RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/919/2020 **ATAS/921/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 septembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Ville-la-Grand, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER	demanderesse
contre	
1. FONDATION SUISSE DES PARTENAIRES SOCIAUX POUR L'INSTITUTION SUPPLÉTIVE SELON L'ART. 60 LPP, sise Elias-Canetti-Strasse 2, Zürich 2. FONDATION COLLECTIVE LPP DE L'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE SUR LA VIE, sise p.a. ALLIANZ Lebenversicherungs Gesellschaft AG, Richtiplatz 1, Wallisellen 3. ALLIANZ PENSION INVEST-TEILAUTONOME SAMMELSTIFTUNG FÜR BERUFLICHE VORSORGE, sise p.a. ALLIANZ Lebenversicherungs Gesellschaft AG, Richtiplatz 1, Wallisellen	défenderesses

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : la demanderesse), née en 1958, mariée et mère de deux enfants nés en 1988 et 1989, a commencé à travailler en Suisse dès 1983.

2. Du 1er novembre 1992 au 31 août 2011, elle a été employée en qualité de concierge responsable du service de trois immeubles, copropriétés représentées depuis 1993 par B_____SA (ci-après : B_____), et était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de la FONDATION COLLECTIVE LPP DE L'ALLIANZ SUISSE (ci-après : ALLIANZ).

3. À partir du 1er septembre 2011, elle a été engagée à 100% par les époux C_____ en tant qu'employée de maison et était assurée pour la prévoyance professionnelle par la FONDATION INSTITUTION SUPPLÉTIVE LPP (ci-après : l'institution supplétive).

4. Par courrier recommandé du 21 décembre 2011, les époux C_____ ont mis fin au contrat de travail de l'intéressée pour le 31 mars 2012. À compter du 22 décembre 2011, l'assurée a été en arrêt maladie et n'a plus repris ses fonctions.

5. Dans un rapport d'expertise du 26 juillet 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, mandaté par l'assureur perte de gain maladie, a diagnostiqué une fibromyalgie connue depuis 1998 et ayant nécessité une hospitalisation en 2007 pour une décompensation, une opération de nodules bénins de la thyroïde avec une substitution en hormones thyroïdiennes, et la survenue en décembre 2011 d'un état dépressif, jugé réactionnel par l'intéressée à l'emploi occupé depuis septembre 2011 et dont l'évolution était favorable. Il a relaté que l'assurée avait travaillé pendant près de 20 ans comme concierge, emploi qu'elle avait dû progressivement diminuer, puis quitter en raison d'une exacerbation des douleurs et parce que son mari, malade, ne pouvait plus l'aider. Elle avait commencé à travailler comme employée de maison, mais cette activité s'était révélée plus pénible physiquement que ce qui lui avait été expliqué. N'arrivant plus à faire face à la charge de travail et en raison de l'augmentation de ses douleurs et de sa faiblesse, elle avait démissionné et était en arrêt maladie depuis. Elle considérait que son état psychique s'était amélioré et n'entraînait plus d'incapacité de travail. Elle envisageait une reprise d'activité à 20 ou 30% pour s'occuper d'un enfant. L'anamnèse et le tableau clinique permettaient de conclure à une fibromyalgie qui avait été décompensée par un travail plus difficile physiquement, avec probablement également quelques difficultés relationnelles avec l'employeur, conduisant aussi à une décompensation psychique. La faiblesse rapportée au niveau des membres supérieurs et dans une moindre mesure aux membres inférieurs survenait le plus probablement dans le contexte d'une fibromyalgie. Toutefois, elle était inhabituelle et pouvait évoquer d'autres diagnostics parmi lesquels une hypothyroïdie mal substituée, une myopathie à minima, voire un déficit en vitamine D. Il suggérait que des investigations soient pratiquées, ce dont il avait informé la rhumatologue traitante. Il pensait souhaitable d'organiser le bilan proposé avant

d'envisager une reprise de travail. Si le bilan ne révélait rien de plus, la capacité de travail devrait être de 100% dans un emploi si possible plus léger. Il a conclu au rétablissement d'une pleine capacité de travail dans un délai d'un mois, plus probablement de deux mois, soit le temps de procéder au bilan, dans une activité ne comportant pas de charges lourdes avec le membre supérieur droit, des mouvements amples de l'épaule droite ou sollicitant beaucoup l'articulation sternoclaviculaire droite. Les activités ménagères n'étaient pas les plus adéquates.

6. Le 31 mai 2012, l'assurée a signé une demande de prestations d'assurance-invalidité, mentionnant souffrir d'affections musculaires avec de fortes douleurs dans tout le corps depuis plusieurs années. Elle a indiqué avoir travaillé à 65% pour B_____, puis à 100% pour les époux C_____.

7. À partir du 1er octobre 2012, l'intéressée a travaillé à 25% comme garde d'enfant à domicile.

8. Par rapport du 29 octobre 2012, le docteur E_____, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une fibromyalgie depuis 1997, un trouble de l'adaptation avec une humeur dépressive depuis septembre-octobre 2011, une thyroïdite depuis 2009. La capacité de travail était limitée en raison d'une grande fatigabilité musculaire avec des douleurs diffuses, obligeant la patiente à se reposer souvent pour récupérer.

9. Dans son rapport du 16 septembre 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté pour expertise par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une dysthymie (F34.1), sans influence sur la capacité de travail qui demeurait entière dans toute activité. À l'anamnèse, il a notamment rapporté deux contraintes subies par l'assurée en 2011, soit l'augmentation du loyer de son appartement de fonction et une baisse de salaire, ce qu'elle avait trouvé injuste. Elle avait ensuite travaillé chez un couple en tant qu'aide-ménagère, mais contrairement à ce qui avait été convenu dans le contrat, elle était exploitée pour beaucoup d'autres fonctions et était constamment critiquée. Elle avait donné son congé pour le 31 mars 2012. Depuis, elle cherchait intensément un autre emploi, mais sans beaucoup de succès. Finalement, elle avait trouvé un travail à 25% chez un particulier où elle s'occupait d'une enfant.

10. Dans un avis du 27 septembre 2013, basé sur les rapports des Drs D_____ et F_____, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux associé à une dysthymie, sans impact sur la capacité de travail. En l'absence de pathologie psychiatrique et autre diagnostic somatique, l'incapacité de travail retenue par le Dr D_____ dans l'activité habituelle d'employée de maison ne pouvait être suivie, ce d'autant plus qu'il existait des difficultés relationnelles avec l'épouse de l'employeur.

11. En date du 18 novembre 2013, le Dr E_____ s'est adressé à l'OAI pour soutenir la demande de sa patiente. Il estimait que l'intrication du physique et du psychique

avait conduit à une situation d'incapacité de travail définitive de 75% dans les professions exercées et que le trouble douloureux somatoforme chronique s'était nettement et durablement aggravé depuis 2011. Il suggérait la mise sur pied d'une nouvelle expertise somatique, doutant que celle du Dr D_____, qui n'avait pas été mandaté par l'OAI, soit suffisante pour juger de l'invalidité.

12. Par décision du 24 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, considérant que cette dernière ne présentait ni limitations fonctionnelles, ni atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

    Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

13. En date du 2 avril 2015, l'assurée a déposé une deuxième demande d'invalidité en raison de douleurs multiples, d'une dépression et de problèmes de thyroïde.

14. Dans un rapport du 11 mai 2015, le Dr E_____ a suggéré à l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande car l'état de sa patiente s'était notablement aggravé. L'intensité des douleurs était devenue invalidante et la prise en charge psychiatrique était désormais assurée par une psychiatre. Les diagnostics étaient une polyarthrose et un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec des symptômes psychotiques. L'incapacité de travail était désormais de 100% à long terme et les limitations fonctionnelles étaient essentiellement dues à la fatigue et aux douleurs musculaires, invalidantes, dues à l'intrication des symptômes psychiques et physiques.

15. Par rapport du 12 mai 2015, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie, a indiqué avoir suivi l'assurée du 10 février 2004 au 15 septembre 2009 puis dès le 12 septembre 2014. Elle a mentionné, entre autres, une fibromyalgie diagnostiquée en 1998 avec une décompensation en 2007 ayant nécessité une hospitalisation, une migraine chronique résistante, des troubles de la thyroïde, des lombalgies et cervico-scapulalgies, un état anxio-dépressif et une personnalité introvertie. À l'anamnèse, elle a notamment noté que l'assurée avait travaillé en tant que concierge durant 13 ans, elle-même à 65% et son mari à 10% pour les travaux lourds (jardinage et containers). De 1999 à 2001, elle s'était également occupée d'un autre immeuble proche qu'elle n'avait plus pu assumer en raison de sa fibromyalgie. Un bilan d'ergothérapie réalisé en 2008 avait conclu que l'activité de la patiente restait contraignante, même avec un aménagement. L'assurée avait fait de son mieux pour conserver sa capacité de travail à 65%, mais cette dernière s'était progressivement amoindrie et son mari avait augmenté sa participation aux tâches. De septembre à décembre 2011, elle avait été dame de compagnie, mais cette activité était également trop lourde. Son incapacité de tenir un travail avait retenti sur son moral, avec la nécessité d'être traitée pour dépression pendant assez longtemps. Afin de subvenir à ses besoins, elle avait repris une activité professionnelle à 25%, à raison de 2.5 heures par jour, depuis 2013. Un test réalisé le 24 avril 2015 avait démontré une intolérance à l'effort. Les médecins spécialistes du sport devaient encore

examiner ces valeurs et préciser s'il y avait une relation avec une affection musculaire concomitante de type myopathie métabolique. La patiente n'était donc plus capable, malgré son assiduité au travail et sa compliance à l'ensemble des traitements suivis, d'effectuer des mouvements répétitifs ou en hauteur nécessitant un certain appui. Une incapacité de travail définitive de 75% était justifiée.

16. Le 16 juillet 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a observé que bon nombre de protocoles avaient été réalisés sans diagnostic supplémentaire clair.

17. Le 2 février 2016, la Dresse G_____ a indiqué que la patiente travaillait à 25%, mais assumait difficilement cet emploi qu'elle espérait conserver pour des raisons financières. Elle était modérément enraidie sur le plan articulaire, les gestes étaient ralentis, la préhension quasi nulle et la fatigabilité musculaire handicapante, s'accompagnant d'un état anxio-dépressif. Une amélioration de la capacité de travail n'était pas à attendre.

18. Dans un rapport du 12 septembre 2016, le professeur I_____, médecin au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, une maladie immuno-inflammatoire d'origine incertaine, en tout cas depuis 1998, et une cervicarthrose probablement significative depuis 2004. Il a noté, à titre de diagnostic sans effets sur ladite capacité, une thyroïdite auto-immune depuis 2000, et mentionné une sécheresse oculaire et buccale de longue date, des crampes fréquentes, des troubles de la mémoire et de la concentration. Il suivait l'assurée depuis septembre 2015. L'activité de concierge n'était plus possible en raison des douleurs musculaires avec une faiblesse, des arthralgies avec des épisodes de tuméfactions documentés, d'une fatigabilité et de migraines. Une activité adaptée à 25% était possible depuis fin 2013, et une reprise à 50% pourrait être envisagée une fois le diagnostic définitif posé et le traitement efficace entrepris.

