

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2477/2014

ATAS/148/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 février 2016**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GRANOIS (SAVIÈSE),  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
Guillaume GRAND

demanderesse

contre

CAP PRÉVOYANCE, sise rue de Lyon 93, GENÈVE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André  
SCHNEIDER

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Rosa GAMBA, Juges  
assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née B\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_1975, d'origine somalienne, a effectué sa scolarité obligatoire en Somalie, puis une formation de soins à la Croix-Rouge au Kenya. Elle est arrivée en Suisse en 1993 au bénéfice d'un statut de réfugiée politique. Après avoir suivi l'école de culture générale, elle a travaillé en tant qu'aide-soignante dans divers EMS. En 2002 et 2003, elle a suivi des cours de comptabilité à l'IFAGE niveaux I et II. Après une période de chômage, l'assurée a été engagée à la Ville de Genève (ci-après : la ville) en tant qu'agente municipale, le 1<sup>er</sup> juillet 2003 à un taux d'activité de 100%. A ce titre, elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse d'assurance du personnel de la ville et des services industriels et du personnel communal transféré dans l'administration cantonale (ci-après : la CAP), devenue dès 1<sup>er</sup> janvier 2014 la Fondation de prévoyance intercommunale de droit public de la ville, des services industriels de Genève et des communes genevoises affiliées ainsi que d'autres employeurs affiliés conventionnellement (ci-après : la CAP Prévoyance).
2. Le 4 juillet 2006, l'assurée a été victime d'un accident. Elle était tombée avec sa moto dans son garage en glissant sur une tâche d'huile et son pied gauche était resté coincé sous l'engin. Le 5 juillet 2006, elle a déclaré l'accident à la Generali assurances (ci- après : l'assureur-accidents) qui a pris le cas en charge.
3. Dès le 10 juillet 2006, l'assurée a été en traitement auprès du docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, qui a attesté une incapacité de travail entière du 4 juillet au 3 septembre 2006, à 50% du 4 septembre au 27 septembre 2006, à 100% du 28 septembre au 5 novembre 2006, à 50% du 6 novembre au 5 décembre 2006, à 100% du 6 décembre 2006 au 4 février 2007, à 50% du 5 au 11 février 2007 et à 100% dès le 12 février 2007.
4. Dans un rapport LAA intermédiaire du 14 mai 2007, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué une algodystrophie du membre inférieur gauche suite à un syndrome post-traumatique du pied gauche. L'incapacité de travail était entière dès le 7 mars 2007. Dans son travail d'agente municipale, l'assurée marchait toute la journée. De ce fait, les douleurs réapparaissaient dès la reprise du travail. Il avait proposé un travail assis, mais cela dépendait de son employeur. Il avait demandé à ce dernier de prendre contact avec le médecin-conseil. Dans un courrier du 24 mai 2007 adressé à l'assurée, il a précisé que bien que son employeur n'ait pas pu aménager ses conditions de travail, sa capacité de travail était de 100% dès le 29 mai 2007.
5. Dans un rapport du 27 juin 2007 établi dans le cadre d'un consilium, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué une algoneurodystrophie stade II au décours du pied gauche sur status après contusion en mars 2007 et un status après fracture du péroné droit en 2005. Il a précisé que l'algoneurodystrophie partielle du dos du pied gauche était survenue dans les suites d'une contusion du pied gauche en juillet 2006. Cette affection était

actuellement au stade II, qui pouvait durer des mois, voire plus d'une année. Elle se manifestait par une limitation de mobilité et surtout des douleurs mécaniques. S'agissant de la problématique professionnelle, la marche risquait de demeurer limitée encore des mois, de sorte qu'il avait insisté auprès de l'assurée pour qu'elle trouvât un arrangement avec sa hiérarchie afin qu'elle pût reprendre le travail à temps partiel dans une activité n'impliquant pas de longues marches et des stations debout prolongées.

6. Le 10 septembre 2007, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession ainsi qu'à la remise de moyens auxiliaires (cane anglaise).
7. Dans l'annexe à son rapport médical du 27 septembre 2007 destiné à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était empêchée à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici et qu'on ne pouvait pas exiger de sa part qu'elle exerçât une autre activité.
8. Dans un rapport d'expertise du 24 octobre 2007 requise par l'assureur-accidents, la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a diagnostiqué des contusions du pied et de la cheville gauche, un syndrome de douleurs régionales complexe du pied gauche, un hallux/valgus bilatéral, une altération dégénérative débutante de la cunéo-métatarsienne I du pied gauche et des lombalgies. Elle rejoignait l'avis du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie ainsi que médecin-conseil auprès de la ville de Genève, selon lequel l'incapacité de travail était totale dans le poste actuel. Dans un poste adapté, l'assurée était apte à pratiquer une activité professionnelle à temps complet avec rendement complet. L'activité de patrouilleuse municipale nécessitait de la marche pendant tout le temps de travail. Au vu des troubles décrits, il était évident que cette activité ne pouvait pas être reprise à temps complet. En fonction de l'évolution, une reprise à temps partielle devrait être progressivement tentée d'ici la fin 2007. Le cas n'étant pas stabilisé, l'expertise ne traitait pas de l'invalidité économique au sens des art. 18 ss de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), ni de l'atteinte à l'intégrité.
9. Dans un rapport d'examen du 10 janvier 2007 (recte : 2008), le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu à une capacité de travail exigible à 0% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée dès le 29 mai 2007. Les limitations fonctionnelles selon l'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 24 octobre 2007 consistaient en absence de marche de plus de deux-cents mètres, de station prolongée en position debout, d'utilisation du pied gauche lors du travail en position assise, de port de charges de plus de cinq kilos et en possibilité de se lever à son gré une fois par heure. L'assurée n'ayant pas de CFC, il y avait lieu de lui proposer une aide au placement qui tiendrait compte de la formation de comptabilité qu'elle avait suivie à l'IFAGE.

10. Le 10 avril 2008 la direction des ressources humaines de la ville de Genève a adressé à la CAP une demande de mise à l'invalidité de l'assurée. Celle-ci était en incapacité de travail à 100% depuis le 7 février 2006, la demande à l'assurance-invalidité datait de septembre 2007 et la fin du droit au salaire était fixée au 30 juin 2008. Elle a joint une copie du cahier des charges du 24 août 2006 d'agent/e municipal/e au service des agents de ville et du domaine public dont la mission consistait à contrôler le stationnement des véhicules sur le territoire de la ville.
11. Par courrier du 3 juin 2008 adressé à la CAP, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait rencontré l'assurée à sa consultation du 7 mai 2008 et consulté le volumineux dossier de l'OAI la concernant. Il en ressortait que cette assurée était considérée comme capable de travailler dans une activité respectant des limitations fonctionnelles liées aux membres inférieurs et au dos. Elle n'avait jamais pu trouver au sein de son entreprise un poste adapté à son léger handicap au motif qu'aucun autre poste que celui pour lequel elle avait été engagée n'était disponible ou n'était compatible avec sa formation. Le Dr G\_\_\_\_\_ a précisé que si l'OAI entrait en matière pour aider cette assurée, il était évident que la CAP devrait en faire de même. Dans le cas contraire, il faudrait reconsidérer « notre décision ».
12. Le 3 juin 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ a complété un formulaire de la CAP de demande de mise à l'invalidité concernant l'assurée. Il a certifié qu'une mise à l'invalidité durable de l'assurée au sens de l'art. 41 des statuts était justifiée pour un degré d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008, à revoir une fois la nouvelle formation acquise. L'assurée pouvait exercer une autre fonction dont l'exercice pouvait raisonnablement être exigé de sa part, à savoir toute fonction compatible avec sa formation professionnelle. Il a énuméré les limitations pour l'accomplissement de ce genre de fonction en reprenant celles décrites par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen SMR du 10 janvier 2008.
13. Le 9 juin 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un formulaire de la CAP de décision de mise à l'invalidité concernant l'assurée. Il a certifié qu'une mise à l'invalidité durable de l'assurée était justifiée pour un degré de 100% en raison d'un accident dès le 9 juin 2008 et de manière définitive. On pouvait raisonnablement exiger de sa part l'exercice d'une autre fonction, à savoir un travail en position assise. L'assurée était en attente de décisions de l'OAI et de l'assureur-accidents. Le formulaire précisait qu'est considéré comme invalide l'assuré qui, par suite d'atteinte à sa santé physique ou mentale, devient de manière durable totalement ou partiellement incapable de remplir sa fonction ou est contraint d'occuper une autre fonction dont l'exercice peut raisonnablement être exigé de lui et pour laquelle il est moins rémunéré.
14. Par courrier du 20 juin 2008, la CAP a refusé à l'assurée le droit à une pension d'invalidité au motif que, selon les décisions médicales concordantes du médecin traitant et de son médecin-conseil, elle était totalement apte à exercer une fonction en position assise, sans limitation mentale ou physique, si ce n'était un port de charges limité à cinq kilos. Elle restait dans l'attente d'instructions de la part de

l'employeur quant à la suite à donner à sa situation d'assurance et encourageait vivement ce dernier à étudier la possibilité d'un aménagement du poste de travail ou d'un nouveau poste adapté, dans la limite de ses possibilités.

15. Par communications des 30 juin 2008, 18 août 2009, 23 septembre 2009 et 17 décembre 2009, l'OAI a pris en charge à titre de reclassement professionnel un cours de comptabilité I et II accéléré à l'IFAGE du 7 avril au 5 juin 2008, puis la première partie d'une formation de secrétaire-réceptionniste à l'école Sight and Sound du 20 juillet au 6 octobre 2009 (orthographe, grammaire et révisions calculs, compétences de communication, dactylographie et informatique), et enfin la suite du programme dispensé dans la même école du 7 octobre 2009 au 31 mars 2010 pour l'obtention du diplôme de secrétaire-réceptionniste (rédaction commerciale et anglais), avec octroi d'indemnités journalières AI.
16. Selon les rapports de réadaptation professionnelle de l'OAI des 30 juin 2008, 19 août 2009 et 23 juillet 2012, l'assurée parlait et écrivait le français couramment avec des fautes d'orthographe ainsi que des difficultés dans la correspondance (tournure de phrases). Le dernier salaire en 2007 s'élevait à CHF 70'955.25. Sans son atteinte à la santé, l'assurée aurait pu réaliser un revenu relativement élevé en tant qu'agente municipale. Bien que l'assurée ne fût pas en possession d'un CFC, il y avait lieu d'examiner le droit à des mesures professionnelles. Elle souhaitait tout mettre en œuvre pour se réadapter et exercer un emploi à 100% sur le marché de l'emploi. Elle avait pris contact avec son employeur qui avait refusé sa demande de reprise d'un travail adapté, par exemple à la réception, au motif que plusieurs autres collaborateurs avaient déjà présenté de telles requêtes pour ce poste. Après avoir suivi les cours de comptabilité I et II en accéléré, l'assurée avait obtenu une moyenne insuffisante au deuxième test. En juillet 2009, en raison de douleurs insupportables, de difficultés de sommeil, de problèmes de concentration et de mémorisation dus aux médicaments consommés, elle n'avait pas été en mesure de consacrer le temps convenu aux révisions et avait également dû renoncer au cours de comptabilité informatique. Se sentant très mal, elle avait suivi un traitement hebdomadaire chez un psychiatre, le docteur I\_\_\_\_\_, et avait changé de médecin traitant qui était désormais le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie. Convaincue désormais de son désintérêt pour la comptabilité, elle avait commencé une formation de secrétaire-réceptionniste. Vu l'évolution favorable, il avait été convenu de prolonger cette formation par une deuxième phase permettant l'obtention du diplôme. Après une évolution très positive, cette mesure avait été interrompue dès le 12 novembre 2009 pour des raisons de santé. À la suite du rapport d'expertise du 27 septembre 2011, un nouveau mandat de réadaptation avait été adressé le 21 juin 2012. Lors d'un contact téléphonique le 23 juillet 2012, l'assurée avait précisé qu'elle s'était mariée le 18 février 2012, puis avait accouché le 27 avril 2012 et était désormais domiciliée en Valais. Ses douleurs étaient réapparues après l'accouchement et l'empêchaient d'exercer une quelconque activité. Elle ne pouvait pas travailler en raison des besoins de son enfant et du

congé de maternité toujours en cours. Par conséquent, la réadaptatrice de l'OAI a proposé de conclure le mandat par une évaluation théorique de l'invalidité en déterminant le salaire d'invalidé sur une base statistique.

