défenderesse, soit les questions de l'inopposabilité et du caractère manifestement insoutenable de la décision de l'OAI. En effet, que la Chambre de céans admette ou rejette ces griefs, la prescription est quoi qu'il en soit acquise.

15. En ce qui concerne la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 décembre 2006, la défenderesse oppose à la demande en paiement de l'assurée le taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations et la prescription des arrérages, s'agissant tant de la prévoyance obligatoire que de la prévoyance plus étendue.

Force est tout d'abord de constater que les rentes d'invalidité réclamées pour la période du 1^{er} septembre 2002 au 9 mars 2005, en vertu de la prévoyance tant obligatoire que plus étendue, sont prescrites, le délai de cinq ans pour introduire une poursuite ou une action ayant expiré sans avoir été utilisé.

Seule se pose ainsi la question du bien-fondé des rentes pour la période du 10 mars 2005 au 31 décembre 2006.

16. a) Comme cela a été relevé ci-dessus, l'art. 23 LPP, applicable en matière de prévoyance obligatoire, stipule que seules les personnes invalides à raison de 50% jusqu'au 31 décembre 2004, et de 40% depuis le 1^{er} janvier 2005 et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ont droit aux prestations d'invalidité.

La LPP ne définit pas la notion d'invalidité, mais elle se borne à renvoyer, sur ce point, aux dispositions de la LAI (voir aussi l'art. 1er al. 1 let. d et l'art. 4 de l'ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité - OPP 2, RS 831.441.1). De même, elle ne contient aucune disposition à propos de la naissance du droit à la rente. En effet, l'art. 26 al. 1 LPP déclare à ce sujet applicable, par analogie, l'art. 29 LAI.

Dans un arrêt publié aux ATF 123 V 269, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en matière de prévoyance professionnelle obligatoire, il existait une relation étroite, voulue par le législateur, entre le droit à une rente d'invalidité en vertu du premier pilier et celui à une rente du même genre du deuxième pilier (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 19 décembre 1975, FF 1976 I 142 et 200; VIRET, L'invalidité dans la prévoyance professionnelle selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, RSA 1997 p. 103; GREBER, Les prestations relatives à l'invalidité servies par d'autres régimes que l'AI, in: Cahiers genevois de sécurité sociale 1988, no 3/4, p. 74; MOSER, Die Zweite Säule und ihre Tragfähigkeit, thèse Bâle 1992, p. 189). La notion d'invalidité est la même dans les deux cas: elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'intéressé. C'est pourquoi l'institution de prévoyance est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (ATF 120 V 108 sv. consid. 3c, ATF 118 V 40 consid. 2b/aa, ATF 115 V 210 consid. 2b et 212 consid. 2c, 218 consid. 4b et 220 sv. consid. 4c). Cette force contraignante vaut aussi quand il s'agit de déterminer le moment de la naissance du droit à la rente (ATF 118 V 39 sv. consid. 2b/aa, ATF 115 V 214; Viret, loc. cit., p. 105 sv. ad ch. 8); autrement dit, la personne à laquelle l'assurance-invalidité a accordé une rente a également droit à une rente de l'institution de prévoyance, avec effet à la même date (RSAS 1997 p. 552 consid. 1).

Cependant, dans un arrêt rendu le 29 novembre 2002 et publié aux ATF 129 V 73, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que 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 (cf. sur ces questions PIEGAI, Nouveautés concernant l'invalidité dans la prévoyance professionnelle, in PJA 2003 no 3 p. 294-302).

Ce principe de la force contraignante trouve en outre sa limite lorsque la décision de l'assurance-invalidité n'est pas soutenable (ATF 120 V 108 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.

En l'espèce, la décision de l'OAI du 6 juin 2003 n'ayant pas été notifiée à la défenderesse, elle ne saurait lui être opposable conformément à l'ATF 129 V 73, rendu antérieurement.

Il convient ainsi de déterminer le taux d'invalidité de la demanderesse.

b) S'agissant de la prévoyance plus étendue, l'art. 11 (2) du règlement de 1995, réédité en 2002, stipule que la rente annuelle d'invalidité est payable à l'assuré qui peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité fédérale. Il convient ainsi de déterminer si la demanderesse pouvait prétendre à une telle rente.

Ces mêmes considérations s'appliquent si l'on considère que l'art. 11 (2) du règlement de 1995 étend le droit aux prestations minimales de la prévoyance obligatoire.

17. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont

convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

18. En l'espèce, il sied donc de déterminer si la demanderesse présentait un degré d'invalidité supérieur à 40% pour pouvoir prétendre à des prestations de la prévoyance tant obligatoire que plus étendue

a) A la demande de l'OAI, deux expertises, rhumatologique et psychiatrique, ont été réalisées par les Dr P_____, respectivement Q_____.

Dans son expertise du 20 septembre 2002, le Dr P_____N a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie, d'hernie discale L3-L4 et protrusion discale L4-L5, d'obésité et d'état dépressif vraisemblable. Il a considéré qu'une capacité de travail de 75 % dans sa profession de dame de buffet était adaptée.