19. Le 20 novembre 2017, le Prof. I_____ a précisé que l'assurée présentait une péjoration de ses douleurs par rapport à sa dernière évaluation avec la persistance de l'élévation et même l'augmentation de certaines valeurs. En outre, le moral de la patiente était très affecté par la non prise en compte de son incapacité de travail, ce qui avait nécessité une augmentation de son traitement antidépresseur. Il estimait que sa capacité de travail la limitait actuellement à 75%.

20. Par avis du 1er octobre 2018, le SMR a rappelé que le Prof. I_____ avait confirmé l'existence d'une atteinte auto-immune avec une composante inflammatoire chronique persistante. Il s'agissait selon toute vraisemblance d'une connectivité mixte. Le SMR considérait que c'était « au moins à partir de 2015 » que l'atteinte avait eu un impact notable et durable sur la capacité de travail de l'assurée, et qu'aucune capacité de travail n'était exigible à partir de 2015.

21. Par décision du 9 octobre 2018, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière dès le 1er janvier 2016.

En l'absence d'opposition, cette décision est entrée en force.

22. En date du 12 mars 2020, l'assurée a déposé une action devant la chambre de céans, à l'encontre de l'Institution supplétive (défenderesse 1), d'ALLIANZ (défenderesse 2), et de l'ALLIANZ PENSION INVEST-TEILAUTONOME SAMMELSTIFTUNG FÜR BERUFLICHE VORSORGE (défenderesse 3).

La demanderesse a conclu, préalablement, à ce que soient ordonnés l'apport du dossier de l'OAI et la production par les défenderesses de leurs règlements de prévoyance valables en 2011 et 2016. Principalement, elle a conclu à ce que la défenderesse 1 soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité selon son règlement mais au moins selon la LPP, à 100% à partir du 1er mars 2015 avec intérêts à 5% depuis le 15 mars 2020, subsidiairement à partir du 1er janvier 2016 avec intérêts à 5% depuis le 15 mars 2020. Plus subsidiairement, elle a conclu à ce que la défenderesse 2, et plus subsidiairement encore la défenderesse 3, soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, tant obligatoire que surobligatoire, à partir du 1er mars 2015, subsidiairement du 1er janvier 2016, avec intérêts à 5% depuis le 15 mars 2020. Si besoin, elle a sollicité qu'une expertise soit ordonnée pour démontrer qu'une incapacité de travail ininterrompue d'au moins 20% avait bien subsisté entre le 22 décembre 2011 et le 1er janvier 2015. En tous les cas, elle a réclamé que toutes les défenderesses soient condamnées à lui verser une indemnité équitable valant participation aux honoraires de son conseil.

En substance, la demanderesse a fait valoir que l'incapacité de travail déterminante avait débuté le 22 décembre 2011. La connexité matérielle entre cette incapacité de travail et l'incapacité de travail à 100% débutant selon la décision de l'OAI le 1er janvier 2015 était manifeste. Elle a soutenu que le diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr D_____ était erroné et qu'il était évident qu'elle présentait de longue date des manifestations devant faire suspecter un syndrome de Gourgerot-Sjögren, caractérisé par des symptômes musculo-squelettiques (arthralgies migratoires à caractère inflammatoire, arthrites, myalgies et myosite), des symptômes psychiatriques (dépression et anxiété), de la xérophtalmie (sécheresse oculaire). Elle a notamment rappelé que son ophtalmologue avait signalé un syndrome sec, que la Dresse G_____ avait noté une poly-insertionite résistante à diverses thérapeutiques et diagnostiqué en 2009 une thyroïdite auto-immune, laquelle était une maladie associée au syndrome de Sjögren, qui avait été évoqué en 2015 par la Dresse G_____ et le Prof. I_____. Ce dernier avait estimé que la maladie de Sjögren avait débuté en 1998. La connexité temporelle n'avait pas été interrompue, en l'absence du rétablissement d'une capacité de travail supérieure à 80% pour une période de 3 à 6 mois minimum. Les conclusions contraires du Dr D_____ reposaient sur un diagnostic erroné et ce médecin ne l'avait plus revue depuis le 26 juillet 2012. À la lumière du diagnostic correct posé par le Prof. I_____, les certificats d'arrêt de travail du Dr E_____, établis en temps réel en septembre et octobre 2012, emportaient en revanche la conviction de manière

nettement prépondérante. D'ailleurs, le SMR avait relevé que c'était « au moins » à partir de 2015 que la maladie avait eu un impact notable et durable sur sa capacité de travail. Le Dr E_____, qui la suivait depuis 1997, avait attesté d'une incapacité de travail à 75% dès le 1er octobre 2012. Elle n'avait pu travailler qu'à 25% à partir du 1er octobre 2013 en raison de son état de santé. Il n'y avait aucune autre raison qui aurait pu soudainement la décider à réduire de trois quarts ses revenus, alors que son emploi en était sa seule source et qu'elle avait travaillé toute sa vie. Elle avait demandé une révision de la première décision de l'OAI et réclamait l'octroi des prestations du 2ème pilier dès le 1er mars 2015, et non pas seulement depuis le 1er janvier 2016.

Si la chambre de céans devait retenir que l'incapacité de travail déterminante était survenue pendant qu'elle exerçait le travail de conciergerie, il conviendrait alors d'appliquer la jurisprudence fédérale en matière de travail à temps partiel, en répercutant le taux d'invalidité à 100% retenu par l'OAI pour l'activité à plein temps sur l'activité exercée à temps partiel. Il en résultait une invalidité de 100% également pour cette dernière.

La demanderesse a notamment produit son extrait de compte individuel au 23 septembre 2016, un rapport de la Dresse G_____ du 10 novembre 2005, des certificats médicaux du Dr E_____ des 28 septembre et 26 octobre 2012, des rapports du Prof. I_____ des 9 octobre 2015 et 13 janvier 2020, un rapport du Dr E_____ du 30 novembre 2015, ainsi qu'un article tiré de la Revue médicale suisse relatif au syndrome de Sjögren.

23. Dans sa réponse du 14 mai 2020, la défenderesse 2 a conclu au rejet de l'action la concernant, par manque de tout indice de connexité formelle et matérielle. Elle a relevé que la demanderesse avait été, dès le 1er septembre 2011, employée chez un particulier qui avait un contrat d'affiliation auprès de la défenderesse 1 et que les rapports de prévoyance entre la demanderesse et elle-même s'étaient terminés avec le début de ce nouvel emploi. Ainsi, au moment de l'octroi d'une rente d'invalidité, avec effet au 1er janvier 2016, la demanderesse n'était plus assurée auprès d'elle. Elle ne l'était d'ailleurs pas non plus au 1er mars 2015 ou au 22 décembre 2011. La demanderesse ne motivait aucun argument ni ne livrait de pièces justificatives à l'appui de son action la concernant.

    Elle a annexé, entre autres, la résiliation de la police de libre passage au 18 octobre 2011 de l'intéressée et son Règlement de prévoyance, Dispositions générales du règlement (DGR), édition 01.2011.

24. Par réponse du même jour, la défenderesse 3 a conclu au rejet de l'action à son encontre. Elle a souligné qu'il ressortait de l'extrait du registre du commerce du Canton de Zürich qu'elle y avait été inscrite le 23 mars 2016 seulement. S'agissant de l'inscription d'une toute nouvelle fondation propre, et non pas d'une succession ou fusion ou autre, avec inscription du 23 mars 2016 en tant qu'acte constitutif, il serait à la charge de la demanderesse de prouver qu'il existerait un contrat

d'affiliation entre un des employeurs de la demanderesse et elle-même, ce qui n'était pas le cas. L'intéressée n'avait jamais été assurée auprès d'elle.

25. Dans sa réponse du 31 juillet 2020, la défenderesse 1 a conclu au rejet de la demande dirigée contre elle.

Elle a rappelé que, par décision du 13 février 2014, l'OAI n'avait retenu aucune atteinte invalidante et n'avait pas accordé de prestations à la demanderesse. Dans sa décision de 2018, il avait constaté qu'aucune capacité de travail n'était exigible à partir de 2015, étant relevé qu'il n'y avait pas de demande tardive. En raison de la force contraignante de ces décisions, qui lui avaient été dûment notifiées, elle était liée par ces constatations. Suite aux explications de M. C_____, elle avait confirmé, le 20 janvier 2012, la sortie de la demanderesse avec effet au 31 décembre 2011, date à laquelle la couverture d'assurance par elle-même avait donc pris fin. Or, l'incapacité de travail invalidante retenue par l'OAI avait débuté le 1er janvier 2015, soit trois ans plus tard. De ce fait, la demanderesse n'était plus assurée auprès d'elle lorsqu'était survenue l'incapacité de travail invalidante.

Cela étant, à toutes fins utiles, elle procédait à un examen libre des conditions du droit aux prestations.

Concernant la connexité temporelle, l'intéressée avait été en arrêt de travail total dès le 22 décembre 2011 et, dès le mois de septembre 2012, une capacité de travail de 100% dans une profession adaptée avait été attestée par expertise. En dépit de ce rapport, le médecin traitant avait continué d'établir des certificats médicaux. Les derniers, datés des 28 septembre et 26 octobre 2012, n'apportaient rien de nouveau, en particulier pas l'existence d'une quelconque aggravation de l'état de santé de l'intéressée. Au contraire, le Dr F_____ avait considéré la demanderesse comme apte à travailler dans toute activité et les rapports des HUG de décembre 2014 et janvier 2015 ne faisaient pas mention d'une incapacité de travail. Ce n'était que le 11 mai 2015 que le médecin traitant avait informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Cette dernière avait été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2016. Ainsi, l'incapacité de travail survenue en décembre 2011 avait duré environ 8 mois, de janvier à août 2012. Même en tenant compte des derniers certificats du médecin traitant, ladite incapacité avait duré une année au maximum. Ensuite, pendant près de 3 ans, aucune incapacité n'avait été attestée, de sorte que la connexité temporelle avait été interrompue par rapport à l'incapacité de travail survenue le 22 décembre 2011. Si par impossible la chambre de céans considérait que l'incapacité de travail durable remontait à une période antérieure à mai 2015, il conviendrait de prendre en considération le fait que la demanderesse avait été hospitalisée en 1997, qu'une fibromyalgie avait été diagnostiquée en 1998, et que l'intéressée indiquait avoir dû réduire son travail de concierge progressivement, de 100% à 65%, puis le quitter en raison d'une exacerbation de ses douleurs. Dans cette hypothèse, l'emploi auprès de M. C_____ devrait être considéré comme une tentative de reprise d'une activité

lucrative, qui n'avait duré que 3.5 mois. Cet emploi n'était donc pas à même d'interrompre la connexité temporelle par rapport à une invalidité préexistante.

S'agissant de la connexité matérielle, l'avis du Prof. I_____, qui avait considéré que la demanderesse souffrait depuis 1998 d'un syndrome de Sjögren et non pas d'une fibromyalgie, n'apportait rien de nouveau puisqu'il s'agissait d'une seule et unique atteinte qui avait entraîné une incapacité de travail durable invalidante dès le printemps 2015. En revanche, l'incapacité temporaire survenue en décembre 2011 était essentiellement due à un état dépressif réactionnel, qui avait connu une évolution favorable et n'avait plus été mentionné par le Prof. I_____ dans son rapport du 12 septembre 2016. Ainsi, il n'y avait pas de connexité matérielle entre la fibromyalgie survenue en 1998 et l'état dépressif temporaire de décembre 2011.