17. Dans son rapport d'expertise du 27 septembre 2011 requise par l'OAI, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome du sinus du tarse probable gauche depuis l'accident de juillet 2006 ainsi qu'une douleur chronique irréductible au pied et à la cheville gauches. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une chondropathie rotulienne sur surcharge probable, un coude droit douloureux avec déformation en varus de 5°, une discopathie L4-L5-S1 avec petite hernie discale L5-S1 à droite et un hallux-valgus modéré (20°) à droite. Le diagnostic d'algoneurodystrophie retenu à quelques mois de l'accident n'était pas certain au vu de la scintigraphie osseuse du 27 juin 2007 qui avait mis en évidence une asymétrie de captation globale ne permettant pas d'exclure une algoneurodystrophie fruste. Par conséquent, le diagnostic différentiel d'entorse subsistait. S'il était impossible de trancher catégoriquement entre une atteinte post-traumatique due à l'écrasement du tarse et une algoneurodystrophie de ce même tarse, la seconde hypothèse était de loin la moins probable. En fonction de la clinique décrite dans le dossier médical, il y avait une nette probabilité (plus de 50%) que le diagnostic n'était pas une algoneurodystrophie mais des séquelles de l'écrasement, soit un syndrome du sinus du tarse à gauche. Il y avait une discordance entre les plaintes, les limitations alléguées et les observations. L'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible car les troubles empêchaient à 100% l'activité d'agente municipale consistant principalement en marche et station debout prolongée. Une autre activité était exigible de la part de l'assurée à 100% en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes, à savoir absence de mouvements répétitifs du membre inférieur gauche, de port de charges de plus de dix kilos, de station debout prolongée, d'obligation de monter et descendre des escaliers de façon répétée, possibilité de varier les positions assise et debout, déplacements limités à quelques centaines de mètres par jour, conduite exclusivement de véhicule à boîte automatique. Durant une première phase d'accoutumance et d'adaptation d'environ trois mois, il fallait tenir compte d'une diminution de rendement de 25%. L'expert ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution du degré de l'incapacité de travail pour la période de 2007 à 2011 car il ne connaissait pas encore l'assurée. Sur le plan objectif, il n'y avait pas de contre-indication médicale à une reprise d'activité adaptée dès le 6 septembre 2011. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables immédiatement, mais la question de leur pertinence se posait au vu de l'échec précédent.
18. Par projet de décision du 15 mars 2013 confirmé par décision du 20 août 2013 adressée en copie à l'assureur-accidents, l'OAI a fixé à 35% le taux d'invalidité de l'assurée dès le mois de mai 2007. Dans son calcul, il a comparé le revenu sans invalidité obtenu à la ville en 2007, soit CHF 70'955.- et le revenu avec invalidité

fixé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2007 (ci-après : ESS) après abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et de la seule possibilité d'exercer une activité légère, soit CHF 45'942.-. Le degré d'invalidité qui était inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et des mesures de reclassement professionnel ne pouvaient pas être mises en place du fait de son nouveau statut matrimonial et de la naissance de son premier enfant. Faute de recours, cette décision est entrée en force.

19. Par courrier du 3 avril 2013, l'assurée a demandé à la CAP de procéder à une réouverture de son dossier au vu de la « décision » de l'OAI du 15 mars 2013 lui reconnaissant un degré d'invalidité de 35%. Elle a joint une copie de la « décision ». Elle a communiqué sa nouvelle situation familiale, à savoir mariée avec un enfant né le 27 avril 2012.
20. Sur demande de la CAP, l'assurée lui a transmis, le 23 août 2013, la décision de l'OAI du 20 août 2013.
21. Par courrier du 21 octobre 2013, la CAP a informé l'assurée que la définition de l'invalidité au sens de l'art. 34 de ses statuts s'entendait pour un salarié assuré. Dans la mesure où elle n'était plus salariée assurée de la CAP, les conditions d'octroi d'une pension d'invalidité décidée par le comité de gestion n'étaient pas remplies, de sorte que seules les dispositions minimales de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP - RS 831.40) étaient applicables. Le degré d'invalidité reconnu par l'OAI étant inférieur à 40%, elle n'avait pas droit à une prestation d'invalidité de la part de la CAP.
22. Par courrier du 28 novembre 2013, l'assurée a précisé que sa demande de rente d'invalidité se basait sur les art. 35 ss des statuts de la CAP, en particulier l'art. 36 al. 1 let. b et al. 2 qui prévoyait qu'un taux d'invalidité de 25% donnait droit à l'ouverture de la procédure par le comité de gestion. De plus, au moment de la survenance de son invalidité, elle était salariée assurée auprès de la CAP. Par conséquent, elle avait droit à des prestations et demandait à la CAP de revoir sa position et, le cas échéant, de rendre une décision sujette à recours. Elle requérait également une copie complète de son dossier.
23. Par courrier du 26 février 2014 adressé à l'assurée, la CAP Prévoyance a expliqué qu'elle offrait des prestations plus étendues que le régime minimal LPP, notamment en servant des prestations également en cas d'invalidité de fonction alors que la LPP ne reconnaissait que l'invalidité dite économique. Toutefois, elle avait choisi de limiter le cercle des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de fonction notamment aux seuls assurés encore salariés au moment de la demande de la prestation. Par conséquent, il ne suffisait pas d'être salarié assuré au moment de la survenance de l'invalidité pour être mis au bénéfice d'une telle prestation. Par ailleurs, l'affiliation à la prévoyance professionnelle présupposait une activité salariale, de sorte qu'il n'y avait pas place pour l'interprétation de l'assurée. Au vu

de ce qui précédait, elle confirmait les termes de son courrier du 21 octobre 2013 et précisait que, selon ses statuts, les « décisions » de l'administration pouvaient faire l'objet d'une réclamation auprès de l'organe paritaire.

24. Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2014, l'assurée a rappelé qu'elle avait déposé une demande de prestations d'invalidité en 2007 auprès de la CAP qui avait refusé de prester par courrier du 20 juin 2008. Selon la décision de l'OAI du 23 août 2013, elle était invalide à 35% dès le mois de mai 2007. Etant donné qu'elle était assurée au moment de sa demande de rente, elle avait droit à des prestations au moins rétroactivement à partir du mois de mai 2007 jusqu'au terme de son contrat de travail. En cas de réponse négative, elle demandait à la CAP Prévoyance de lui communiquer les coordonnées de l'organe paritaire auprès duquel elle pouvait déposer une réclamation.
25. Par courrier du 28 avril 2014, la CAP Prévoyance a admis que lorsque l'employeur avait déposé une demande de prestations d'invalidité en 2008, l'assurée était encore salariée. Toutefois, la CAP avait refusé l'octroi d'une prestation d'invalidité par décision du 20 juin 2008 en raison de l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée en position assise avec une limitation du port de charges à cinq kilos. En effet, au sens de l'art. 34 des statuts dans leur teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'invalidité présupposait une incapacité partielle ou totale de remplir tant sa fonction que toute autre fonction pouvant être raisonnablement être exigée de l'assuré. Un degré d'invalidité inférieur au minimum requis par l'assurance-invalidité ne suffisait pas à ouvrir le droit à une prestation. Etant donné que l'assurée n'avait pas déposé de réclamation auprès du comité dans les trente jours suivant la décision du 20 juin 2008, celle-ci était entrée en force. En outre, lors de sa nouvelle demande de prestations du 23 août 2013, soit plus de cinq ans après ladite décision, l'assurée n'était plus salariée au sens des statuts, de sorte que les conditions d'octroi d'une pension d'invalidité décidée par le comité de gestion n'étaient pas remplies. Elle a confirmé la teneur de ses courriers des 21 octobre 2013 et 26 février 2014, notamment la possibilité de déposer une réclamation auprès du conseil de fondation.
26. Par pli recommandé du 4 juin 2014, l'assurée a formé, par l'intermédiaire de son mandataire, une réclamation auprès du conseil de fondation de la CAP Prévoyance. Elle a précisé que son contrat de travail auprès de la ville avait pris fin le 31 janvier 2009. L'argumentation de la CAP Prévoyance, selon laquelle elle aurait dû déposer une réclamation en 2008 et n'était plus salariée au moment de la nouvelle demande, en avril 2013, constituait un abus de droit et était totalement arbitraire. En effet, la décision de 2008 était manifestement erronée puisque l'OAI lui avait reconnu une invalidité de 35%. De plus, elle ne mentionnait pas l'impact des limitations fonctionnelles sur sa capacité de gain qui était pourtant le fondement du degré de l'invalidité reconnu par l'assurance-invalidité. Étant donné que son degré d'invalidité n'était pas connu par la CAP lors de sa première décision, elle avait à bon droit demandé à la CAP Prévoyance de statuer sur son cas à la suite de la

décision de l'OAI. Elle a requis l'octroi d'une rente d'invalidité de 35% dès le 1<sup>er</sup> mai 2007.