A teneur du rapport d'expertise du SMR du 7 mars 2003, les diagnostics suivants ont été retenus : trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et dysthymie (F34.1). Quant à la capacité de travail, elle était de 100% dès le printemps 2002 dans toutes les activités.

Dans un arrêt rendu le 22 juin 2006, le Tribunal fédéral a reconnu une pleine valeur probante aux expertises précitées. Il a notamment considéré que la demanderesse ne présentait pas d'atteintes somatiques invalidantes. Sur le plan psychique, il a retenu que « le trouble somatoforme douloureux ne se [manifestait] pas avec une sévérité

telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de [l'assurée] puisse être raisonnablement exigée d'elle ».

Si la décision de l'OAI du 6 juin 2003 n'est certes pas opposable à la défenderesse, il n'en demeure pas moins que l'appréciation de la valeur probante des expertises du Dr P_____ et du SMR faite par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 juin 2006 ne saurait être remise en question par la Chambre de céans. Ainsi, dès lors qu'une pleine valeur probante a été reconnue à ces rapports, il convient de considérer que la demanderesse était capable de travailler à 75% sur le plan somatique et à 100% sur le plan psychique dans son activité de dame de buffet pendant la période litigieuse. En procédant à la comparaison des revenus, seule une invalidité de 25% peut par conséquent être reconnue à la demanderesse pour la période postérieure au 1^{er} septembre 2002.

A cela s'ajoute le fait que l'aggravation de l'état de santé de la demanderesse, qui a entraîné une incapacité de travail totale dès le début de l'année 2006 -ce qui n'a pas été contesté vu l'absence d'opposition au projet de décision, respectivement de recours contre la décision- ne saurait être qualifiée d'incapacité de longue durée au sens de l'art. 8 LPGA. En effet, pour qu'une telle qualification puisse être donnée, l'incapacité en question doit avoir perduré pendant au moins un an (voir KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 14 ad art. 8). Or, dans le cas de la demanderesse, ce n'est qu'en 2007 que la demanderesse a présenté, pendant la période d'un an requise, une incapacité totale de travailler de longue durée et, partant, une invalidité.

Le taux de 25% étant largement inférieur au 40% d'invalidité prévu à l'art. 23 let. a LPP, aucune rente d'invalidité relevant du régime de prévoyance obligatoire ne doit être versée à la demanderesse.

b) S'agissant du régime de prévoyance plus étendu, il convient de rappeler que l'art. 11 (2) du règlement de 1995, réédité en 2002, prévoyait le versement d'une rente annuelle d'invalidité à l'assuré qui pouvait prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. Or, pour pouvoir prétendre à une rente de l'assurance-invalidité, l'assuré doit présenter une invalidité d'au moins 40% (voir art. 28 al. 1 LAI), ce qui n'est pas le cas de la demanderesse.

Ces mêmes considérations s'appliquent si l'on devait considérer que l'art. 11 (2) du règlement de 1995, réédité en 2002, étend en réalité les prestations minimales dans le cadre de la prévoyance obligatoire.

c) Compte tenu de ce qui précède, la demanderesse doit être déboutée de ses conclusions en paiement d'une rente d'invalidité de 25% pour la période non prescrite du 10 mars 2005 au 31 décembre 2006 que ce soit en matière de prévoyance obligatoire ou plus étendue.

19. Enfin, concernant la période courant dès le 1^{er} janvier 2007, la demanderesse requiert le versement d'une rente d'invalidité entière. Quant à la défenderesse, elle oppose à ces conclusions la rupture du lien de connexité tant matérielle que temporelle en ce qui concerne la prévoyance obligatoire et la prévoyance plus étendue.

a) A titre liminaire, il sied de préciser que la fondation a prévu, à l'art. 24 du règlement du 1^{er} janvier 2007, le versement d'une rente à partir d'un taux inférieur à 40% conformément à la possibilité que la jurisprudence fédérale lui octroyait. En effet, il suffit que les personnes assurées par la défenderesse présentent une invalidité de 25% et que le lien de connexité tant matérielle que temporelle soit réalisé pour une rente d'invalidité doive leur être versée.

Que cette clause permette d'étendre les prescriptions minimales de la LPP en matière de prévoyance obligatoire ou qu'elle fasse partie de la prévoyance plus étendue ne modifie en rien l'issue du litige. En effet, dès lors que la décision du 13 août 2008 a été notifiée à la fondation, elle lui est opposable. Une invalidité à 100% ayant été reconnue, la demanderesse présente à l'évidence un taux d'invalidité suffisant au sens des art. 23 al. 1 let. a LPP et 24 du règlement du 1^{er} janvier 2007.