Partant, la demanderesse n'avait pas démontré qu'elle aurait présenté de manière permanente une incapacité de travail de plus de 80% dès le 22 décembre 2011, étant souligné que les deux certificats de son médecin traitant attestant d'une incapacité de travail de 75% en octobre et novembre 2012 n'étaient pas de nature à établir une incapacité de travail s'étendant sur plus de 3 ans. À cela s'ajoutait qu'un simple certificat médical n'avait pas la même valeur probante qu'une expertise. Enfin, on ne saurait déduire de la formulation de l'OAI, à savoir que l'incapacité de travail datait « depuis au moins à partir de 2015 », que cette incapacité avait débuté le 22 décembre 2011. Le seul fait d'exercer une activité à 25% ne démontrait pas une incapacité de travail de 75%. Au cas où il serait retenu que l'incapacité de travail invalidante était survenue pendant que la demanderesse exerçait l'activité de concierge, elle devrait alors être libérée de toute obligation.

La défenderesse 1 a joint à son écriture, entre autres, son « Règlement 2005, Première partie : plan de prévoyance AN (salariés) » et son « Règlement 2005, Deuxième partie : disposition générale (DG) », une lettre de l'avocat de M. C_____ adressée le 28 décembre 2011 à la demanderesse et un courrier du 4 janvier 2012 de M. C_____ accompagnant le formulaire « annonce de sortie » pour le 31 décembre 2011, le décompte de sortie au 31 décembre 2011 envoyé à l'intéressée le 20 janvier 2012 « Suite à l'annonce de la cessation des rapports de travail », ainsi qu'un rapport du 22 décembre 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG et un résumé de séjour du 11 janvier 2015 du service des urgences des HUG.

26. Par écriture du 1er octobre 2020, la demanderesse a conclu préalablement à la production par les défenderesses de leurs règlements de prévoyance valables dès 2001. Elle a persisté dans ses conclusions principales et subsidiaires à l'égard de la défenderesse 1. Plus subsidiairement, si l'incapacité de travail déterminante était située entre août 2001 et juillet 2007, elle a conclu à la condamnation des défenderesses 1 et 2 à lui verser chacune une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, tant obligatoire que surobligatoire, à partir du 1er mars 2015, subsidiairement du 1er janvier 2016, avec intérêts à 5% depuis le 15 mars 2020, sur la base des prestations assurées au moment de la survenance de l'incapacité de

travail déterminante. Encore plus subsidiairement, elle a conclu à la condamnation de la défenderesse 2 à lui verser une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, tant obligatoire que surobligatoire, à partir du 1er mars 2015, subsidiairement du 1er janvier 2016, avec intérêts à 5% depuis le 15 mars 2020.

La défenderesse 1 ne pouvait pas se prévaloir d'un effet obligatoire de la première décision de l'OAI, laquelle reposait sur un rapport mentionnant un diagnostic erroné. De plus, le Prof. I_____ avait souligné en 2019 l'inefficacité des médicaments administrés, voire le fait qu'ils n'étaient pas tolérés par la patiente, ce qui avait également été observé par le Dr E_____ en 2013, mais ignoré par l'OAI. La décision de 2014 était manifestement insoutenable et ne liait pas la chambre de céans. En cas de doute à ce propos, il conviendrait d'entendre le Prof. I_____ et de mettre en œuvre une expertise. Le syndrome de Sjögren n'avait été diagnostiqué que tardivement, et sa deuxième demande d'invalidité ne datait que du 8 avril 2015. Ainsi, l'OAI n'avait pas à se prononcer sur sa capacité de travail pour une période antérieure au 8 octobre 2014, de sorte que la deuxième décision n'avait pas d'effet obligatoire pour la période avant cette date. La connexité temporelle était réputée prouvée, dès lors que la défenderesse 1 n'avait pas contesté ses allégués qui se rapportaient au contenu du rapport du Prof. I_____, selon lequel la capacité de travail était déjà nulle entre 2012 et 2015, en l'absence de traitement. L'incapacité de travail déterminante s'était produite pendant une période de couverture d'assurance. Il était manifestement erroné de tirer parti des rapports des HUG des 22 décembre 2014 et 22 janvier 2015 pour conclure à une pleine capacité de travail, dès lors que le syndrome de Sjögren n'avait alors pas encore été posé et que les HUG lui avaient prescrit 6 mg de morphine le 22 janvier 2015. Par ailleurs, le SMR avait considéré que l'incapacité totale de travail remontait à « au moins 2015 ». Le Dr E_____ avait retenu une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 septembre 2012, puis de 75% jusqu'à l'aggravation à 100% survenue en 2015, et avait clairement mentionné que l'incapacité de travail de 75% dès le 1er octobre 2012 avait perduré jusqu'au 30 novembre 2015, dans son certificat établi à cette date. De plus, ce médecin l'avait reçue en consultation toutes les 4 à 6 semaines en 2013, puis une fois par mois en 2014. Le prétendu rétablissement de la capacité de travail dès fin septembre 2012 reposait sur l'appréciation du Dr D_____, contestée par son médecin traitant et dépourvue de toute valeur probante compte tenu de l'erreur de diagnostic. Par conséquent, la défenderesse 1 était tenue de prester car elle l'avait assurée pendant une période de pleine capacité de travail de près de 4 mois dans l'activité de dame de compagnie, du 1er septembre au 22 décembre 2011, période durant laquelle l'incapacité totale de travail avait débuté, puis avait duré plus de 3 ans, à 100% puis à 75% selon les pièces du dossier. Elle avait donc établi à satisfaction qu'elle avait présenté durablement une incapacité de travail égale ou supérieure à 20%. La période d'activité de près de 4 mois suffisait à interrompre la connexité temporelle avec une incapacité de travail préexistante. Quant à la connexité matérielle, contrairement à ce que prétendait la défenderesse 1,

l'incapacité de travail survenue pendant le rapport d'assurance avec elle n'était pas uniquement due à la dépression, étant rappelé que la maladie dont elle souffrait de longue date était d'origine auto-immune et que la dépression n'était qu'un de ses nombreux symptômes. Le syndrome de Sjögren devait être considéré comme une maladie évoluant par poussées. Le rapport du Dr F_____ n'était pas pertinent puisqu'il ne concernait que le volet psychiatrique. Enfin, la défenderesse 1 ne pouvait pas l'exclure avec effet au 31 décembre 2011, alors que les rapports de travail avaient été résiliés au 31 mars 2012.

À titre subsidiaire, la défenderesse 1 devrait également prester en vertu d'un rapport d'assurance antérieur, lorsqu'elle était au chômage en août 2001 et juillet 2007. Pendant cet intervalle, il y avait eu au moins deux jours d'observation ambulatoire au Centre de la douleur, en novembre 2006. Pour les mois d'août à décembre 2001, elle avait perçu une indemnisation de CHF 5'574.-, correspondant à une base annuelle de CHF 13'377.60. Durant cette période, elle avait également été assurée auprès de la défenderesse 2, pour son activité pour B_____. Compte tenu de ces deux gains, le montant journalier total devait être fixé à CHF 176.50, supérieur au montant de CHF 94.93 qui représentait alors le seuil d'entrée pour l'assurance obligatoire à la LPP. Elle était donc assurée, ou aurait dû l'être, en prévoyance professionnelle selon la LPP, entre 2001 et 2007, auprès de la défenderesse 1.

À l'encontre de la défenderesse 2, la demanderesse a maintenu que sa capacité de travail en qualité de concierge s'était progressivement amoindrie, la forçant à donner son congé. Or, en l'absence d'une rupture de la connexité temporelle après le 22 décembre 2011, si l'incapacité de travail déterminante n'était pas survenue à cette date, mais déjà avant, elle était forcément survenue pendant le rapport d'assurance auprès de la défenderesse 2. En effet, si son temps de travail auprès de l'employeur affilié était resté de 65% de 1995 au 31 août 2011, elle avait dû mettre un terme à son activité de concierge pour des raisons de santé à cette date. La défenderesse 2 ne pourrait pas démontrer un quelconque rétablissement de sa capacité de travail à plus de 80%, ni avant le 1er septembre 2011 puisqu'elle n'avait jamais travaillé à plus de 65% entre 2001 et cette date, exception faite de l'inscription au chômage entre 2001 et 2007, ni après le 1er septembre 2011. Elle a rappelé la teneur du rapport d'ergothérapie du 14 janvier 2008 et de celui de la Dresse G_____ du 12 mai 2015, et s'est en outre référée à l'attestation du concierge de l'immeuble voisin.

La demanderesse s'en rapportait à justice concernant la légitimation passive de la défenderesse 3.

Plusieurs médecins avaient évoqué une suspicion de Sjögren en 2005 et un arrêt de travail pour fibromyalgie avait duré du 10 septembre au 5 novembre 2007, avec une hospitalisation du 20 au 30 novembre 2007 au motif d'une décompensation de la fibromyalgie. Diverses pièces attestaient de troubles qui faisaient partie des symptômes du syndrome de Sjögren, dont une xérophtalmie (en 2007), des troubles de la thyroïde (en 2009), des atteintes aux reins (en 1997 et 2000) et des myalgies

(en 2000), une élévation des enzymes musculaires (en 2012). Elle avait consulté en urgence le service médico-chirurgical de la Clinique des Grangettes pour une exacerbation de douleurs des membres inférieurs dans le cadre d'une fibromyalgie connue en août 2014, ce qui infirmait l'hypothèse d'une interruption de la connexité temporelle entre le 1er octobre 2012 et le 1er janvier 2015. En novembre 2006, le Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG avait noté que la demanderesse avait besoin de toute la journée pour effectuer son travail à 65%, que la douleur, la fatigue et la sensation de perte de mémoire et un profond abattement avaient des répercussions sur son quotidien. L'observation ergothérapeutique de janvier 2008 avait conclu que son travail, même aménagé, restait contraignant, et le Centre de la douleur avait noté, le 22 décembre 2014, des douleurs touchant toutes les parties du corps avec une asthénie intense d'installation progressive depuis 1998.

La demanderesse a produit de nombreux documents médicaux (rapports de médecins, prescriptions de physiothérapie, résultats d'analyses de laboratoire, examens d'imagerie) remontant à 2000, un rapport d'ergothérapie professionnelle de janvier 2008, ses certificats de prévoyance pour les années 1995 à 2010, ses certificats de travail (du 31 août 2011 de B_____ et du 27 mars 2012 de M. C_____), une attestation du 14 septembre 2020 de Monsieur J_____.

27. Par duplique du 29 octobre 2020, la défenderesse 3 a maintenu que la légitimation passive pour ester contre elle faisait défaut. Elle a souligné que la demanderesse l'avait impliquée dans la procédure sans apporter le moindre indice de rapport d'affiliation, ce qui était complètement disproportionné et répréhensible.