27. Par courrier du 20 juin 2014, le conseil de fondation de la CAP Prévoyance a rejeté la réclamation. Il a repris les mêmes arguments que ceux exposés précédemment. Il a précisé que lors de la demande de prestations d'invalidité formulée par la ville en date du 10 avril 2008, la Caisse avait examiné le droit à une prestation d'invalidité de fonction alors que l'assurée était encore salariée. La nouvelle demande était irrecevable dès lors qu'elle avait été déposée le 23 août 2013, soit après que le contrat eût pris fin. La notion de « salarié assuré » devait être réalisée au moment de la demande de prestations pour une invalidité de fonction. C'était uniquement à ce moment-là qu'il était possible d'examiner si une incapacité d'assurer une fonction – et non pas un gain – existait ou non. Les « décisions » du conseil de fondation pouvaient faire l'objet d'une action auprès de la chambre de céans.
28. Par acte daté du 25 août 2014, reçu au greffe de la chambre de céans le 26 août 2014, l'assurée a formé un « recours » contre la « décision » du conseil de fondation du 20 juin 2014. Elle a conclu sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 25% (recte : 35%) dès le 1<sup>er</sup> mai 2007 et subsidiairement au renvoi du dossier à « l'intimée » pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a formulé les mêmes griefs que ceux exposés dans sa réclamation.
29. Dans sa réponse du 15 octobre 2014, « l'intimée » a conclu au déboutement de la « recourante » de toutes ses conclusions et à sa condamnation à tous les frais de la procédure. S'agissant des prestations statutaires, elle a relevé que l'invalidité correspondait à une atteinte durable à la santé du salarié assuré entraînant une incapacité partielle ou totale de remplir sa fonction ou toute autre fonction pouvant raisonnablement être exigée de lui (art. 34 des statuts). La « recourante » avait volontairement interrompu la formation que l'OAI avait prise en charge au titre des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, elle avait choisi de ne pas continuer à travailler et d'être mère au foyer, ce qui avait entraîné la clôture de la procédure auprès de l'OAI et une évaluation théorique du degré d'invalidité. Or, si la « recourante » avait fait tous les efforts qui pouvaient être exigés d'elle pour acquérir une nouvelle formation prise en charge par les mesures de réadaptation, elle aurait pu considérablement réduire, voire supprimer complètement la perte de gain et donc son degré d'invalidité théorique. De plus, la décision de l'OAI avait été rendue après une instruction sommaire et ne fixait d'ailleurs pas la date du début de l'invalidité. Par conséquent, elle ne saurait être opposée à « l'intimée ». Vu l'abandon des mesures de réadaptation, la « recourante » n'était pas en mesure de prouver son incapacité de fonction au sens des statuts. Lors de la première demande de prestations en 2008, alors que la « recourante » était encore salariée assurée auprès de « l'intimée », l'avis concordant de tous les médecins intervenus dans le dossier confirmait qu'elle était totalement apte à exercer une autre « fonction » adaptée sans diminution de gain. Par conséquent, la « décision » de refus de

prestations était justifiée. N'ayant pas contesté cette « décision » qui était entrée en force, la « recourante » ne saurait aujourd'hui la remettre en cause. La défenderesse a répété les arguments déjà développés s'agissant de la nouvelle demande du 23 août 2013. À titre subsidiaire, elle a invoqué la prescription des rentes d'invalidité jusqu'en août 2009 en tout cas, dès lors que celle-ci n'avait été interrompue par la « recourante » que le 25 août 2014, par l'ouverture de la présente procédure judiciaire.

30. Dans sa réplique du 6 novembre 2014, la « recourante » a observé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux et a confirmé ses précédentes conclusions.
31. Dans sa duplique du 11 novembre 2014, « l'intimée » a constaté que les éléments de fait contestés par la « recourante » ressortaient tous, soit du dossier de l'assureur RC (recte : assureur-accidents), soit de son dossier auprès de l'OAI. Elle a persisté intégralement dans ses précédentes conclusions.
32. Le 28 janvier 2015 s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties.

La demanderesse a déclaré que la demande de rente d'invalidité auprès de la CAP avait été déposée le 20 juin 2008 par son employeur. Elle avait demandé une rente d'invalidité en 2008 pour une invalidité de fonction.

La défenderesse a confirmé que la « décision » du 20 juin 2008 ne comportait pas de voies de droit. Elle a produit à l'audience la demande déposée par l'employeur en 2008. L'invalidité de fonction était décidée par le comité de gestion de la fondation qui était l'organe suprême de la caisse de pension. Ledit comité était composé de neuf représentants des assurés et neuf représentants des assureurs, plus un représentant des pensionnés, soit dix-huit personnes en tout, selon l'art. 69 des statuts, qui siégeaient tous ensemble. Ce comité se réunissait environ dix fois par année. Selon la pratique de la caisse, le comité de gestion déléguait ensuite la responsabilité de la « décision » au secrétariat. Le règlement des signatures et compétences de la fondation déléguait au secrétariat la compétence de notifier une « décision » à l'assuré. Les directives sur les pouvoirs de représentation étaient internes. La « décision » n'indiquait pas qu'une procédure de réclamation était possible pour l'assuré.

D'après la demanderesse, elle avait transmis ce courrier à son avocat à l'époque qui avait estimé qu'il n'avait pas de valeur juridique. Elle avait téléphoné à la signataire de cette lettre, Madame L\_\_\_\_\_, qui lui avait affirmé qu'il fallait attendre la décision de l'OAI puisque la CAP intervenait dès 20% d'invalidité. Elle lui avait communiqué qu'elle avait été expertisée par la Dresse F\_\_\_\_\_. Son employeur lui avait uniquement proposé un poste de gardien de musée. Il s'agissait toutefois d'une activité en position debout qui ne pouvait pas convenir vu ses limitations fonctionnelles. Elle a confirmé qu'elle s'était adressée aux ressources humaines de la ville (ci-après : les RH). A l'échéance du délai de paiement des indemnités journalières, l'employeur avait résilié son contrat de travail.

Selon la défenderesse, elle était au courant qu'il y avait une demande AI. Elle n'avait pas attendu la décision de l'OAI car l'invalidité de fonction était une question relevant du surobligatoire, de sorte qu'elle n'avait pas besoin de ladite décision. Elle se prononçait sur l'invalidité de fonction dès le moment où elle était en possession des rapports médicaux concordants. Elle n'avait pas communiqué à la demanderesse la position de son médecin-conseil ni celle du médecin traitant. Cela étant, celle-ci avait le droit de consulter son dossier médical. Pour avoir connaissance de son dossier, elle aurait dû faire une réclamation. En effet, l'art. 90 al. 1 des statuts indiquait que les décisions du secrétariat pouvaient faire l'objet d'une réclamation auprès du comité de gestion dans les 30 jours. Elle a confirmé que son courrier du 20 juin 2008 était signé « section pensionnés-assurés » et non pas « secrétariat ». Cela étant, selon les directives internes, la section assurés-pensionnés faisait partie du secrétariat. Son médecin-conseil avait fait un rapport à son attention en date du 3 juin 2008 qu'elle produisait dans la procédure. S'agissant de l'invalidité de fonction, il n'était pas nécessaire que l'employeur accordât un autre poste adapté à l'assuré.

La défenderesse a produit dans la procédure la demande de mise à l'invalidité du 10 avril 2008, le cahier des charges du 24 août 2006 ainsi que le formulaire de demande de mise à l'invalidité rempli le 3 juin 2008 par le Dr G\_\_\_\_\_.

Sur quoi, la chambre de céans a octroyé un délai à la défenderesse pour déposer les directives internes des signatures et délégations de compétences.

33. Dans ses conclusions complémentaires sur les voies de droit du 5 février 2015, « l'intimée » a expliqué que malgré les termes de son courrier du 20 juin 2014 faisant état d'une décision entrée en force, elle n'avait pas pris une décision administrative dès lors qu'en tant qu'institution de prévoyance, elle n'avait pas le droit de rendre de telles décisions. Cela n'avait pas préterité la « recourante » puisque celle-ci savait que les prises de position de la CAP n'avaient pas de valeur juridique. Pour sa part, la CAP n'avait jamais considéré que le réexamen de ses prises de position fût soumis à des exigences formelles particulières, comme cela serait le cas pour une décision administrative entrée en force. Le conseil de fondation avait examiné les conditions matérielles du droit à des prestations d'invalidité sans opposer à la « recourante » les exigences légales strictes de la demande de révision d'une décision administrative entrée en force. « L'intimée » a rappelé les principes fondamentaux relatifs à la nature juridique de la prise de position d'une institution de prévoyance, à savoir que les litiges en matière de prévoyance professionnelle pouvaient être contestés en justice par la voie de l'action et non par un recours, les institutions de prévoyance n'étaient pas habilitées à rendre des décisions administratives et leurs déterminations n'étaient pas dotées de la force de chose « jugée ». S'agissant de son organisation interne, selon les statuts de 2008, elle était gérée par un comité de gestion paritaire de dix-huit membres qui prenait ses décisions à la majorité. De plus, le responsable des RH et la direction du secrétariat avaient une voix consultative. Le comité de gestion confiait le secrétariat

de la caisse à la ville qui gérait celle-ci dans le cadre des compétences attribuées par le comité de gestion. Pour les actes de gestion courante, la caisse était valablement engagée par la seule signature du président, du vice-président ou de l'administrateur, voire d'autres collaborateurs de son secrétariat auxquels le comité de gestion déléguait cette compétence. Les prises de position de la caisse sur les demandes de prestations des assurés faisaient partie de la gestion courante. S'agissant des décisions en matière de rente d'invalidité, pour préserver la sphère privée de l'assuré et la protection des données, le dossier de celui-ci n'était pas soumis au comité in corpore. Si l'assuré formait réclamation, le comité examinait son dossier et se déterminait sur sa requête. Une prise de position signée par un chef de section et un gestionnaire répondait à la procédure interne de la caisse. La CAP n'étant pas une autorité administrative, elle n'avait pas à assortir ses prises de position de l'indication des voies de droit sans gravement tromper l'assuré sur l'absence de portée juridique contraignante de telles prises de position. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.

Elle a également produit de nouvelles pièces, à savoir un extrait de son rapport d'activité 2007 mentionnant la composition du comité de gestion et du secrétariat ainsi que ses règles du 12 mars 2007 applicables en matière de signatures, approuvées le 9 mars 2007 par le comité de gestion.

34. Par ordonnance du 6 février 2015, la chambre de céans a requis de la défenderesse les statuts de la CAP et le règlement de prévoyance en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008.
35. Le 12 février 2015, la défenderesse a produit les statuts de la CAP dans leur teneur au 1<sup>er</sup> janvier 1999, l'avenant aux statuts du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et la directive d'application des statuts du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Elle a précisé que jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2014, elle était une institution de prévoyance de droit public, régie exclusivement par ses statuts, de sorte qu'il n'existait pas de règlement de prévoyance en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008.
36. Par ordonnance du 31 mars 2015, la chambre de céans a ordonné l'apport à la procédure du dossier de l'assureur-accidents.
37. Le 9 avril 2015, l'assureur-accidents a produit le dossier de la demanderesse relatif à l'événement du 4 juillet 2006 contenant notamment un nouveau rapport d'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_, des rapports des gestionnaires, des courriers de la ville et des décisions. Il en ressortait notamment les éléments mentionnés ci-après.