Seule reste par conséquent à examiner la condition de la connexité matérielle et temporelle prévue, dans les mêmes termes, par les deux dispositions précitées. Aussi, la Chambre de céans examinera cette condition sans faire de distinction entre la prévoyance obligatoire et celle plus étendue.

b) Selon la jurisprudence, la notion d'incapacité de travail est définie comme étant la « diminution de l'aptitude fonctionnelle dans sa profession ou son domaine d'activité » (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références). Il y a lieu d'office d'examiner avec le plus grand soin si, bien que touchant son salaire, une personne se trouve effectivement frappée dans une mesure importante dans sa capacité de travail, si donc dans le cadre des rapports de travail - compte tenu de son domaine normal d'activité - elle fournit sa prestation habituelle ou n'en fournit plus qu'une réduite du fait de l'atteinte à la santé (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, p. 289). Selon la jurisprudence, une baisse de rendement doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur. Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (ATFA non publié B 75/01, du 6 février 2003, consid. 2.2). Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail

(BRÜHWILER, Kommentar zum Einzelarbeitsvertrag, 2e éd., 1996, n° 9 ad art. 324a CO ; FAVRE/MUNOZ/TOBLER, Le contrat de travail, 2001, n° 1.13 ad art. 324a CO ; REHBINDER, Schweizerisches Arbeitsrecht, 14e éd., 1999, ch.m. 81), dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références).

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 (ATFA non publiés B 82/05, du 22 septembre 2006, consid. 3.2, B 32/05, du 24 juillet 2006, et B 93/02, du 3 mai 2004).

c) 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 alors envisager une durée minimale d'interruption de l'activité de travail de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201).

e) En l'espèce, l'expertise psychiatrique réalisée le 7 mars 2003, à laquelle le Tribunal fédéral a attribué une pleine valeur probante, a reconnu la demanderesse totalement incapable de travailler pour des motifs psychiques entre le 3 décembre

2001 et le printemps 2002. Dès cette époque, l'assurée présentait une capacité de travail à 100% dans toutes les activités. Sur le plan somatique, elle a été reconnue comme étant incapable de travailler à 25%.

Ainsi, sur la base des expertises, à laquelle le Tribunal fédéral a reconnu une pleine valeur probante, la demanderesse a certes présenté une incapacité de travail pour des motifs psychiques jusqu'au printemps 2002. Toutefois, dès cette époque, seules des atteintes somatiques ont eu des répercussions sur sa capacité de travail.

Or, dès lors que la rente d'invalidité entière, octroyée avec effet au 1^{er} janvier 2007, l'a été en raison d'atteintes psychiques, le lien de connexité matérielle fait défaut. En effet, l'incapacité de travail de 25% perdurant au-delà du printemps 2002 était due à des atteintes somatiques alors que l'invalidité a été reconnue en 2008 en raison d'atteintes psychiques.

A cela s'ajoute le fait que même si la demanderesse était incapable de travailler pour des motifs psychiques entre le 3 décembre 2001 et le printemps 2002, il a été considéré que le traitement administré lui permettait de reprendre une activité professionnelle à 100%. Par ailleurs, l'aggravation de son état psychique, ayant entraîné une incapacité de travail de 100%, n'a été reconnue qu'avec effet au début de l'année 2006 soit près de quatre ans après la fin du versement de la rente temporaire, ce que la demanderesse n'a pas contesté. Il doit ainsi être considéré, selon le principe de la vraisemblance prépondérante applicable en l'espèce, que la demanderesse a retrouvé sa capacité de travail pour une longue période après la survenance de l'incapacité de travail.

Au vu de ce qui précède, force est ainsi de constater que les liens de connexité tant matérielle que temporelle font défaut de sorte que la demanderesse doit être déboutée de toutes ses conclusions.

20. La Chambre de céans précisera encore qu'il sera renoncé à ordonner d'autres mesures d'instruction (appréciation anticipée des preuves : ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). En effet, le dossier comporte deux expertises auxquelles le Tribunal fédéral a reconnu une pleine valeur probante. L'audition des médecins de la demanderesse, dont les conclusions ont été retenues avec circonspection par le Tribunal fédéral, n'est ainsi pas nécessaire. A cela s'ajoute le fait que selon le rapport d'expertise de la Clinique romande de réadaptation du 22 avril 2008, l'incapacité de travail complète remonte à tout le moins au début de l'année 2006, selon les renseignements fournis par les psychiatres traitants. Ces derniers semblent ainsi retenir une aggravation de l'état de santé et une incapacité de travail avec effet au début de l'année 2006. La demanderesse n'ayant pas recouru contre la décision rendue sur la base de ce rapport, elle admet avoir été capable de travailler avant le début de l'année 2006. Si tel n'avait pas été le cas, elle se serait prononcée sur le

projet d'acceptation de rente et aurait sollicité le versement d'une rente d'invalidité, à tout le moins partielle, pour les mois voire années précédant le 1^{er} janvier 2007.

21. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 3 de la loi cantonale sur la procédure administrative - LPA ; RS E 5.10). Enfin, la demanderesse, qui succombe, n'aura pas droit à des dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande du 10 mars 2010 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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