28. Dans sa duplique du 4 novembre 2020, la défenderesse 1 a persisté.

Elle a maintenu que l'incapacité de travail durable n'avait commencé qu'en janvier 2015, que l'intéressée, en arrêt maladie dès le 22 décembre 2011, avait pu reprendre une activité à temps partiel dès le 1er octobre 2012, et que l'expertise du Dr D_____ avait conclu à une entière capacité de travail dès le 16 septembre 2013. La connexité temporelle avait donc été interrompue par rapport à l'arrêt maladie de décembre 2011. S'il fallait admettre une telle connexité, il conviendrait alors de faire remonter le début de l'incapacité de travail durable à une date antérieure au 22 décembre 2011 puisque l'intéressée avait travaillé pendant près de 20 ans comme concierge et que son évolution salariale démontrait une baisse considérable entre 1994 et 2011, de l'ordre de 35% en tenant compte de l'indexation. Le 1er septembre 2011, elle avait débuté son activité comme dame de compagnie, pour laquelle elle était assurée auprès d'elle, activité beaucoup plus difficile physiquement que ce qui avait été annoncé puisqu'elle devait faire le ménage et ainsi porter des charges. Cette tentative de réinsertion avait échoué et n'était donc pas propre à interrompre la connexité temporelle par rapport à l'incapacité de travail qui serait progressivement apparue dès 1998.

S'agissant de l'effet contraignant des décisions de l'OAI, ce dernier avait considéré qu'il n'y avait pas de dépôt tardif, que l'incapacité durable avait commencé le 1er janvier 2015 et que le droit à la rente avait pris naissance le 1er janvier 2016. Si l'OAI avait estimé que l'incapacité de travail avait débuté avant, il aurait dû retenir une demande tardive et accorder le droit à la rente dès le 1er octobre 2015. Par ailleurs, la décision du 5 décembre 2018 n'avait pas été contestée, de sorte que tous les éléments pour un effet contraignant étaient remplis. Enfin, s'agissant de la première décision de l'OAI, elle reposait sur le rapport d'expertise du Dr D_____, qui avait examiné l'intéressée pendant la période déterminante, alors que le Prof. I_____ n'avait commencé à la suivre qu'en septembre 2015, soit plus de trois ans après la période déterminante. L'expert était donc le seul à pouvoir donner son avis sur les symptômes alors évoqués et à se déterminer sur la capacité de travail à cette époque. Le diagnostic précis n'avait pas d'impact sur les symptômes dont se plaignait la demanderesse et qui seuls étaient déterminants pour évaluer la capacité de travail.

En cas d'application de la jurisprudence relative aux maladies évoluant par poussées, le début de l'incapacité de travail remonterait au moins jusqu'en 2007 lorsque l'intéressée avait été hospitalisée à cause d'une décompensation de sa maladie, soit bien avant le 1er septembre 2011. En outre, l'engagement chez M. C_____ n'avait été que de courte durée et caractérisé par l'impossibilité de la demanderesse de faire face aux exigences de son employeur.

La demanderesse avait effectivement touché des allocations journalières de l'assurance-chômage entre 2001 et 2007. En l'absence des décomptes, la défenderesse 1 n'était pas en mesure de vérifier, sur une base journalière, si les indemnités accordées auraient dû être soumises à l'assurance obligatoire LPP. Toutefois, un calcul sommaire établi sur la base des montants annualisés démontrait clairement que les indemnités de chômage perçues n'avaient de loin pas atteint le seuil d'entrée. La demanderesse avait à tort ajouté le gain obtenu chez B_____ aux indemnités, alors que le seuil d'entrée LPP devait être calculé séparément pour chaque employeur. Le salaire réalisé auprès de B_____ n'était pas un gain intermédiaire. L'intéressée avait visiblement tenté de combler, au moyen de l'assurance-chômage, la perte engendrée par ses problèmes de santé. Les indemnités de chômage devaient donc être considérées de manière isolée et elles n'avaient pas atteint le seuil d'entrée LPP. C'était donc à juste titre que la demanderesse ne lui avait pas été annoncée dans les années 2001 à 2007.

Elle avait mis fin à l'assurance LPP de la demanderesse avec effet au 31 décembre 2011, sur la base des documents alors fournis par M. C_____. Si la demanderesse estimait que celui-ci avait violé ses obligations résultant du contrat de travail, elle devrait s'adresser à ce dernier pour faire valoir ses droits.

L'expertise du Dr F_____ était déterminante puisqu'elle avait permis à l'OAI de constater qu'il n'existait aucune incapacité de travail du point de vue psychique en 2013, étant rappelé que l'arrêt maladie du 22 décembre 2011 était dû à une

décompensation psychique sous forme de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive.

L'intéressée souffrait, probablement depuis 1998, d'une maladie immuno-inflammatoire, dont l'origine était sans importance pour la présente cause, dès lors que seules ses répercussions sur la capacité de travail étaient déterminantes. La diminution durable et substantielle de cette capacité était survenue en janvier 2015, raison pour laquelle l'OAI avait nié le droit à une rente dans une première décision, qui n'avait pas été contestée par la demanderesse, avant de reconnaître une incapacité de travail dès le 1er janvier 2015 et accorder une rente entière dès le 1er janvier 2016 par une seconde décision, qui n'avait pas non plus été remise en cause par l'intéressée. La formulation de l'OAI, « au moins à partir de 2015 » ne permettait pas de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'incapacité aurait commencé le 22 décembre 2011. Le SMR avait d'ailleurs de bonnes raisons de considérer le 1er janvier 2015 comme début de l'incapacité, étant rappelé que la demanderesse avait été adressée aux HUG en novembre et décembre 2014, puis admise aux urgences en janvier 2015, et que le Dr E_____ et la Dresse G_____ avaient noté une aggravation dans leurs rapports de février 2016. La demanderesse ne pouvait pas, sur la base des rapports des HUG de 2014 et 2015, conclure à une totale incapacité de travail qui aurait commencé en 2011. De même, le courrier du Dr E_____, qui mentionnait un traitement et un suivi régulier en 2013 et 2014, ne constituait pas une preuve en faveur d'une incapacité de travail. Quant aux certificats médicaux établis par le médecin traitant, ils étaient en contradiction avec les conclusions de l'expertise du Dr D_____, étant à nouveau rappelé qu'une éventuelle erreur de diagnostic n'était pas déterminante puisque l'intéressée n'était pas encore durablement limitée dans sa capacité de travail. La preuve d'une incapacité durable ayant commencé en décembre 2011 n'avait donc pas été apportée avec un degré de vraisemblance prépondérante suffisant. Il n'incombait pas à la défenderesse 1 d'expliquer les raisons qui avaient amené l'intéressée à travailler à un taux de 25% : il pouvait s'agir de raisons familiales, d'un choix personnel ou encore de chômage. La demanderesse devait supporter les conséquences de cette absence de preuve.

Que la dépression fasse partie des symptômes connus du syndrome de Sjögren ne suffisait pas pour prouver que l'arrêt maladie survenu en décembre 2011 était effectivement dû audit syndrome. L'intéressée elle-même avait considéré qu'il s'agissait d'un état réactionnel à son emploi de dame de compagnie et que l'évolution était favorable en juillet 2012. L'employeur avait alors confirmé qu'elle avait quitté son emploi de manière abrupte et définitive suite à une dispute. La demanderesse soutenait elle-même que son activité chez ce particulier n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'en cas d'incapacité durable présente avant le 1er septembre 2011, cet emploi ne pouvait pas être considéré comme une réinsertion professionnelle réussie. Elle n'était donc pas apte à

interrompre la connexité temporelle d'une éventuelle incapacité professionnelle préexistante.

Dans l'hypothèse où on considérerait que l'incapacité de travail durable avait commencé avant le 1er janvier 2015, il y aurait alors lieu de conclure qu'elle remontait à la période de couverture de la défenderesse 2, ce qui correspondait à l'attestation de M. J_____.

Enfin, la production des dispositions réglementaires à partir de 2001 n'était pas nécessaire puisque la demanderesse n'avait été assurée par la défenderesse 1 qu'à partir du 1er septembre 2011.

29. Le 2 décembre 2020, la défenderesse 2 a dupliqué.

Elle a conclu au rejet de l'action la concernant et, dans l'hypothèse où elle devait être condamnée à verser à la demanderesse une rente d'invalidité, à ce qu'il soit préalablement ordonné à celle-ci de lui transférer la prestation de sortie, respectivement de libre passage, dont elle était bénéficiaire auprès de toute institution de prévoyance.

Elle a souligné que la demanderesse ne lui avait pas demandé de prestations « en temps réel », soit durant toute la durée des rapports de prévoyance professionnelle du 1er janvier 1993 au 31 août 2011. L'intéressée n'avait pas contesté la fin des rapports de prévoyance au 31 août 2011, de sorte qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur une période ultérieure à la fin de ces rapports. Par ailleurs, la demanderesse ne motivait avec aucun argument ou pièce justificative ses conclusions la concernant.

S'agissant des nouvelles conclusions plus subsidiaires de la demanderesse, B_____ avait indiqué à l'OAI le 21 juin 2012 que la demanderesse travaillait 31.5 heures des 42 heures hebdomadaires normales de l'entreprise, et l'extrait de compte individuel faisait état de salaires similaires à ceux annoncés dans les certificats d'assurance. L'indication d'un taux d'occupation de 65%, et non pas d'un taux partiel plus élevé, était un allégué de la demanderesse qui n'était pas confirmé par les pièces produites. Pour motiver ce taux d'occupation, l'intéressée se basait sur un certificat de la Dresse G_____, établi en mai 2015, soit quelques années après la fin des rapports de prévoyance, aux termes duquel l'époux de l'intéressée s'occupait des travaux lourds, à hauteur de 10% du taux d'occupation de 75% de la demanderesse. Ce document ne faisait toutefois que relater les informations de l'intéressée elle-même. Quant à l'attestation de M. J_____, établie 9 ans après les faits auxquels elle se rapportait, elle était vague et ne comportait ni date, ni durées concrètes. La demanderesse n'avait pas fourni de pièce justificative corroborant une incapacité de travail durable de 20% au moins pour toute la durée de ses rapports de prévoyance professionnelle auprès d'elle, du 1er octobre 1992 au 31 août 2011, et plus particulièrement entre août 2001 et juillet 2007. En outre, le cahier des charges ressortait clairement du certificat de travail du 31 août 2011, lequel ne faisait pas état de travaux lourds devant être réalisés quotidiennement ou encore

hebdomadairement. Selon les documents du dossier, la demanderesse avait deux enfants et il était probable qu'elle ait convenu avec son époux une répartition des travaux pour des motifs de convenance personnelle. Il convenait de retenir, d'un point de vue objectif, que la demanderesse se tenait à disposition sur le marché du travail et percevait des indemnités durant le chômage, en sus de son salaire qu'elle recevait pour un taux d'occupation plus élevé qu'un 65%. La demanderesse n'avait pas établi que les conditions d'octroi d'une rente étaient réalisées. Concernant les intérêts moratoires, ils ne pourraient être dus qu'à compter du dépôt de la demande en paiement, en l'absence d'interpellation.

Elle a transmis le certificat de prévoyance valable au 1er janvier 2011, ainsi que plusieurs éditions de son règlement de prévoyance.

30. Le 18 décembre 2020, la défenderesse 3 a renoncé à consulter les pièces produites à l'appui des dupliques et à soumettre de nouvelles observations.