Par courrier du 14 novembre 2007, le service des RH a transmis à la demanderesse le rapport établi le 24 septembre 2007 par le Dr G\_\_\_\_\_. Ce dernier concluait à une possible reprise de l'activité professionnelle pour autant que sa fonction fût transformée en position statique. En l'état actuel, il n'y avait pas de telle possibilité au sein de son service. Le délai-cadre couvrant la période durant laquelle son salaire était versé arrivait à échéance le 30 juin 2008. Il allait demander au Dr G\_\_\_\_\_ un

complément de rapport, lequel porterait notamment sur sa capacité à reprendre son travail en janvier prochain.

Selon le rapport de la gestionnaire du 14 décembre 2007 faisant suite à la visite de l'assurée dans les locaux de l'assureur-accidents, le 10 décembre 2007, l'activité d'agente municipale impliquait également d'assurer la sécurité lors des manifestations en ville. L'assurée avait pris contact avec Monsieur M\_\_\_\_\_, son lieutenant et avec Monsieur N\_\_\_\_\_, responsable des assurances-accidents de la ville (ci-après : le responsable des assurances), pour exercer un emploi assis pendant plusieurs mois avant de pouvoir reprendre son activité actuelle si son état de santé le permettait, mais cette tentative s'était révélée infructueuse. Sa requête d'exercer l'activité de guichet du poste de police municipale, qui lui paraissait adaptée à son état de santé et pouvait être exercée à 100%, avait été refusée. Le responsable des assurances l'avait convoquée auprès du médecin-conseil de la ville pour un bilan médical et une évaluation des perspectives de reprise de travail, puis l'avait informée qu'il n'y avait aucun poste de travail vacant qui pouvait lui être proposé dans son état de santé actuel. Au cas où ce dernier ne devait pas lui permettre de reprendre son activité à temps complet, l'assurée prendrait des mesures sans tarder pour une nouvelle formation et une recherche d'emploi active, si possible à la ville ou auprès d'une quelconque autre société.

D'après le rapport de la gestionnaire du 25 février 2008 faisant suite à la réunion du 10 décembre 2007, en présence notamment du Dr G\_\_\_\_\_ et du responsable santé de la ville (ci-après : le responsable santé), ce dernier avait longuement discuté du cas de l'assurée avec le chef de service des RH, mais aucun poste de travail adapté à l'état de santé de l'assurée n'était libre. Une reprise à but thérapeutique avait été proposée afin de trouver une solution favorable à un reclassement, mais cette démarche n'avait rencontré aucun succès bien que la proposition ait été considérée comme intéressante. La ville avait un budget strict à disposition impliquant que toute dépense devait être validée par l'organe politique supérieur, de sorte qu'il était très difficile de déplacer le personnel d'un service à l'autre ou de créer un nouveau poste de travail. En effet, ces démarches impliquaient un gros travail administratif de la part des RH avant l'aval des politiciens et pouvaient prendre souvent plusieurs mois avec des chances de succès très limitées. Avant l'extinction du droit au salaire le 30 juin 2008, la demanderesse serait à nouveau examinée par le Dr G\_\_\_\_\_ et, sur la base de ses conclusions, il serait décidé si elle serait libérée de tout engagement auprès de la ville à la date butoir.

En vertu du rapport du gestionnaire du 29 avril 2008 faisant suite à la réunion du 22 avril 2008, en présence notamment du responsable santé, du responsable RH et du chef de service de la sécurité, ce dernier avait expliqué qu'aucune mesure de reclassement professionnel ne serait pratiquée par la ville. Des nouveaux postes de travail allaient être créés et pourraient être proposés à cette agente municipale. En outre, soixante postes allaient être créés en qualité de gardiens de musée (présence et surveillance du musée, nettoyage, montage, démontage) et de concierges.

L'assurée allait être convoquée prochainement par les RH afin de lui proposer ces postes. Au cas où elle refuserait cette proposition, elle serait libérée par la ville à fin juin 2008.

Le 14 mai 2008, sur demande de la CAP du 8 mai 2008 qui l'informait être saisie d'une demande de prestation d'invalidité, l'assureur-accidents lui a transmis son dossier.

Selon le rapport du gestionnaire du 24 juin 2008 faisant suite à la réunion du même jour, en présence notamment du chargé des RH et du responsable des RH, ceux-ci avaient proposé à l'assurée une place de travail en qualité de gardienne de musée. Le médecin de l'assurée avait refusé d'attester une reprise du travail dès lors que cette activité n'était pas adaptée à son état de santé. Par conséquent, son droit au salaire prenait fin au 30 juin 2008 et les indemnités journalières devaient être versées directement à l'assurée.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2008, le responsable des assurances a demandé à l'assureur-accidents de verser directement à l'assurée les indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Dans un nouveau rapport d'expertise du 4 août 2008 faisant suite à l'examen médical du 2 juillet 2008, la Dresse F\_\_\_\_\_ a confirmé pour l'essentiel ses diagnostics précédents. Au vu des plaintes de la patiente, il n'y avait pas de possibilité d'une reprise de l'activité d'agente municipale. Elle avait commencé une reconversion professionnelle organisée par l'AI sous forme de cours de comptabilité. Le pronostic concernant l'avenir était une reconversion professionnelle dans un poste adapté permettant une capacité de gain complète. L'assurée était incapable à 100% d'exercer la profession d'agente municipale qui nécessitait une marche prolongée. Elle pourrait effectuer une activité de bureau à 100% avec mesures de réadaptation et de formation professionnelle, notamment comptabilité.

Par décision du 4 avril 2009, l'assureur-accidents a alloué à l'assurée une rente d'invalidité transitoire de 34% dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 calculée en comparant le revenu sans invalidité en 2009 de CHF 76'873.- avec le revenu d'invalidé basé sur les ESS de CHF 51'082.- en 2007, soit une rente mensuelle de CHF 1'528.-. Il a transmis une copie de cette décision à la CAP, le 28 avril 2009. L'assurée n'ayant pas recouru contre cette décision, celle-ci est entrée en force.

Selon les courriers des 8 septembre 2009 et 4 juin 2010, l'assureur-accidents a suspendu le versement de la rente d'invalidité transitoire du 20 juillet au 12 décembre 2009, au vu de l'octroi par l'OAI d'indemnités journalières durant cette période.

Par décision du 29 janvier 2015, l'assureur-accidents a mis fin, le 31 août 2013, au versement de la rente transitoire dès lors que l'OAI n'avait mis en œuvre aucune mesure professionnelle et, par décision du 20 août 2013, avait retenu un taux d'invalidité n'entraînant pas le versement d'une rente de l'AI. Le calcul du taux

---

d'invalidité demeurant identique à celui établi dans la décision du 4 avril 2009, l'assurée avait droit à une rente d'invalidité selon la LAA de 34% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, soit une rente mensuelle de CHF 1'610.-. Faute de recours, cette décision est entrée en force.

38. Le 10 avril 2015, la chambre de céans a accordé un délai aux parties pour consulter les pièces de dossier de l'assureur-accidents, faire part de leurs remarques et joindre toutes pièces utiles.
39. Dans son écriture du 27 mai 2015, la défenderesse a indiqué que si par impossible, elle devait être tenue de verser des prestations d'invalidité à la demanderesse, il y aurait lieu de constater l'existence d'une surindemnisation au vu de la rente d'invalidité versée par l'assureur-accidents, soit une rente mensuelle transitoire de CHF 1'528.- dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, puis une rente mensuelle définitive de CHF 1'610.- dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, et du revenu réalisable avec invalidité de CHF 45'942.- en 2007, réactualisé jusqu'en 2015. Par conséquent, le montant annuel de la surindemnisation s'élevait à CHF 7'891.90 en 2009, CHF 10'204.35 en 2010, CHF 10'109.60 en 2011, CHF 8'111.40 en 2012, CHF 8'491.65 en 2013, CHF 9'078.85 en 2014 et CHF 9'079.40 en 2015. En effet, la législation en prévoyance professionnelle donnait la possibilité à l'institution de prévoyance de réduire les prestations d'invalidité lorsqu'ajoutées à d'autres revenus à prendre en compte, celles-ci dépassaient le 90% du gain annuel dont on pouvait présumer que l'intéressé était privé. Or, ses statuts prévoient une telle réduction et précisent que les revenus à prendre en compte comportent notamment les rentes et le revenu de remplacement que l'assuré pourrait encore raisonnablement réaliser. Selon la jurisprudence par analogie, le droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle naissait au même moment que dans l'assurance-accidents, soit en l'occurrence le 1<sup>er</sup> avril 2009. Toujours d'après la jurisprudence, le salaire brut touché au moment de la reconnaissance de l'invalidité était le salaire de référence pour le calcul de surindemnisation, soit CHF 69'769.- en avril 2009, et l'institution de prévoyance pouvait présumer que le revenu d'invalidité fixé par l'OAI correspondait au revenu que l'assuré pouvait raisonnablement réaliser. Toutefois, dans le cadre du calcul de surindemnisation, ce revenu hypothétique devait prendre en compte l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, notamment les chances effectives de trouver sur le marché du travail effectif un poste de travail adapté. Dans le cas de la demanderesse, l'assurance-invalidité avait retenu un revenu réalisable de CHF 45'942.- qui correspondait au gain hypothétique du calcul de surindemnisation. La défenderesse avait réactualisé ce revenu selon les mêmes règles que celles appliquées par l'OAI. Elle a confirmé ses conclusions principales et modifié ses conclusions subsidiaires. Elle a conclu, subsidiairement, à ce qu'il soit constaté l'existence d'une surindemnisation et qu'elle soit autorisée à ne verser que le montant dû après réduction de ses prestations dans la mesure de la surindemnisation, à savoir CHF 590.55 pour 2009, CHF 1'784.85 pour 2010,

---

CHF 1'879.60 pour 2011, CHF 3'877.80 pour 2012, CHF 3'497.55 pour 2013, CHF 2'910.35 pour 2014 et CHF 2'909.80 pour 2015.

La défenderesse a produit le calcul de surindemnisation pour chacune des années 2009 à 2015.

40. Dans son écriture du 29 mai 2014, la demanderesse a précisé qu'elle n'avait pas d'observations à formuler et qu'elle confirmait ses précédentes conclusions.
41. Le 2 septembre 2015, la chambre de céans a demandé à la défenderesse de se déterminer précisément sur les prestations dues à la demanderesse au cas où celle-ci devrait être considérée comme totalement invalide au sens des statuts du 1<sup>er</sup> janvier 1999.
42. Dans son écriture du 30 septembre 2015, la défenderesse a rappelé que selon les statuts du 1<sup>er</sup> janvier 1999, l'invalidité était soumise à un constat médical préalable suivi d'une décision du comité de la CAP et que le droit à la rente naissait au plus tôt à l'échéance du droit au versement du salaire en cas d'incapacité de travail. Elle a toutefois contesté que lesdits statuts soient applicables au motif que la demanderesse avait perçu son salaire jusqu'au 30 juin 2008, que selon l'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 24 octobre 2007, l'état médical n'était pas encore stabilisé et qu'il n'y avait eu aucune demande de prestations avant le 10 avril 2008. Par conséquent, seuls étaient applicables les statuts du 1<sup>er</sup> janvier 2008 puisque la demande de prestations d'invalidité avait été formulée pour la première fois par l'employeur le 10 avril 2008, dès la stabilisation de l'état de santé de la demanderesse, que le droit naissait à la date d'introduction de la demande pour les cas où le degré d'invalidité était inférieur au minimum requis par l'assurance-invalidité et que selon les divers assureurs sociaux, il n'y avait pas d'invalidité avant le 1<sup>er</sup> avril 2009. Si, par impossible, la chambre de céans devait reconnaître à la demanderesse le droit à une prestation d'invalidité, celle-ci devait être fixée à 34% et prendre en compte la surindemnisation ressortant des calculs joints. Elle a rappelé que les éventuels arrérages de rente étaient prescrits jusqu'en août 2009 en tout cas. La défenderesse a confirmé ses conclusions principales et, subsidiairement, a conclu à ce qu'il lui soit donné acte de ce que le montant de la rente d'invalidité réglementaire mensuelle s'élevait à CHF 996.10 dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, puis à CHF 999.10 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, qu'il soit constaté l'existence d'une surindemnisation, qu'il lui soit donné acte de ce que le montant annuel dû après réduction pour cause de surindemnisation était de CHF 1'073.- pour 2009, CHF 1'784.85 pour 2010, CHF 1'879.60 pour 2011, CHF 3'877.80 pour 2012, CHF 3'497.55 pour 2013, CHF 2'910.35 pour 2014 et CHF 2'909.80 pour 2015.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2015, la chambre de céans a communiqué cette écriture ainsi que ses annexes à la demanderesse et lui a accordé un délai pour faire part de ses observations.

43. Cette dernière ne s'étant pas déterminée, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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 LPP; art. 142 du Code civil [CC – RS 210]).

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

2. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006; RO 2004 1700), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Elle est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'incapacité de travail dès le 4 juillet 2006, se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

A défaut de disposition de la LPP le prévoyant, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle (art. 2 LPGA) en dehors des cas visés par l'art. 34a LPP (et le renvoi des art. 18 let. c et 23 let. c LPP à l'art. 8 al. 2 LPGA) qui ne concernent pas le présent litige (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 128/05 du 25 juillet 2006 consid. 1).

3. Dans le cadre de contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, la compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie. Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige : il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (ATF 128 V 254 consid. 2a, ATF 127 V 35 consid. 3b et les références). En ce qui concerne, en particulier, la notion d'institution de prévoyance au sens de l'art. 73 al. 1 LPP, elle n'est pas différente de celle définie à l'art. 48 LPP. Il s'agit des institutions de prévoyance enregistrées qui participent au régime de l'assurance obligatoire (art. 48 al. 1 LPP), avec la possibilité d'étendre la prévoyance au-delà des prestations minimales (institutions de prévoyance dites « enveloppantes »; art. 49 al. 2 LPP). Ces institutions doivent revêtir la forme d'une fondation ou d'une société

---

coopérative, ou être une institution de droit public (art. 48 al. 2 LPP et art. 331 al. 1 CO; ATF 128 V 254 consid. 2a).

Savoir si le point litigieux est ou non l'objet d'une réglementation expresse de la LPP ou de ses dispositions d'exécution n'est toutefois pas déterminant, en ce qui concerne la recevabilité de l'action devant le tribunal cantonal ou du recours subséquent devant le Tribunal fédéral des assurances. Au contraire, les tribunaux institués par l'art. 73 LPP sont appelés à connaître aussi des litiges qui opposent une institution de prévoyance à un employeur ou à un ayant droit, même s'ils n'appellent l'application d'aucune disposition du droit public fédéral, quant au fond, et qui doivent être tranchés exclusivement au regard du droit privé, du droit public cantonal ou du droit public communal (ATF 117 V 50 consid. 1).

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

En l'espèce, la demanderesse réclame le versement d'une rente pour invalidité de fonction. La contestation porte dès lors 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. Par ailleurs, tant le siège de la défenderesse que le lieu de l'exploitation dans laquelle la demanderesse a été engagée se trouvent à Genève. La compétence « rationae materiae et loci » de la chambre de céans est ainsi établie.

4. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19). L'action déposée par la demanderesse est dès lors recevable.
5. a) Alors que dans le contentieux administratif traditionnel soit l'administration soit l'institution de droit public ou privé chargée d'exécuter la législation en la matière rend une décision pour régler un rapport de droit avec un administré ou un assuré qui peut ensuite faire l'objet d'une opposition et/ou d'un recours, la voie de l'action n'est imposée par le droit fédéral que dans le domaine de la prévoyance professionnelle (cf. ATF 112 Ia 180 consid. 2a; voir aussi ATF 129 V 450 consid. 2 et les références). L'art. 73 LPP se limite à fixer des règles-cadres de procédure. Celle-ci doit être simple, rapide et, en principe, gratuite. Lorsque le litige porte sur une contestation opposant ayant-droit et institution de prévoyance, l'action est ouverte à l'initiative du premier nommé par une écriture qui doit désigner les personnes recherchées, contenir des conclusions ainsi qu'une motivation; c'est elle qui déclenche l'ouverture de la procédure et détermine l'objet du litige et les parties en cause (maxime de disposition; ATF 129 V 450 consid. 3.2, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 59/03 du 30 décembre 2003 consid. 4.1). L'objet du litige est donc déterminé par l'action introduite par une partie et cas échéant par l'action reconventionnelle de la ou des parties défenderesses (ATF 141 V 170 consid. 3;

---

ATF 135 V 23 consid. 3.1; ATF 129 V 452 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 91/05 du 17 janvier 2007 consid. 2.1).

b) Dans les limites de l'objet du litige tel qu'il a été déterminé par les conclusions de la demande et les faits invoqués à l'appui de celle-ci, le juge de première instance n'est toutefois pas lié par les prétentions des parties; il peut ainsi adjuger plus ou moins que demandé à condition de respecter leur droit d'être entendues (ATF 139 V 176 consid. 5.1; ATF 135 V 23 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral 4A\_487/2007 du 19 juin 2009 consid. 7.1). Par conséquent, la chambre de céans n'est pas liée par les motifs que les parties invoquent et applique le droit d'office (art. 69 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Ainsi, elle peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé. Elle doit préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours (art. 89E LPA-GE; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_238/2014 du 22 août 2014 consid. 4.3 non publié à l'ATF 140 V 399).

c) En l'espèce, selon les conclusions de la demande et les conclusions reconventionnelles subsidiaires de la défenderesse, le litige porte sur le droit éventuel de la demanderesse à une rente d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle plus étendue, en particulier une rente pour invalidité de fonction de 35% sous réserve d'une surindemnisation. Toutefois, en vertu des art. 69 al. 1 et 89E LPA-GE, dans la limite de l'objet du litige, la chambre de céans n'est pas liée par les conclusions des parties et applique le droit d'office.

6. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPP, les institutions de prévoyance peuvent adopter - dans les limites de la loi - le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent. D'après l'art. 49 al. 2 LPP, lorsque l'institution étend la prévoyance au-delà des prestations minimales, seules certaines dispositions s'appliquent à la prévoyance plus étendue, en particulier celles qui ont trait au contentieux (art. 73 et 74) et à l'information des assurés (art. 86b). Cela ne signifie toutefois pas qu'elle ne doit tenir compte que des dispositions de la LPP expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 87/04 du 21 décembre 2005 consid. 5.5.1).

Dans le cadre de l'accomplissement de ses tâches en matière de prévoyance obligatoire et surobligatoire, l'institution de prévoyance demeure cependant tenue de se conformer aux principes généraux de procédure applicables dans le droit des assurances sociales et aux exigences constitutionnelles, telles que l'égalité de traitement, l'interdiction de l'arbitraire, la proportionnalité ou encore la protection de la bonne foi (ATF 132 V 149 et 278 consid. 3.1; ATF 130 V 369 consid. 6.4; ATF 115 V 103 consid. 4b).

7. a) Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance

---

au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

b) En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux art. 23 ss LPP.

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.

L'art. 24 al. 1 LPP précise que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins.

En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). L'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions statutaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier (al. 2).

D'après l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

c) La prévoyance professionnelle assure les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité. L'incapacité de travail en tant que telle ne constitue en revanche pas un risque assuré par la prévoyance professionnelle. La survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, n'est déterminante selon l'art. 23 LPP que pour la question de la durée temporelle de la couverture d'assurance (ATF 138 V 227 consid. 5.1). 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 (ATF 136 V 65 consid. 3.1; ATF 123 V 262 consid. 1a). L'obligation de prester en tant que telle ne prend naissance qu'avec et à partir de la survenance de l'invalidité et non pas déjà avec celle de l'incapacité de travail. Cette incapacité ne correspond donc pas au cas de prévoyance, qui ne se produit qu'au moment de la survenance effective de l'événement assuré, en cas de décès ou d'invalidité. 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). La survenance du cas de prévoyance invalidité coïncide dès lors du point de vue temporel avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité (art. 26 al. 1

---

LPP; ATF 134 V 28 consid. 3.4.2 et ATF 135 V 13 consid. 2.6). Ce droit prend naissance au même moment que le droit à une rente de l'assurance-invalidité pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ATF 123 V 269 consid. 2a), et pour la prévoyance plus étendue lorsque la notion d'invalidité définie par le règlement correspond à celle de l'assurance-invalidité (ATF 138 V 227 consid. 5.1). A cet égard, le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (TrEx 2002 p. 295; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 19/06 du 31 mai 2007 consid. 3).

Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (ATF 136 V 65 consid. 3.2; ATF 123 V 262 consid. 1b; ATF 120 V 112 consid. 2b.).

8. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 126 V 308 consid. 1). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5; ATF 123 V 269 consid. 2a). Pour que l'institution de prévoyance, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, soit liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, il faut que l'institution de prévoyance ait été valablement intégrée à la procédure (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2; ATF 130 V 270 consid. 3.1; ATF 129 V 73 consid. 4.2). L'institution de prévoyance est touchée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1 consid. 3). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 270 consid. 3.1; ATF 129 V 73 consid. 4.2.2).

Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 39/03 du 9 février 2004 consid. 3.1, résumé dans la RSAS 2004

p. 451). Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision (ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 130 V 270 consid. 3.1).

Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (voir notamment ATF 138 V 409 consid. 3.1; ATF 118 V 35 consid. 2b/aa; ATF 115 V 208 consid. 2c).

9. a) Les statuts de la défenderesse ont connu plusieurs modifications entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2014. A titre préalable, il convient de déterminer quelle version des statuts est applicable.