31. Le jour même, la défenderesse 2 en a fait de même.

32. En date du 8 janvier 2021, la défenderesse 1 a persisté et s'est déterminée sur la duplique de la défenderesse 2. Elle a souligné que le taux d'occupation de la demanderesse chez B_____ était de 75%, ce qui corroborait les constatations de la Dresse G_____ du 12 mai 2015, et que l'intéressée devait, certes rarement mais néanmoins, soulever et porter des objets moyennement lourds (de 10 à 25 kg) à lourds (plus de 25 kg), d'après le questionnaire pour l'employeur. L'analyse du compte individuel montrait qu'il y avait eu une diminution durable des revenus de la demanderesse dès 2003, ce qui tendait à démontrer les allégations de l'intéressée quant à une diminution progressive de son activité en raison de son état de santé.

33. Par écriture du 8 février 2021, la demanderesse a persisté.

Concernant l'écriture de la défenderesse 1, elle a estimé avoir prouvé les incapacités de travail survenues depuis le 22 décembre 2011, notamment par le rapport du Dr E_____ du 26 juin 2020, médecin qui la suivait à l'époque et lui administrait des antalgiques puissants et des antidépresseurs. Cette incapacité ayant été établie, il appartenait aux défenderesses de prouver l'interruption de la connexité temporelle, par une capacité de travail durable d'au moins 80%, seuil minimal de la jurisprudence. La demande AI datait d'avril 2015, de sorte que l'OAI ne pouvait pas statuer sur le droit à une rente précédant octobre 2014. De plus, l'OAI accordait une rente en cas d'incapacité de gain durable de 40% au moins, alors que la connexité temporelle n'était interrompue qu'en cas d'incapacité de travail inférieure à 20%. On ne voyait pas en quoi l'antériorité de l'examen du Dr D_____ corrigerait son faux diagnostic, et ce médecin n'était pas le seul à l'avoir examinée à l'époque puisqu'elle était alors suivie par le Dr E_____. L'existence d'un diagnostic correct était une des conditions de la valeur probante d'une expertise judiciaire, a fortiori donc d'un rapport médical privé, étant rappelé que l'expert avait été mandaté par l'assureur perte de gain. De plus, un traitement indiqué ne pouvait être réalisé lege artis que s'il reposait sur un diagnostic correct.

Elle était assurée auprès de la défenderesse 1 lorsqu'était survenue l'incapacité de travail durable, qui avait duré au moins jusqu'au 30 septembre 2012 selon le Dr D_____, jusqu'au 22 novembre 2012 selon l'assureur perte de gain. Elle avait été jugée apte au travail par l'assurance-chômage et la défenderesse ne pouvait pas substituer à sa guise son appréciation à celle de l'assureur concerné, uniquement pour se soustraire à son devoir de prester. L'employeur avait résilié son contrat de travail pour le 31 mars 2012 et la fin des rapports de prévoyance ne dépendait pas du moment où le salarié cessait son activité, mais exclusivement de la fin légale du contrat de travail. Elle n'avait aucun intérêt à contester la décision de l'OAI lui accordant une rente avec effet au 1er janvier 2016 puisqu'elle ne pouvait pas en percevoir pour une date antérieure à octobre 2015. Cela étant, la décision était manifestement erronée s'agissant du début de l'incapacité de travail, de sorte qu'elle ne pouvait lui être opposée. Elle se référait une fois encore à l'appréciation du Prof. I_____ qui avait considéré que sa capacité de travail était, de façon quasiment certaine, nulle entre 2012 et 2015. La Dresse G_____ l'avait suivie jusqu'au 15 septembre 2009 puis dès le 12 septembre 2014. Entretemps, elle avait été suivie par le Dr E_____, qui avait certifié une incapacité de travail ininterrompue de 75% au moins dès le 1er octobre 2012. Pour que la connexité matérielle ait été rompue, il aurait fallu que l'incapacité de travail du 22 décembre 2011 fût exclusivement due à une dépression réactionnelle, chose que le Dr D_____ ne prétendait pas, étant rappelé que son évaluation faisait état de plusieurs symptômes somatiques. Il n'avait même pas mentionné un éventuel syndrome de Sjögren alors que ce dernier avait déjà été évoqué en 2005. Avec ce diagnostic erroné, elle n'avait pas pu recevoir un traitement adéquat et efficace.

Par rapport à la détermination de la défenderesse 2, cette dernière n'avait pas présenté de contestation motivée. Un arrêt de travail à 100% du 10 septembre au 29 novembre 2007 avait été notifié à l'assureur perte de gain ALLIANZ, qui gérait la défenderesse 2. Cette incapacité étant établie, il incombait aux défenderesses de prouver le rétablissement durable d'une capacité de travail supérieure à 80%. Il était sans importance qu'elle n'ait pas été assurée auprès de la défenderesse 2 le 1er mars 2015 ou le 22 décembre 2011. Elle répondait aux conditions de la définition du risque invalidité selon la réglementation de la défenderesse, en particulier l'existence d'une incapacité de travail supérieure à 40% intervenue pendant les rapports de prévoyance. En outre, elle avait résilié ses rapports de travail pour lesquels elle était assurée auprès de la défenderesse 2 pour des raisons de santé. Partant, s'il devait être retenu, comme le soutenait la défenderesse 1, que le rapport de travail auprès de M. C_____ n'était qu'une tentative de rétablir la capacité de travail, il y aurait également lieu de conclure qu'une rente surobligatoire devrait être versée. Son salaire pour le temps partiel à 65% n'avait pas varié car l'employeur l'avait assurée pour la perte de gain et lui versait un salaire malgré son incapacité de travail prolongée en 2007. En 2001, elle avait cessé de s'occuper d'un autre immeuble en raison de son état de santé et avait fait des recherches d'emploi pour un travail adapté et perçu des indemnités de chômage

entre août 2001 et juillet 2007, lorsqu'était survenue une diminution définitive du taux d'activité à 65%. La diminution du taux d'activité de 35% était supérieure à 20%. Elle avait ensuite travaillé à 100% du 1er septembre au 22 décembre 2011, date à laquelle était survenue l'incapacité de travail durable, étant souligné qu'il s'agissait de la seule période à laquelle elle avait travaillé à nouveau à temps complet. L'attestation de M. J_____ ne nécessitait pas de dates précises puisqu'il s'agissait de tâches effectuées dans la durée. Les travaux qu'elle avait à effectuer étaient régulièrement lourds, comme évacuer les déchets ménagers deux fois par semaine. Elle avait cessé d'effectuer des recherches pour le 35% de sa capacité de travail restante, dans un travail adapté, pour autant que celui-ci ait existé, en 2007, époque à laquelle ses enfants étaient âgés de 18 et 19 ans.

34. Par ordonnance du 14 juillet 2021, la chambre de céans a requis la production, par l'OAI, du dossier de la demanderesse.

    À réception dudit dossier, la chambre de céans a accordé un délai aux parties pour consultation des pièces.

35. Le 18 août 2021, la demanderesse a persisté.

EN DROIT

1. a. Aux termes de l'art. 73 LPP, chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1, 1ère phrase). Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans lequel l'assuré a été engagé (al. 3).

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

   Un cumul d'actions selon l'art. 7 aLFors (art. 15 du Code de procédure civile suisse, en vigueur depuis le 1er janvier 2011 [CPC - RS 272]) doit être admis dans le cadre de la réglementation du for de l'art. 73 al. 3 LPP. Grâce à celui-ci, le tribunal compétent pour une partie défenderesse est compétent pour toutes les parties défenderesses. Ceci vaut également si le droit litigieux relève du droit public (ATF 133 V 488 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_41/2012 du 12 mars 2012 consid. 3.4 et les références citées ; MEYER / UTTINGER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 99 ad art. 73 LPP).

   b. En l'espèce, la demanderesse réclame le versement d'une rente d'invalidité réglementaire. La contestation porte ainsi sur une question spécifique à la

prévoyance professionnelle régie par la LPP et relève par là-même des autorités juridictionnelles mentionnées à l'art. 73 LPP.

La demanderesse a été engagée à Genève, tant pour son activité de concierge d'immeuble dès 1992 que pour celle d'employée de maison dès septembre 2011. Le for situé à Genève doit ainsi être également admis à l'égard de la défenderesse 3, ce que cette dernière ne conteste pas.

c. La chambre de céans est donc compétente à raison du lieu et de la matière pour juger du cas d'espèce.

2. a. Selon l'art. 73 al. 2 LPP, les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office.

La procédure devant la chambre de céans est soumise, de manière générale, à la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) et, plus particulièrement, aux art. 89A ss LPA.

b. Les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions à l'égard de leurs affiliés. Les prétentions émises en matière de prévoyance professionnelle - que ce soit par les institutions de prévoyance elles-mêmes, les ayants droit ou les employeurs - doivent l'être par voie d'action (ATF 115 V 224 consid. 2 ; ATAS/1168/2019 du 16 décembre 2019 consid. 1e).

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (ATAS/708/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2 et la référence ; Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, recueil de jurisprudence neuchâteloise 1984, p 19).

c. La présente demande respecte la forme prévue à l'art. 89B LPA, de sorte qu'elle est recevable.

3. Le présent litige porte sur le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité de la part des défenderesses.

4. Il convient tout d'abord d'examiner la légitimation passive de la défenderesse 3.

5. a. Le point de savoir si une partie a la qualité pour agir (ou légitimation active) ou la qualité pour défendre (légitimation passive) - question qui est examinée d'office (ATF 110 V 347 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_40/2009 du 27 janvier 2010 consid. 3.2.1) - se détermine selon le droit applicable au fond, également pour la procédure de l'action soumise au droit public. En principe, c'est le titulaire du droit en cause qui est autorisé à faire valoir une prétention en justice de ce chef, en son propre nom, tandis que la qualité pour défendre appartient à celui qui est l'obligé du droit et contre qui est dirigée l'action du demandeur (RSAS 2006 p. 46 ; ATF 125 III 82 consid. 1a). La qualité pour agir et pour défendre ne sont pas des conditions de procédure, dont dépendrait la recevabilité de la demande, mais constituent des conditions de fond du droit exercé. Leur défaut conduit au rejet de l'action, qui intervient indépendamment de la réalisation des éléments objectifs de

la prétention du demandeur, et non pas à l'irrecevabilité de la demande (SVR 2006 BVG n° 34 p. 131 ; cf. ATF 126 III 59 consid. 1 ; ATF 125 III 82 consid. 1a).

b. Selon les pièces produites, la défenderesse 3 a été inscrite au registre du commerce du Canton de Zürich le 23 mars 2016, soit plus d'une année après la date à partir de laquelle la demanderesse sollicite des prestations. L'extrait du registre ne mentionne ni fusion, ni transformation, ni reprise d'actifs et passifs.

La demanderesse n'allègue aucun fait et ne produit aucune pièce laissant supposer qu'elle aurait été, à un certain moment, affiliée auprès de cette institution. Elle s'en remet d'ailleurs à justice.

c. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut que rejeter la demande en tant qu'elle est dirigée contre la défenderesse 3, faute de légitimation passive.

6. a. Conformément à l'art. 10 LPP, l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail ; pour les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle commence le jour où ils perçoivent pour la première fois une indemnité de chômage (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'art. 8 al. 3 (al. 2) : à l'âge ordinaire de la retraite (let. a), en cas de dissolution des rapports de travail (let. b), lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (let. c), lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint (let. d). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 3).

Selon 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.

En vertu de l'art. 24 al. 1 LPP, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 70% au moins au sens de l'AI (let. a) ; à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins (let. b) ; à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins (let. c) ; à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (let. d).