Selon les principes généraux, on applique, en cas de changement de règles de droit, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions statutaires des institutions de prévoyance (ATF 138 V 176 consid. 7.1; ATF 127 V 309 consid. 3b; ATF 121 V 97 consid. 1a). Leur application ne soulève pas de difficultés en présence d'un événement unique, qui peut être facilement isolé dans le temps (ATF 126 V 163 consid. 4b et la référence). En présence d'un état de choses durable, non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle générale applicable, sauf disposition transitoire contraire (rétroactivité impropre). Il n'y a pas, dans ce cas, de rétroactivité proprement dite, en principe inadmissible (ATF 121 V 97 consid. 1a).

En cas de prestation d'invalidité, l'état de fait dont découle le droit aux prestations n'est pas le début de l'incapacité de travail, considéré comme un événement isolé dans le temps, mais l'incapacité de travail comme telle, qui est un état de fait durable. La situation juridique qui donne lieu à une rente d'invalidité n'est donc pas ponctuelle. Elle perdure jusqu'au moment de la naissance du droit aux prestations. En cas de modification statutaire durant cette période et conformément aux principes susmentionnés, ce sont les nouvelles règles qui sont applicables, sauf disposition contraire. Les anciennes règles n'attachent aucune conséquence juridique particulière à la date de la survenance de l'incapacité de travail, tant et aussi longtemps que cette incapacité ne fonde pas un droit à des prestations d'invalidité (ATF 121 V 97 consid. 1c).

b) En l'espèce, la demanderesse a été victime d'un accident le 4 juillet 2006, qui a entraîné une incapacité de travail d'au moins 50% dans l'activité d'agente municipale dès cette date. Le 10 avril 2008, l'employeur a déposé formellement une demande de mise à l'invalidité auprès de la défenderesse. Pour sa part, le

---

10 septembre 2007, la demanderesse a présenté une demande de prestations de l'AI et, par décision du 20 août 2013, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 35% dès le mois de mai 2007. La demanderesse ne conteste pas qu'elle n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité, ni à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire. En revanche, elle réclame l'octroi d'une pension de la prévoyance professionnelle plus étendue qui est versée dès que le degré d'invalidité est d'au moins 25%.

c) Les statuts en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 31 décembre 2007 (ci-après : statuts 1999) ne précisent pas à partir de quand une telle prestation est versée. Ceux en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2013 (ci-après : statuts 2008) prévoient à leur art. 37 que le droit à la pension naît en même temps que le droit à la rente de l'AI lorsque l'assuré a droit à une telle rente (al. 1) et à la date d'introduction de la demande de pension lorsque l'assuré n'a pas droit à une rente de l'AI ou à une rente entière de celle-ci mais que son degré d'invalidité est d'au moins 25%. Le droit à la pension en cas de changement de fonction moins rémunérée naît à la date du changement de fonction (al. 2). Les statuts 2008 disposent que dès leur entrée en vigueur, ils abrogent et remplacent ceux entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999 (art. 84 al. 1) ainsi que les modifications des art. 37 al. 3 et 39 al. 3 adoptés en 2003. Ils ne modifient pas les pensions ouvertes ou le droit à une pension né avant la date de leur entrée en vigueur, sous réserve de l'art. 57 relatif à la surassurance et de l'art. 61 relatif à l'adaptation des pensions à l'évolution des prix (art. 95).

d) Selon l'art. 26 al. 1 LPP, le droit aux prestations d'invalidité dans le domaine de la prévoyance obligatoire naît en règle ordinaire, à l'échéance de la période de carence d'une année selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI.

Etant donné que les statuts 1999 de la défenderesse sont muets quant au début du droit à la rente, il y a lieu d'appliquer en principe l'art. 26 al. 1 LPP. En vertu de l'art 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

D'après la jurisprudence valable avant l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 140 V 470 consid. 3.2 et 3.3), il y a lieu d'interpréter l'art. 26 al. 1 LPP en ce sens que le renvoi aux « dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (art. 29 LAI) » applicables par analogie pour fixer la naissance du droit à la rente de la prévoyance professionnelle vise uniquement l'art. 29 LAI, à l'exclusion de l'art. 48 al. 2 LAI (ATF 132 V 159 consid. 4.4.2).

En l'espèce, ainsi que le relève à juste titre la défenderesse, dans sa décision du 20 août 2013, l'OAI n'a pas fixé la date de début de l'invalidité en vertu de l'art. 29 LAI puisqu'elle a refusé le droit à une rente au vu du degré d'invalidité de 35%. En l'occurrence, selon les divers rapports médicaux au dossier, la demanderesse a été reconnue incapable de travailler au moins à 50% sans discontinuer dès le 4 juillet

---

2006 et elle a déposé une demande de prestations AI le 10 septembre 2007. Dans un tel cas, même si la nouvelle teneur de l'art. 29 al. 1 LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire : application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Par conséquent, au vu de l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le début de l'invalidité donnant droit à une rente de la prévoyance professionnelle doit être fixé au 4 juillet 2007.

e) Contrairement à ce qu'allègue la défenderesse, le moment de la naissance du droit aux prestations ne doit pas être fixé au 1<sup>er</sup> avril 2009, en même temps que le début de la rente accordée par l'assureur-accidents. En effet, dans le cas d'un accident donnant droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, le Tribunal fédéral a précisé que le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle est né en même temps que son droit à la rente de l'AI, soit à l'échéance de la période de carence d'une année prévue à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, applicable en vertu du renvoi de l'art. 26 al. 1 LPP (ATF 123 V 271 consid. 2a in fine). C'est donc à cette date que se situe la naissance du droit à cette prestation et non pas à celle du début du droit à la rente d'invalidité accordée par l'assureur-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/99 du 4 août 2000 consid. 3c).

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la défenderesse, les statuts 1999 ne font nullement concorder le début du droit à la pension avec la date du dépôt de la demande de pension puisqu'ils sont muets sur cette question. En outre, ils ne contiennent aucune disposition sur la forme que doit revêtir l'exercice du droit aux prestations et si l'art. 29 al. 1 LPGA règle cette question, il n'est toutefois pas applicable dans le domaine de la prévoyance professionnelle (cf. consid. 2). Dès lors, il y a lieu de relever que même si la demande de prestation d'invalidité a été déposée formellement par l'employeur le 10 avril 2008, en réalité celui-ci a saisi le médecin-conseil déjà le 24 septembre 2007. Or, bien que lors de la réunion du 10 décembre 2007 en présence notamment du Dr G\_\_\_\_\_ et du responsable santé, il avait été constaté qu'aucun poste de travail adapté à l'état de santé de la demanderesse n'était disponible, il avait été décidé qu'elle serait réexaminée par le médecin-conseil juste avant l'échéance du droit au salaire afin de décider si elle serait libérée de tout engagement auprès de la ville, à savoir pour de pures raisons administratives. Le fait que l'état de santé n'aurait pas été stabilisé au 31 décembre 2007 n'est pas établi puisqu'aucun rapport médical ne détermine précisément à partir de quelle date l'état de santé doit être considéré comme stabilisé. Au

---

demeurant, contrairement au droit de l'assurance-accidents, la stabilisation de l'état de santé n'a pas d'incidence sur le début du droit à la rente d'invalidité en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 puisque celui-ci exige uniquement l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année sans interruption notable. Or, dès lors qu'il n'y a eu aucune augmentation durable de la capacité de travail de la demanderesse dans son activité habituelle depuis l'accident, force est de constater que cette condition est réalisée depuis le 4 juillet 2007.

f) En définitive, étant donné que la demanderesse était incapable d'exercer sa fonction depuis le 4 juillet 2006, le droit aux prestations d'invalidité a débuté à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 4 juillet 2007. Par conséquent, le droit aux prestations est régi par les statuts 1999. En revanche, s'agissant de la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316, consid. 3b).

10. Selon les statuts 1999, est considéré comme invalide l'assuré qui, par suite d'atteinte à sa santé physique ou mentale, devient de manière durable, totalement ou partiellement incapable de remplir sa fonction ou est contraint d'occuper une autre fonction dont l'exercice peut raisonnablement être exigé de lui et pour laquelle il est moins rémunéré (art. 41).

En vertu de l'art. 42, le Comité de gestion de la Caisse constate l'invalidité et en fixe le degré sur la base de rapports médicaux concordants, émanant du médecin traitant de l'intéressé et du médecin-conseil de la Caisse (al. 1). L'invalidité n'est prise en considération que si son degré est de 25% au moins. Est toutefois réservée l'invalidité fonctionnelle relative à l'occupation d'un emploi moins bien rémunéré; elle se mesure selon la diminution du traitement assuré qu'elle implique (al. 2). La pension d'invalidité est calculée conformément aux dispositions de l'art. 34, en fonction du dernier traitement assuré, du taux moyen d'activité, du degré d'invalidité et du nombre d'années d'assurance que l'intéressé aurait pu accomplir jusqu'à 62 ans s'il était resté assuré jusqu'à cet âge (art. 44). La pension d'invalidité n'est pas versée tant que l'intéressé reçoit de son administration, en vertu des dispositions du statut ou du règlement du personnel, un traitement ou des indemnités pour incapacité de travail d'un montant supérieur à celui de la pension (art. 46). Aussi longtemps que l'invalide complet ne reçoit pas de rente AI, mais au plus tard jusqu'à l'âge normal de la retraite AVS, la Caisse lui verse une pension supplémentaire d'invalidité non réversible dont le montant est égal à la rente simple complète minimale de l'AI (art. 47).

Selon l'art. 48, l'assuré est tenu de présenter une demande de prestations à l'AI dès qu'il satisfait aux conditions d'obtention de ces dernières (al. 1). Il doit en outre informer immédiatement la Caisse de la décision de l'AI le concernant et, le cas échéant, lui rembourser les montants qu'il a reçus au titre de pension supplémentaire d'invalidité depuis la reconnaissance de son cas par l'AI (al. 3).

Toutes les pensions de la Caisse sont complétées par une pension d'indexation adaptée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, selon l'évolution de l'indice genevois des prix à la consommation, sous réserve des dispositions de l'art. 96 (al. 4).

D'après l'art. 65, l'assurance auprès de la Caisse cesse le jour où prennent fin les rapports de service (al. 1). Si, durant le mois qui suit la fin des rapports de service, l'assuré n'est pas lié à un nouvel employeur par un contrat de travail, et s'il décède ou est atteint d'une incapacité de travail qui provoque ultérieurement son décès, ou sa mise au bénéfice de la rente d'invalidité par l'assurance-invalidité fédérale, les prestations servies par la Caisse sont celles qui étaient assurées le jour où les rapports de service ont pris fin (al. 2).

En vertu de l'art. 68, si le montant total constitué par les pensions de la Caisse, augmenté des rentes versées par les tiers mentionnés ci-dessous ou éventuellement du salaire réalisé par le bénéficiaire d'une rente d'invalidité totale ou partielle, excède le 90% du traitement brut indexé, allocations familiales comprises, les pensions de la Caisse sont réduites à due concurrence (al. 1). Les rentes de tiers prises en compte sont celles versées par : l'assurance vieillesse et survivants et l'assurance invalidité fédérale; l'assurance couvrant le risque accident en application de la loi fédérale sur l'assurance-accidents; l'assurance militaire fédérale (al. 2). Les pensions sont annuelles et payées par mensualité dès le mois qui suit celui où l'événement assuré s'est produit (art. 71 al. 1).