Aux termes de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20 ; art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (al. 2). Le droit aux prestations s'éteint au décès du bénéficiaire ou, sous réserve de l'art. 26a LPP, à la disparition de l'invalidité (al. 3, 1ère phrase). Si l'assuré n'est pas affilié à l'institution de prévoyance tenue de lui fournir des prestations au moment où est né le droit à la

prestation, l'institution de prévoyance à laquelle il était affilié en dernier est tenue de verser la prestation préalable. Lorsque l'institution de prévoyance tenue de verser la prestation est connue, l'institution tenue de verser la prestation préalable peut répercuter la prétention sur elle (al. 4).

b. À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

D'après l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (al. 4).

7. a. Conformément à 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, d'au moins 20% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 105/03 du 14 mars 2005), 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. À cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002).

Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a ; ATF 118 V 35 consid. 5).

Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe

entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. Il peut également être tenu compte du comportement de la personne assurée dans le monde du travail, tel que, par exemple, le fait qu'elle perçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demanderesse d'emploi pleinement apte au placement, étant précisé que les périodes de chômage indemnisées ne sauraient être pleinement assimilées à des périodes de travail effectif (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.3). La connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité adaptée pendant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4) et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2 et les références citées). Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations d'ordre social de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références ; ATF 123 V 262 consid. 1c ; ATF 120 V 112 consid. 2c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.2).

b. Selon la jurisprudence et la définition générale de l'art. 6 LPGA, l'on entend par incapacité de travail toute perte ou diminution de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son domaine d'activité. Afin que cette perte puisse devenir pertinente pour le droit de la prévoyance, elle doit, aussi bien qualitativement, atteindre une certaine importance. Ainsi, une perte d'au moins 20% est exigée, d'après une pratique bien établie (ATF 144 V 58 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2 ; Marc HÜRZELER, in SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER, Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, Berne 2020, n. 8 ad art. 23 LPP). De plus, la diminution de rendement doit être durable, dans le sens que le dommage à la santé à la base de cette diminution est susceptible, à long terme, de porter gravement atteinte à la capacité de travail de la personne assurée. Cette exigence n'est en principe pas remplie en cas d'absences répétées de courte durée pour cause de maladie de peu de jours ou de semaines isolées. En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas

(encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffira pour le rattachement selon l'art. 23 LPP ; en particulier, des symptômes qui se sont déjà manifestés auparavant n'entraînent pas nécessairement une incapacité de travail (arrêts du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.3.1 ; 9C_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3). Une incapacité de travail pertinente au sens de l'art. 23 LPP n'est pas donnée uniquement lorsque la personne assurée ne peut plus ou que partiellement exercer l'activité précédente pour des raisons de santé. Elle existe aussi lorsque l'activité ne peut plus être poursuivie sans aggraver l'état de santé de la personne (arrêt du Tribunal fédéral 9C_18/2009 consid. 4.2).

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 primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. En droit de la prévoyance professionnelle, on ne peut renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne sa survenance (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 11 ad art. 23 LPP). Selon la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans le domaine, une perte de la capacité fonctionnelle de rendement est « en règle générale, mais pas obligatoirement », prouvée de manière satisfaisante par une incapacité de travail attestée en temps réel (« echtzeitlich ») par un médecin. Des suppositions ultérieures ainsi que des réflexions commerciales ou médicales spéculatives, telles que par exemple une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médico-théorique après de nombreuses années, ne suffisent pas (arrêts du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2 ; 9C_653/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.4 et les références citées ; 9C_420/2015 du 26 janvier 2016 consid. 4.2.1). Est plutôt déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 88/06 du 13 août 2007 consid. 5.1 ; B 61/06 du 23 octobre 2006 consid. 2.2 ; RSAS 2007 p. 480). L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur le rapport de travail, c'est-à-dire que la perte de la capacité fonctionnelle de rendement doit s'être manifestée dans des aspects de droit du travail, par exemple, par une baisse de rendement qui a été constatée par l'employeur, voire un avertissement de l'employeur, ou des absences au travail pour des raisons de santé, qui sortent de l'ordinaire de par leur fréquence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_420/2015 du 26 janvier 2016 consid. 4.2.1 et les références citées). Cela étant, des évaluations médicales établies rétrospectivement, peuvent, dans certains cas, représenter un complément de preuve important, en particulier en cas de tableaux cliniques avec une évolution instable, pour lesquels la succession de périodes d'incapacités de travail et de capacité de travail ne peut être évaluée de manière fiable qu'à la lumière de constatations ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2013 du 24 février 2014 consid. 4.2.2).

Peu importe le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer. Ce qui est décisif, c'est le moment où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable. Si l'assuré ne parvient pas à établir que l'incapacité significative de travail existait déjà pendant le rapport de prévoyance, il supporte le défaut de la preuve (RSAS 2004 p. 443). Une réduction du temps de travail pour des raisons de santé est un indice d'une incapacité de travail déterminante en matière de prévoyance professionnelle, mais ne suffit en règle générale pas à démontrer une baisse fonctionnelle de rendement. Il faut généralement qu'une attestation médicale confirme que la réduction du temps de travail est motivée par des problèmes de santé, entre autres parce que la poursuite de l'activité professionnelle risque d'aggraver l'état de santé. On peut renoncer à une telle exigence seulement lorsqu'il est fondé d'admettre en raison d'autres circonstances - telles que des absences pour maladie avant la baisse du taux d'activité - que cette démarche est objectivement dictée par des raisons de santé et qu'il y a ainsi lieu d'admettre une baisse de rendement au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2012 du 18 juillet 2012 consid. 3.1.2 et les références).

c. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'AI, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1 ; ATF 138 V 409 consid. 3.1 ; ATF 126 V 308 consid. 1 in fine). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (survenance de l'incapacité de travail invalidante ; ATF 129 V 150 consid. 2.5 ; ATF 123 V 269 consid. 2a et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 416/06 du 3 janvier 2007 consid. 3.1) - qui ne correspond pas au début du droit à une rente AI selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_180/2016 du 29 juin 2016 ; 9C_61/2014 du 23 juillet 2014 consid. 3 ; Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, 2020, n. 16 ad art. 23 LPP) -, dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'AI (ATF 129 V 73 consid. 4), indépendamment même du point de savoir si son règlement reprend la notion d'invalidité de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_738/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1).

Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'AI se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait 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'AI 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 procédurale (ATF 138 V 409 consid. 3.1 ; ATF 130 V 270 consid. 3.1). De plus, dès lors que la jurisprudence a reconnu le droit pour une institution de prévoyance de s'écarter d'une décision de l'AI lorsqu'elle est d'emblée insoutenable, il n'y a pas de raison en effet pour que celle-ci ne puisse pas en faire de même lorsqu'elle ne s'aperçoit qu'après coup du caractère manifestement erroné de la décision sur laquelle elle s'est fondée. La seule limite qu'il y a lieu de poser à cette faculté est le respect des garanties et des principes constitutionnels qui régissent l'activité des institutions de prévoyance, soit l'égalité de traitement, l'interdiction de l'arbitraire, la proportionnalité ou encore la bonne foi (ATF 138 V 409 consid. 3.2). En cas de dépôt tardif de la demande de prestations, les décisions de l'AI n'ont pas force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle pour ce qui concerne la période antérieure à celle des six mois précédant le dépôt de la demande (arrêt du Tribunal fédéral 9C_928/2013 du 20 février 2014 consid. 4.1).

Dans la mesure où la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité et que le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 et la référence citée), puisqu'il n'est pas exclu que l'incapacité de travail sur laquelle est fondé le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle soit survenue avant la période de six mois précédant le dépôt de la demande AI. Aussi les organes de la prévoyance professionnelle ne sont-ils pas liés, dans ce cas, par les constatations des organes de l'assurance-invalidité pour fixer le début de l'incapacité de travail déterminante pour la prévoyance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2012, 9C_59/2012 du 18 février 2013 consid. 6.1).

8. a. D'après le Règlement 2005, Première partie : plan de prévoyance AN (salariés) de la défenderesse 1, sont assurés dans ce plan de prévoyance tous les salariés des entreprises affiliées à la Fondation, pour autant que ces personnes reçoivent un salaire annuel soumis à la LPP (art. 1 AN).

   La rente d'invalidité est due généralement dès la perception de la rente d'invalidité de l'AI (art. 14 al. 1 AN)

Selon le Règlement 2005, Deuxième partie : disposition générale (DG) de la défenderesse 1, le cercle des personnes assurées est défini dans le plan de prévoyance (art. 3 al. 1 DG).

Un droit à des prestations d'invalidité existe, si elles sont assurées conformément au plan de prévoyance et que la personne assurée est invalide à 40% au moins au sens de l'AI et dans la mesure où elle était assurée auprès de la Fondation au moment de la survenance de l'incapacité de travail donc la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 14 al. 1 let. a DG).

Les salariés dont le contrat est résilié avant la naissance de prestations de prévoyance sortent de la Fondation (art. 36 al. 1 DG), à moins qu'ils maintiennent leur prévoyance au sens de l'art. 47 LPP en versant des cotisations une fois qu'ils ne sont plus soumis à la prévoyance professionnelle obligatoire (let. a) ou qu'ils soient assujettis à la prévoyance professionnelle obligatoire pour les risques de décès et d'invalidité en leur qualité de bénéficiaire d'indemnités journalières de l'assurance-chômage (let. b) ou qu'ils se mettent à leur compte et se fassent assurer auprès de la Fondation, conformément à l'art. 44 LPP (let. c). Sortent également de la Fondation (art. 36 al. 2 DG), les personnes assurées par des entreprises affiliées qui ont résilié leur convention d'affiliation (let. a), les personnes assurées qui ne maintiennent pas leur prévoyance facultative au sens de la LPP (let. b).

b. Conformément au chiffre 2.6 du Règlement de prévoyance, 2ème partie Disposition générales du règlement (DGR), édition 01.2007, de la défenderesse 2, il y a invalidité lorsque l'incapacité de gain totale ou partielle, probablement permanente ou de longue durée, présente la nature et la gravité requises pour fonder le droit à une rente de l'assurance invalidité (al. 1). Est réputée incapacité de gain tout perte, totale ou partielle, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré entrant en considération, causée par une atteinte constatable objectivement sur le plan médical à la santé physique, mentale ou psychique et totalement ou partiellement permanente après un traitement (al. 2).

D'après le chiffre 3.1 al. 4, l'obligation d'assurance prend fin lorsque naît le droit à des prestations de vieillesse suite à un départ à la retraite ordinaire ou anticipée. Que les rapports de travail sont auparavant dissous ou lorsque le salaire minimal (seuil d'entré) n'est durablement plus atteint. L'assurance prend fin en outre en cas de résiliation du contrat d'affiliation entre la fondation et l'employeur conformément au chiffre 6.4.

9. a. 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 importe 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au

SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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.

b. 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 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer le moment de la survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité de la demanderesse.

12. a. Il est rappelé que par décision du 24 janvier 2014, entrée en force en l'absence de toute contestation, l'OAI a nié le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité, au motif que ses atteintes à la santé ne pouvaient pas être considérées comme invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

Cette décision était basée sur l'avis du SMR du 27 septembre 2013, lui-même fondé sur le rapport d'expertise rhumatologique du Dr D_____ et sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr F_____.

b. La chambre de céans observe que le Dr D_____ a étudié tout le dossier médical de la demanderesse, dont les examens radiologiques, présenté une anamnèse détaillée, et procédé à un examen clinique complet. Il a pris en considération les plaintes de l'expertisée et livré des conclusions motivées et convaincantes.