11. Il convient en premier lieu de déterminer si la défenderesse applique la même notion de l'invalidité que l'AI ou s'il s'agit d'une notion qui lui est propre.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

Les statuts 1999 reconnaissent le droit à une pension d'invalidité à l'assuré qui n'est plus capable partiellement ou totalement d'exercer sa fonction ou est contraint d'occuper une autre fonction raisonnablement exigible pour laquelle il est moins rémunéré (art. 41) pour autant que le degré d'invalidité soit d'au moins 25% (art. 42 al. 2).

Tout d'abord, il convient de relever que contrairement à la notion d'invalidité de l'AI, les statuts 1999 ne font pas référence à des mesures de réadaptation exigibles. De plus, ils prévoient l'allocation d'une rente déjà à partir d'un degré d'invalidité de 25%. En outre, dans plusieurs cas similaires où l'invalidité était également définie statutairement par rapport à l'incapacité d'exercer sa fonction ou toute autre fonction raisonnablement exigible, le Tribunal fédéral a jugé que l'invalidité consiste en l'incapacité d'exercer son activité habituelle (invalidité dite

---

« professionnelle ») ou d'exercer une fonction au sein de l'entreprise. Par conséquent, la notion d'invalidité selon les statuts 1999 est incontestablement plus large que celle résultant de l'art. 8 LPGa, respectivement de la LAI, dans la mesure où ils assimilent l'invalidité à l'atteinte à la santé et non pas à l'incapacité de gain et retiennent une invalidité de fonction (ou d'une fonction de substitution) qui n'exige pas la prise en considération d'une activité raisonnablement exigible sur l'ensemble du marché du travail pertinent pour l'intéressé (ATF 115 V 215 consid. 4b; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_572/2014 du 24 décembre 2014 consid. 3.2.1, 9C\_833/2013 du 18 mars 2014 consid. 5.3 et 9C\_388/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2, non publié in ATF 136 V 225).

Toutefois, dans le cadre d'un autre litige concernant les mêmes statuts de la défenderesse, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que si la notion d'invalidité définie par l'art. 41 des statuts 1999 ne se recoupe pas avec celle de l'assurance-invalidité, puisqu'elle se réfère à l'incapacité professionnelle de l'assuré dans la fonction qu'il exerçait, l'invalidité déterminante une fois terminés les rapports de service correspond en revanche à la notion d'invalidité de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, l'institution de prévoyance est donc en principe liée par l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (arrêt B 123/04 du 13 octobre 2005 consid. 3.1).

Quoi qu'il en soit, l'OAI n'ayant en l'occurrence pas notifié sa décision à la défenderesse, cette dernière n'a pas d'effet contraignant pour évaluer l'invalidité de la demanderesse.

12. a) La défenderesse refuse toute pension d'invalidité au motif que lors de la première demande de prestations en 2008, la demanderesse était totalement apte à exercer une autre fonction adaptée, au vu du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ établi le 3 juin 2008 et du formulaire de décision de mise à l'invalidité signé par le Dr C\_\_\_\_\_ en date du 9 juin 2008.

Après avoir soutenu dans un premier temps que la demanderesse ne pouvait pas remettre en question sa « décision » de 2008 au motif qu'elle était entrée en force, elle a admis, dans un deuxième temps et à juste titre, qu'elle n'avait pas rendu une décision administrative en 2008. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner si la « décision » du 20 juin 2008 est valable en tant qu'elle ne mentionne pas de voies de droit et qu'elle est signée par la « section pensionnés-assurés ».

b) Ainsi que Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de le préciser, s'agissant des statuts d'autres caisses publiques genevoises dont la notion de l'invalidité est similaire à celle de la défenderesse, est reconnue comme invalide toute personne qui n'est plus en mesure de remplir sa fonction ou toute autre fonction pouvant raisonnable être exigée d'elle en raison d'une atteinte durable à la santé physique ou mentale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 146/06 du 3 décembre 2007), ou encore est définie comme invalidité une atteinte durable à la santé physique ou mentale du salarié entraînant une incapacité partielle ou totale de

---

remplir sa fonction ou toute autre fonction analogue au service de l'Etat ou d'une institution externe (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_388/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.2). Il a ajouté qu'à la différence de l'art. 8 LPG, le texte statutaire assimile l'invalidité à l'atteinte à la santé et non pas à l'incapacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2013 du 18 mars 2014 consid. 5.3). De plus, selon la doctrine, l'incapacité de fonction ou « professionnelle est ordinairement définie comme l'incapacité d'exercer l'activité professionnelle habituelle; en d'autres termes il s'agit de l'incapacité d'exercer l'emploi pour lequel on a été engagé ou nommé » (Bernard VIRET, L'invalidité dans la prévoyance professionnelle selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances in RSA 1997 p. 104 ch. 5).

En définitive, au vu des statuts 1999 de la défenderesse, il y a invalidité si l'atteinte à la santé affecte la santé physique ou mentale de l'assuré, si elle peut être qualifiée de durable et si elle génère une incapacité partielle ou totale à remplir la fonction exercée précédemment ou toute autre fonction raisonnablement exigible pour laquelle il est moins rémunéré. L'assuré souffrant d'une atteinte durable à la santé qui cause chez lui une incapacité à remplir son travail habituel à raison d'au moins 25% doit donc être qualifié d'invalidé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2013, op. cit., consid. 5.3).

c) S'agissant de la nouvelle demande de 2013 faisant suite à la décision de l'OAI du 20 août 2013 qui fixe un degré d'invalidité de 35% dès le mois de mai 2007, la défenderesse se prévaut des statuts 2008 pour ne pas entrer en matière, au motif que la demanderesse n'était plus salariée de la ville lors du dépôt de la nouvelle demande. Elle soutient que la décision de l'OAI du 20 août 2013 n'a pas d'effet contraignant à son égard dans la mesure où elle a été rendue après une instruction sommaire et qu'elle ne fixe pas la date de début de l'invalidité.

En l'espèce, la défenderesse ne saurait se prévaloir des statuts 2008 pour refuser d'entrer en matière sur la demande de rente. En effet, ainsi que la chambre de céans l'a tranché ci-dessus (cf. considérant 9), les statuts déterminants de 1999 ne font pas référence à un « salarié assuré », mais uniquement à un assuré. Par conséquent, pour autant que l'interprétation que donne la défenderesse à la notion de « salarié assuré » soit correcte (cf. à ce sujet l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2013 du 18 mars 2014 consid. 5.3), elle n'est pas relevante s'agissant des statuts 1999. Partant, c'est à tort qu'elle n'est pas entrée en matière sur la demande de prestations.

d) S'agissant de la demande de 2008, la défenderesse précise dans son courrier du 20 juin 2008, par lequel elle communique sa position à la demanderesse, qu'elle reste dans l'attente d'instructions de la part de l'employeur quant à la suite à donner à sa situation d'assurance. Or, le 14 mai 2008, la défenderesse a pris connaissance du dossier de l'assureur-accidents contenant divers rapports résumant les entretiens intervenus entre celui-ci et l'employeur, desquels il ressort que l'employeur n'envisageait pas de mettre en place des mesures de reclassement professionnel, qu'il n'avait aucune possibilité de proposer à la demanderesse un poste existant et

que des nouveaux postes allaient être créés en tant que gardien de musée et nettoyeur. De plus, dans son courrier du 3 juin 2008 adressé à la CAP, le Dr G\_\_\_\_\_ a précisé qu'au sein de la ville, cette assurée n'avait jamais pu trouver un poste adapté à son handicap au motif qu'aucun autre poste que celui pour lequel elle avait été engagée n'était disponible ou n'était compatible avec sa formation.

Si effectivement les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont unanimement conclu que la demanderesse était en mesure d'exercer à 100% une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir sans marche de plus de deux-cents mètres, station prolongée en position debout, utilisation du pied gauche lors du travail en position assise, port de charges de plus de cinq kilos et avec possibilité de se lever à son gré une fois par heure, leurs conclusions concernent la capacité de gain, à savoir la même notion d'invalidité que celle de l'art. 8 LPGA, qui ne correspond pas à la définition de l'invalidité donnée par les statuts de la défenderesse. Même si ces précisions sont utiles à l'employeur pour qu'il puisse envisager un changement de fonction, en l'occurrence, il n'a pas pu proposer à la demanderesse un autre poste correspondant à ses limitations et à ses aptitudes. Par conséquent, la deuxième éventualité prévue par l'art. 41 des statuts 1999 pour donner droit à une pension d'invalidité, à savoir l'occupation d'une autre fonction pouvant raisonnablement être exigée et qui est moins rémunérée, n'entrait pas en considération.

Dès lors, on ne voit pas en quoi des instructions de la ville étaient nécessaires pour que la défenderesse pût statuer sur la situation d'assurance de la demanderesse. En effet, en vertu de l'art. 41 des statuts 1999, en l'absence d'une possibilité d'emploi dans un autre service de la ville, il appartenait à l'institution de prévoyance de déterminer si la demanderesse était incapable totalement ou partiellement d'exercer sa fonction d'agente municipale. A cet égard, conformément à l'art. 42 desdits statuts, elle constate l'invalidité et en fixe le degré sur la base des rapports médicaux concordants émanant du médecin traitant et du médecin-conseil.

Or, dans le formulaire de demande de mise à l'invalidité du 3 juin 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ conclut qu'une mise à l'invalidité durable de la demanderesse au sens de l'art. 41 des statuts est justifiée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008 pour un degré d'invalidité de 100%, à revoir une fois la nouvelle formation acquise. Pour sa part, dans le même formulaire du 9 juin 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ conclut qu'une mise à l'invalidité durable est justifiée à 100% de façon définitive dès le 9 juin 2008. De même, l'expert mandaté par l'assurance-accidents et le médecin du SMR ont unanimement admis que la demanderesse n'était plus du tout capable de travailler dans le poste d'agente municipale. Par conséquent, il est incompréhensible que la défenderesse n'ait pas suivi les conclusions unanimes du médecin traitant et du médecin-conseil, en violation de ses statuts, et n'ait pas fixé un degré d'invalidité de 100%.