Aucun document ne faisait alors état d'indice propre à remettre en cause son appréciation. On relèvera en particulier que le Dr E_____, lequel a signé des arrêts de travail en septembre et octobre 2012, a indiqué à l'OAI qu'il ne partageait pas l'avis du Dr D_____, sans soulever d'argument médical susceptible de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert. Le médecin traitant a notamment exposé que la capacité de travail était limitée en raison de la fatigabilité musculaire et des douleurs (rapport du 29 octobre 2012), mais ces doléances étaient connues de l'expert. Il a ensuite avancé que des éléments objectifs sur le plan somatique avaient été minimisés, ajoutant que les diverses atteintes organiques qui pourraient être considérées comme mineures chez des patients indemnes d'autre pathologie, venaient se greffer sur un état douloureux chronique et devenaient significatives en terme d'handicap. Il a cité plusieurs troubles mis en évidence par des examens d'imagerie, et conclu que l'intrication du physique et du psychique avait conduit à

une incapacité de travail de 75% (rapport du 18 novembre 2013). Cette appréciation divergente du médecin traitant ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expert, qui a procédé à une expertise médicale approfondie et rédigé son rapport en pleine connaissance du dossier de l'intéressée, dont les documents radiologiques. Ce d'autant plus que, au niveau psychiatrique, le Dr F_____ a exclu tout diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de la demanderesse. Son rapport d'expertise du 16 septembre 2013 remplit également les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. On relèvera encore à ce propos que le dossier ne comporte aucun autre document émanant d'un spécialiste en psychiatrie, la demanderesse n'étant alors pas suivie sur ce plan.

c. La demanderesse fait valoir que la décision de l'OAI est insoutenable car le Dr D_____ a diagnostiqué une fibromyalgie, alors qu'elle souffre en réalité d'un syndrome de Sjögren, comme attesté par la suite par le Prof. I_____. Elle considère donc que l'évaluation de l'OAI reposait sur un diagnostic erroné, de sorte qu'elle ne saurait lui être opposée dans le cadre du présent litige.

Le Prof. I_____ a indiqué qu'il était plus que probable, « quasiment certain », que les symptômes dont se plaignait la patiente à partir du 1998 correspondaient déjà au syndrome de Sjögren et que le diagnostic de fibromyalgie posé en 2012 par le Dr D_____ était erroné (cf. rapport du 13 janvier 2020). Il sied toutefois de rappeler que le Prof. I_____ n'a commencé à suivre la demanderesse qu'à partir de 2015, soit trois ans après l'expertise rhumatologique. En outre, en se référant au diagnostic « posé par le Dr D_____ », le Prof. I_____ omet de rappeler que ce diagnostic avait également été retenu par tous les spécialistes consultés depuis plus de 10 ans. La fibromyalgie était à cette époque, et jusqu'en 2015, unanimement admise par l'ensemble du corps médical, en particulier le médecin traitant (cf. rapport du Dr E_____ du 29 octobre 2012), les rhumatologues traitantes (cf. rapport d'expertise du Dr D_____ et rapports de la Dresse G_____ des 10 février 2004, 18 octobre 2007 et 12 mai 2015), ainsi que les spécialistes des HUG (cf. rapport relatif à l'hospitalisation de 2007, rapport du 22 décembre 2014) et les médecins des Grangettes (cf. rapport du 13 août 2014). Cette atteinte était qualifiée de « connue » depuis la fin des années 1990, et le Dr D_____ l'a ainsi confirmée sur la base de l'anamnèse et de son examen clinique, en application des critères diagnostiques. Mais surtout, le rapport du Prof. I_____ ne contient aucun argument médical propre à douter de l'existence d'une fibromyalgie en 2012. Même si la demanderesse souffrait déjà à cette époque d'un syndrome de Sjögren, ce qui n'est en l'état pas établi, elle pouvait également être atteinte d'une fibromyalgie puisque cette dernière peut accompagner des pathologies rhumatismales telles que les tendinites, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, l'arthrose, le lupus et le plus souvent le syndrome de Sjögren (cf. https://www.revmed.ch/view/507113/4162077/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2011-10s_sa06_art06.pdf). Aucune pièce du dossier ne permet de retenir

que la demanderesse ne souffrait pas de fibromyalgie en 2012, et donc que le diagnostic retenu par l'expert serait erroné.

En outre, la question de savoir si le syndrome de Sjögren existait déjà en 2012 est sans incidence dans le cas d'espèce. En effet, le terme « syndrome » désigne l'association simultanée de plusieurs symptômes dans un même tableau clinique. Que ces symptômes soient à rattacher à un syndrome de Sjögren, à une fibromyalgie, ou aux deux, n'est pas déterminant puisque l'expert les a dûment pris en compte dans son appréciation du cas.

C'est le lieu de rappeler que pour fixer le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, est déterminant non pas le moment à partir duquel une pathologie a commencé à se développer, mais celui où elle a atteint une gravité justifiant une incapacité de travail significative et durable. De plus, même si la demanderesse ne bénéficiait pas d'un traitement spécifique pour le syndrome de Sjögren, il ressort du rapport du Dr D_____ que l'intéressée prenait des médicaments pour ses différentes affections, en particulier ses douleurs intenses et son état dépressif. Elle était également suivie par des spécialistes pour ses troubles de la thyroïde et sa sécheresse oculaire. On rappellera également que l'expert a suggéré qu'un bilan complémentaire soit réalisé, ce dont il a informé la rhumatologue qui suivait alors la demanderesse (cf. rapport du Dr D_____ du 13 janvier 2020). Si ce bilan ne révélait rien de plus, la capacité de travail devrait être de 100% dans un emploi « si possible plus léger » dans un délai d'un à deux mois, soit le temps de procéder aux investigations. Le dossier de la cause ne comporte pas de rapport médical relatif à de tels examens complémentaires. Toutefois, si de nouveaux éléments avaient été découverts dans le cadre d'un bilan, nul doute que le Dr E_____ l'aurait mentionné dans ses rapports, ce qu'il n'a pas fait. La demanderesse n'allègue d'ailleurs rien à ce propos. Enfin, il sied de relever que la Dresse G_____ a sollicité des investigations afin de rechercher un éventuel symptôme de Sjögren en 2005 (cf. rapport du 10 novembre 2005). Dès lors que ce diagnostic n'a pas été mentionné par la rhumatologue traitante dans ses rapports ultérieurs, on peut en déduire que les recherches n'avaient pas permis de le confirmer, à cette époque.

Dans ces conditions, au vu des pièces soumises à son appréciation, la chambre de céans est d'avis que le diagnostic de Sjögren posé dès 2015 ne constitue pas un élément susceptible de modifier les conclusions des rapports d'expertise sur lesquels s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision du 24 janvier 2014. Cette dernière ne paraît donc pas d'emblée insoutenable, de sorte qu'elle revêt un caractère obligatoire.

d. La chambre de céans observera enfin qu'il ressort des pièces de l'OAI que la demanderesse lui a effectivement demandé, par courriers des 6 mars et 17 juin 2019, la révision de son dossier sur la base du diagnostic posé par le Prof. I_____, afin d'être « reconnue comme souffrant du syndrome de Sjögren » depuis sa première demande de prestations.

L'OAI lui a répondu le 9 juillet 2019 qu'il considérait que le rapport transmis du Prof. I_____ du 11 février 2019 ne contenait pas de nouvel élément lui permettant d'initier une procédure de révision, ni de nouvel élément remettant en cause ses précédentes décisions. Il a donc refusé d'entrer en matière.

La recourante ne s'est plus manifestée. Elle n'a en particulier pas requis le prononcé d'une décision formelle à cet égard.

e. Par conséquent, il y a lieu de retenir, conformément à la décision de l'OAI du 24 janvier 2014, que la demanderesse ne présentait, à cette date, pas d'incapacité de travail durable.

13. a. Suite à une nouvelle demande déposée le 2 avril 2015, l'OAI a admis une aggravation de l'état de santé de l'intéressée et considéré que cette dernière ne pouvait plus exercer d'activité lucrative. Par décision du 9 octobre 2018, également entrée en force sans contestation de la part de la demanderesse, il lui a accordé une rente entière dès le 1er janvier 2016.

Cette décision reposait sur l'avis du SMR du 1er octobre 2018, qui a retenu l'existence d'une atteinte auto-immune avec une composante inflammatoire chronique persistante qui avait eu, « au moins à partir de 2015 », un impact notable et durale sur la capacité de travail de la demanderesse.

b. La demanderesse évoque une demande tardive et fait valoir que l'OAI ne pouvait pas se prononcer sur son droit à des prestations pour la période antérieure au 1er octobre 2014, de sorte que la décision n'était pas déterminante pour juger de son état de santé avant cette date.

Cette interprétation ne saurait être suivie. En effet, la nouvelle demande a été déposée en avril 2015, de sorte que la demanderesse aurait pu obtenir des prestations d'invalidité dès le 1er octobre 2015, et non pas seulement dès le 1er janvier 2016, si l'OAI avait conclu que le début de l'incapacité de travail durable remontait au 1er octobre 2014. Il ne s'agit donc pas d'un cas de demande tardive et l'intéressée avait bien un intérêt à contester la décision de l'OAI.

c. Pour le surplus, la chambre de céans relèvera que la date retenue par l'OAI, soit le 1er janvier 2015, n'apparaît pas d'emblée insoutenable.

En effet, le Dr E_____ avait, dans son rapport destiné à appuyer la nouvelle demande de sa patiente, rapporté une aggravation notable de l'état de santé et indiqué que l'intensité des douleurs était devenue invalidante, que la prise en charge psychiatrique était désormais assurée par une psychiatre, et que l'incapacité de travail était désormais de 100% à long terme. Il n'a cependant pas daté le début de cette aggravation (cf. rapport du 11 mai 2015). Des consultations régulières auprès du médecin-traitant, tout comme la prescription d'un traitement médical, ne sont pas propres à établir une incapacité totale de travail, ce d'autant plus que ce médecin avait déjà attesté en 2012 d'une incapacité définitive à 75%, laquelle avait été écartée au profit des conclusions du rapport d'expertise du Dr D_____.

Quant à la Dresse G_____, elle a mentionné que sa patiente avait repris en 2013 une activité professionnelle à 25% qu'elle assumait difficilement en raison de son état de santé, et que l'incapacité de travail définitive de 75% était justifiée (cf. rapports des 12 mai 2015 et 2 février 2016). Ces documents ne précisent pas non plus à partir de quand exactement une telle incapacité de travail devrait être retenue, mais une date antérieure au 12 septembre 2014 ne saurait en principe être admise, le suivi de la patiente par cette médecin ayant été interrompu entre 2009 et le 12 septembre 2014. À cet égard, il sera en effet rappelé que selon la jurisprudence fédérale, l'incapacité de travail doit en principe être attestée en temps réel et que des suppositions ultérieures et des réflexions médicales spéculatives, telle qu'une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médico-théorique après de nombreuses années, ne suffisent pas. En l'occurrence, l'appréciation de la rhumatologue traitante ne se fonde pas sur des données objectives, mais sur les déclarations de sa patiente.

S'agissant du Prof. I_____, il a noté qu'une activité adaptée à 25% était possible depuis fin 2013 et qu'une reprise à 50% pourrait être envisagée une fois le diagnostic définitif posé et le traitement efficace entrepris (cf. rapport du 12 septembre 2016). Une année plus tard, il a signalé une péjoration de l'état de santé depuis sa dernière évaluation et estimé que la capacité de travail limitait l'intéressée à 75% (cf. rapport du 20 novembre 2017). Enfin, il a indiqué qu'il était quasiment certain, au vu des analyses confirmant le syndrome de Sjögren, des déclarations de la patiente et des documents auxquels il avait eu accès, que la capacité de travail était nulle entre 2012 et 2015 (cf. rapport du 13 janvier 2020). Outre le fait que ces documents contiennent des contradictions concernant le taux de la capacité de travail dès la fin de 2013, le Prof. I_____ n'explique pas en quoi ces évaluations rétrospectives se justifieraient. Il n'a notamment pas indiqué quelles informations lui avaient été communiquées qui lui permettraient de se prononcer, des années plus tard, sur la capacité de travail de sa patiente à une époque à laquelle il ne l'avait encore jamais vue. En réalité, son estimation, comme celle de la Dresse G_____, repose pour l'essentiel sur les déclarations et plaintes de l'intéressée. Or, comme déjà relevé, l'expert D_____ a pris en considération l'ensemble de la symptomatologie présentée par l'intéressée, qu'il a pour sa part examinée et entendue dans le cadre d'une expertise, en temps réel. On relèvera encore que l'absence de traitement spécifique au syndrome de Sjögren, à supposer qu'il existait avant 2015, n'est de toute façon pas suffisante pour établir une incapacité totale de travail, puisque l'intéressée bénéficiait d'un traitement antidouleur et inflammatoire, qu'elle prenait des antidépresseurs et qu'elle était suivie pour ses problèmes de thyroïde et de sécheresse oculaire.

d. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que la deuxième décision de l'OAI n'apparaît pas arbitraire non plus. Elle fera donc siennes les conclusions de l'OAI et retiendra que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue en janvier 2015.

14. Il convient à présent de déterminer si la demanderesse était affiliée, au mois de janvier 2015, auprès de l'une ou l'autre des défenderesses.

15. a. L'intéressée a été employée par B_____ jusqu'au 31 août 2011, date du terme de son contrat de travail, et elle a été engagée dès le 1er septembre 2011 par les époux C_____.

    Son affiliation auprès de la défenderesse 2 a donc pris fin au 31 août 2011 et elle a été assurée, dès le 1er septembre 2011, par la défenderesse 1. La date de sortie auprès de cette dernière est litigieuse et les pièces du dossier contiennent des contradictions à ce propos. En effet, M. C_____ a dans un premier temps licencié l'intéressée pour le 31 mars 2012, avant de se référer à une résiliation avec effet immédiat par abandon de poste de la demanderesse, consécutivement à une dispute. Si la demanderesse a adressé à l'employeur des arrêts de travail jusqu'au 31 mars 2012 et que le certificat de travail établi le 27 mars 2012 par M. C_____ mentionne une fin des rapports de travail au 31 mars 2012, l'extrait de compte individuel ne contient aucune inscription pour les mois de janvier à mars 2012. Cela étant, la question de savoir quand a cessé le rapport d'assurance, à savoir le 31 décembre 2011 (date d'annonce de sortie par l'employeur qui correspond au dernier salaire versé selon l'extrait de compte individuel) ou le 31 mars 2012 (date de la fin des rapports de travail selon la lettre de licenciement et le certificat de travail), peut rester ouverte puisque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue en janvier 2015 seulement. À cette époque, la demanderesse n'était de toute évidence plus assurée auprès de la défenderesse 1.

    b. On rappellera encore que l'incapacité de travail qui a débuté le 22 décembre 2011, alors que la demanderesse était affiliée auprès de la défenderesse 1, a cessé à la fin du mois de septembre 2012, époque à laquelle a été retenue une pleine capacité de travail. Cette dernière a duré jusqu'en janvier 2015, date de la survenance de l'incapacité de travail qui a justifié l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2016.

    La relation de connexité temporelle entre l'invalidité et l'incapacité de travail qui a duré de décembre 2011 à septembre 2012 faisant défaut, il n'est pas nécessaire d'examiner si celle de la connexité matérielle est réalisée.

16. La demande principale dirigée contre la défenderesse 1 doit donc être rejetée.

17. a. S'agissant de l'argumentation subsidiaire de la demanderesse, selon laquelle son incapacité de travail serait due à une maladie évoluant par poussée et remonterait à une période antérieure à son arrêt de travail du 22 décembre 2011, elle ne saurait pas non plus être suivie.

    b. En effet, l'intéressée allègue avoir été contrainte de diminuer son taux d'activité en raison de ses problèmes de santé.

    Or, il est rappelé que selon la jurisprudence, la perte de la capacité fonctionnelle doit s'être manifestée dans des aspects de droit du travail, par exemple par une

baisse de rendement qui a été constatée par l'employeur, un avertissement de ce dernier ou encore des absences pour des raisons de santé plus fréquents que ce qui peut être qualifié d'ordinaire.

Les documents produits ne mentionnent aucune incapacité de travail médicalement attestée antérieure au 22 décembre 2011, hormis du 10 avril au 21 mai 2000, quelques semaines en 2007 en raison de la fibromyalgie, et deux semaines en 2009 pour une intervention chirurgicale de la thyroïde.

Selon l'extrait de compte individuel de la demanderesse, les revenus perçus pour son activité de concierge d'immeuble ont sensiblement diminué en 1997, ce qui conforte ses allégations quant à une diminution de son taux d'activité pour B_____ à cette époque. D'après le questionnaire pour l'employeur rempli le 21 juin 2012, elle a travaillé à raison de 6.3 heures par jour, soit 31.6 heures par semaine pour l'entreprise, dont l'horaire de travail usuel était de 42 heures, ce qui correspond à un 75%. Toutefois, entre 1998 et juillet 2001, elle a également travaillé parallèlement à temps partiel comme concierge dans un autre immeuble. Durant ces années, les gains obtenus étaient de l'ordre de ceux gagnés entre 1993 et 1996, ce qui laisse supposer qu'elle travaillait pour un taux global de 100%, et ce dans le même secteur d'activité. Aucune diminution d'activité ne saurait donc être retenue jusqu'en juillet 2001. La demanderesse n'a produit aucun document relatif à la fin de ce rapport de travail. En l'absence d'une lettre de démission faisant référence à l'impossibilité de maintenir son emploi en raison de ses atteintes, ou d'une lettre de licenciement relatant une baisse de rendement ou de la qualité des services, il n'est pas démontré que la demanderesse aurait renoncé à cette activité pour des motifs de santé.

Entre août 2001 et juillet 2007, la demanderesse a perçu des indemnités de chômage, se déclarant ainsi apte à travailler à 100%. La Dresse G_____ a signalé que sa patiente rencontrait des difficultés et qu'elle était aidée par son mari pour un taux de 10% (cf. rapport du 28 juillet 2006), ce qui a également été relevé par le Centre de la douleur en novembre 2006 (cf. rapport du 30 novembre 2006). Toutefois, aucune incapacité de travail n'a été attestée. Les difficultés parfois relatées par la demanderesse à ses médecins (cf. rapports de la Dresse G_____ des 10 février 2004 et 28 juillet 2006, et rapport du Centre de la douleur du 30 novembre 2006) ne suffisent pas pour admettre, des années plus tard, que l'intéressée n'était plus en mesure d'exercer sa profession pour des raisons médicales. De même, le fait que son mari s'occupait des travaux lourds correspondant environ à un 10% de son taux d'activité, sans que cela ait été annoncé à l'employeur au vu des pièces produites, ne permet pas d'établir une incapacité de travail. Les époux ont en effet pu décider d'une telle répartition pour des motifs de convenance personnelle.

Ceci vaut naturellement aussi pour la période courant d'août 2007 à août 2011, au cours de laquelle la demanderesse a travaillé exclusivement pour B_____, au taux de 75%, sans qu'aucune incapacité de travail ne soit attestée à l'exception de celle

survenue durant moins de deux mois en 2007. Le fait qu'une évaluation d'ergothérapie ait été organisée en 2008 ne suffit pas pour établir une incapacité de travail significative et durable. De même, l'attestation de son ami qui avait déclaré l'avoir aidée « à plusieurs reprises » et avoir constaté qu'elle était également aidée par son mari, n'est pas propre à démontrer une telle incapacité de travail. Il est à nouveau souligné qu'un seul arrêt de travail a été signé durant cette période, pour une durée limitée de deux mois à l'automne 2007. L'intéressée n'a pas produit de document venant étayer ses allégations, selon lesquelles elle avait dû mettre un terme à son activité en raison de son état de santé. Rien dans le dossier ne permet de retenir qu'elle n'était plus à même d'effectuer son travail de concierge d'immeuble à temps partiel pour des raisons médicales, ou que la poursuite de cette activité risquait d'aggraver son état de santé. Au contraire, la demanderesse a accepté un travail en qualité d'employée de maison à temps complet dès le 1er septembre 2011. Ses déclarations, selon lesquelles cet emploi s'était avéré plus contraignant qu'initialement prévu, sont mises à mal par les pièces du dossier. Son contrat de travail indique en effet clairement qu'il s'agissait d'une fonction d' « aide-ménagère » et précise les tâches devant être accomplies, à savoir s'occuper des « travaux ménagers », des petits travaux de jardinage, du chien et des deux chats, pour un salaire mensuel brut de CHF 4'250.-. Les tâches ménagères consistaient donc en l'activité principale de cet emploi, que la demanderesse a accepté à temps plein.

Enfin, on pourra encore observer que le Dr F_____ a rapporté, dans son rapport d'expertise du 16 septembre 2013, que la demanderesse avait cherché intensément un autre emploi suite à la fin de son contrat de travail au 31 mars 2012, mais sans beaucoup de succès. Elle avait finalement trouvé un emploi à 25% et « avait l'impression » de ne pas pouvoir faire plus. Ces déclarations suggèrent ainsi que le taux d'activité réduit résultait de motifs autres que médicaux.

c. Force est de constater que les pièces du dossier ne font pas état d'une telle incapacité de travail ou d'une diminution de rendement qui aurait été attestée antérieurement à l'arrêt de travail survenu en décembre 2011 et qui a pris fin en automne 2012, que ce soit par un médecin ou un employeur.

18. Par conséquent, les demandes subsidiaires à l'encontre des défenderesses 1 et 2 doivent également être rejetées.

19. La demanderesse conclut à l'allocation de dépens.

Le recourant qui obtient gain de cause a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA). Saisi d'un litige concernant le domaine de la prévoyance professionnelle, dans lequel les procédures sont introduites par la voie non du recours mais de l'action de droit administratif, le demandeur a droit à des dépens, et ce malgré le terme de « recourant » (ATAS/500/2016 du 28 juin 2016 consid. 15b et les références).

La demanderesse, qui succombe, n'a ainsi pas droit à des dépens.

20. Enfin, les caisses de pension n'ont en principe pas droit à des dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4).

    Ces exceptions n'étant pas réalisées en l'espèce, la défenderesse, qui obtient gain de cause, ne saurait se voir allouer une indemnité à titre de dépens.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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