En définitive, il ne fait aucun doute que la demanderesse présente une invalidité totale au sens des statuts 1999. En effet, elle est totalement incapable de remplir sa fonction et il n'existe aucune autre fonction raisonnablement exigible dès lors qu'aucun poste adapté à son handicap n'était disponible à la ville ou n'était

---

compatible avec sa formation au moment où le contrat de travail de la demanderesse a été résilié par l'employeur. De plus, l'incapacité de travail dans la fonction d'agente municipale, qui fonde le droit à la pension d'invalidité, existe depuis l'accident du 4 juillet 2006, de sorte qu'elle est survenue durant la période d'assurance (cf. art. 8 et 65 des statuts). Enfin, l'atteinte à la santé l'a frappée durablement puisqu'aucune période de rémission déterminante (autre que quelques jours à titre de tentative de reprise du travail à 50%) n'a été observée depuis l'accident.

e) Même si des mesures professionnelles ont été prises en charge par l'OAI afin de permettre à la demanderesse de rafraîchir ses connaissances en comptabilité, puis de lui permettre d'obtenir un diplôme de secrétaire-réceptionniste, la défenderesse n'avait pas à attendre la clôture de la procédure en assurance-invalidité pour statuer puisque, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. considérant 11), l'invalidité selon ses statuts consiste en l'incapacité d'exercer l'activité habituelle, soit une invalidité de fonction qui n'exige pas la prise en considération d'une activité raisonnablement exigible sur l'ensemble du marché du travail pertinent pour l'intéressé.

Dans la mesure où les statuts 1999 de la défenderesse définissent l'invalidité comme étant une invalidité de fonction, la caisse ne peut pas refuser d'allouer ses prestations lorsque l'invalidité présentée par un assuré répond à cette notion. Toute autre interprétation divergente serait en effet incompatible avec le principe de l'égalité de traitement auquel doivent se conformer les institutions de prévoyance dans le cadre de l'accomplissement de leurs tâches (ATF 132 V 154 et 279 consid. 3.1; ATF 130 V 376 consid. 6.4 et les références; ATF 115 V 109 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 146/06 du 3 décembre 2007 consid. 7.2.2).

13. La défenderesse se prévaut d'une interruption volontaire par la demanderesse des mesures professionnelles prises en charge par l'OAI pour lui permettre d'acquérir une nouvelle formation qui lui aurait permis de considérablement réduire, voire supprimer complètement la perte de gain.

Cet argument ne lui est d'aucun secours puisque la définition de l'invalidité statutaire assimile l'invalidité à l'atteinte à la santé et non pas à l'incapacité de gain. En outre, la définition de l'invalidité statutaire ne se réfère pas à des mesures de réadaptation exigibles (cf. consid. 10 ci-dessus).

Par ailleurs, la renonciation à se soumettre à des mesures de réadaptation implique que l'assuré se soit opposé sans raison valable à telle mesure ou du moins que son attitude négative en rendait d'emblée illusoire l'organisation. Cela suppose aussi que les possibilités objectives de réadaptation aient été examinées et envisagées concrètement par l'office de l'assurance-invalidité. On ne saurait guère reprocher à un assuré de s'être abstenu de faire valoir un droit purement hypothétique ou virtuel à la réadaptation (ATF 132 V 286 consid. 4.3).

---

Or, en l'occurrence, il ressort du dossier de l'OAI qu'il n'a pas vraiment élucidé les possibilités de réadaptation de la demanderesse, mais s'est borné à une remise à niveau de ses connaissances en comptabilité et à lui prodiguer une formation de secrétaire-réceptionniste. En revanche, il n'a pas examiné concrètement, notamment par un séjour dans un COPAI, si une telle formation entre dans les capacités d'une assurée d'origine somalienne arrivée en Suisse à l'âge de dix-huit ans, écrivant le français avec des fautes d'orthographe et ayant des difficultés dans la correspondance.

Par conséquent, l'argument soulevé par la défenderesse est mal fondé.

14. Il reste à déterminer quand débute le droit de la demanderesse aux prestations pour invalidité totale et à quelles prestations statutaires elle a droit.

a) Aux termes de l'art. 26 al. 2 LPP, l'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions statutaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier. Cette disposition est une norme de coordination dans le temps qui a pour but d'éviter que le paiement du salaire ou l'octroi de prestations de remplacement, grâce auxquels l'employeur est libéré de son obligation de verser le salaire - après la survenance de l'invalidité - ne procurent à l'assuré des ressources plus élevées que lorsqu'il était apte à travailler. Le droit à une rente d'invalidité ne peut toutefois être différé que si les dispositions internes de l'institution de prévoyance le stipulent expressément (ATF 129 V 15 consid. 5b; ATF 123 V 199 consid. 5c/cc; ATF 120 V 61 consid. 2b et les références citées).

Selon l'art. 46 des statuts 1999, la pension d'invalidité n'est pas versée tant que l'intéressé reçoit de son administration un traitement ou des indemnités pour incapacité de travail d'un montant supérieur à celui de la pension.

Toutefois, selon la jurisprudence, les dispositions prévoyant que l'institution de prévoyance peut, sous certaines conditions, différer l'exécution de la prétention ne règlent pas la question de la naissance du droit à une rente d'invalidité au terme d'une période de carence déterminée (ATF 129 V 15 consid. 5 b). Par conséquent, l'art. 46 des statuts n'a pas d'incidence sur le début du droit à la rente, fixé au 4 juillet 2007 comme vu ci-dessus (cf. considérant 9d).

b) La chambre de céans n'est pas liée par les conclusions de la demanderesse et applique le droit d'office dans le cadre de l'objet du litige, à savoir le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle plus étendue (cf. consid. 5). Selon les statuts 1999, la pension d'invalidité comprend également la pension complémentaire pour enfant d'invalidité (art. 45) et la pension supplémentaire d'invalidité pour invalide complet (art. 47). En outre, toutes les pensions de la caisse sont complétées par une pension d'indexation (art. 58). Par conséquent, lors de l'application du droit d'office dans le cadre de l'objet du litige, la chambre de céans doit examiner si la demanderesse a droit aux prestations susmentionnées.

c) Etant donné que la demanderesse a droit à une pension statutaire pour invalidité totale et qu'elle ne perçoit pas de rente AI, l'art. 47 statuts 1999 prévoit dans un tel cas qu'elle a également droit à une pension supplémentaire d'invalidité pour invalide complet jusqu'à l'âge normal de la retraite AVS dont le montant est égal à la rente simple complète minimale de l'AI.

Dès lors, en vertu de l'art. 71 al. 1 des statuts 1999, la demanderesse a droit dès le 1<sup>er</sup> août 2007 à une pension statutaire pour invalidité totale et à un supplément d'invalidité pour invalide complet.

d) L'art. 48 al. 4 des statuts 1999 dispose que toutes les pensions de la Caisse sont complétées par une pension d'indexation adaptée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, selon l'évolution de l'indice genevois des prix à la consommation, sous réserve des dispositions de l'art. 96 (al. 4). Toutefois, l'art. 95 des statuts 2008 reconnaît l'existence de droits acquis concernant les pensions ouvertes avant l'entrée en vigueur desdits statuts, sous réserve de l'art. 61 relatif à l'adaptation des pensions à l'évolution des prix.

Par conséquent, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les pensions ne sont plus adaptées en principe systématiquement chaque année à l'indice genevois des prix à la consommation comme prévu initialement par l'art. 48 al. 4 des statuts 1999, mais l'adaptation est décidée chaque année par le Comité de gestion en fonction des possibilités financières de la Caisse (art. 56 al. 1 statuts 2008). Aussi, la défenderesse devra également verser à la demanderesse dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008 la pension d'adaptation décidée par ledit comité.

e) La demanderesse - bien qu'elle soit mère d'un enfant depuis le 27 avril 2012 - ne conclut pas à l'octroi d'une rente complémentaire pour enfant. Toutefois, dans sa demande de réouverture de dossier du 3 avril 2013, elle a communiqué à la défenderesse son nouvel état civil et la naissance de son enfant en date du 27 avril 2012. Par conséquent, dans la mesure où la chambre de céans applique le droit d'office et constate que la demanderesse a un enfant depuis le 27 avril 2012, se pose également la question du droit à une pension complémentaire pour enfant d'invalide puisque qu'en raison de son caractère accessoire, la rente complémentaire pour enfants suit nécessairement le sort de la rente principale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_339/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 3.4).

Selon l'art. 41 des statuts 2008 applicables au moment de la naissance de l'enfant, l'invalide a droit à une pension complémentaire pour chacun de ses enfants qui, en cas de décès, aurait droit à une rente d'orphelin dans les limites des dispositions du code civil (al. 1). Le montant de cette pension est égal au montant de la rente pour enfant calculée selon les prestations minimales de la LPP. Ce montant est proportionnel au degré d'invalidité (al. 2). Les autres dispositions relatives à la pension d'orphelin sont applicables par analogie (al. 3).

Toujours en vertu des statuts 2008, la pension d'orphelin d'un pensionné est égale à 20% de la pension que recevait le défunt (art. 50 al. 2). Le droit à la pension

d'orphelin prend naissance le 1<sup>er</sup> du mois qui suit celui où le salaire ou la pension que touchait le défunt cesse d'être payé. Il s'éteint au plus tard au décès de l'orphelin ; la pension d'orphelin d'un pensionné est égale à 20% de la pension que recevait le défunt (art. 49 al. 4).

Au vu de ces dispositions, la demanderesse a droit dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 à une pension complémentaire pour enfant d'invalidité s'élevant à 20% de sa pension statutaire pour invalidité totale.

15. La défenderesse invoque à titre subsidiaire la prescription de la pension d'invalidité jusqu'en août 2009.

a) Selon, l'art. 41 LPP, le droit aux prestations ne se prescrit pas pour autant que les assurés n'aient pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance (al. 1). Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables (al. 2).

Cette disposition concerne aussi bien la prévoyance professionnelle obligatoire que la prévoyance plus étendue (art. 49 al. 2 ch. 6 LPP).

b) Le droit de percevoir les rentes comme tel ne se prescrit pas si l'assuré n'avait pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance. Par cas d'assurance au sens de l'art. 41 al. 1 LPP en relation avec des prestations d'invalidité, il faut comprendre la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP; ATF 140 V 213 consid. 4.4.2).

Dès lors que la teneur de l'art. 41 al. 2 LPP est identique à celle de l'art. 41 al. 1 aLPP en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancien article reste applicable à l'art. 41 al. 2 LPP (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C\_701/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, la solution consacrée par l'art. 41 al. 1 aLPP, qui s'inspire directement des art. 127 et 128 CO a pour résultat, dans le cas d'une rente d'invalidité, que chacun des arrérages se prescrit par cinq ans dès l'exigibilité de la créance en application de l'art. 130 al. 1 CO, alors que le droit de percevoir les rentes comme tel, qui ne revêt pas de caractère périodique, se prescrit dans le délai ordinaire de dix ans dès le jour de l'exigibilité du premier terme demeuré impayé, conformément à l'art. 131 al. 1 CO (ATF 132 V 159 consid. 3). Dans le domaine de la prévoyance professionnelle, l'exigibilité d'une prestation se situe lors de la naissance du droit à cette prestation selon les dispositions légales et statutaires qui lui sont applicables (ATF 132 V 159 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_701/2010, op. cit., consid. 4.2).

La prescription décennale de l'art. 41 aLPP court indépendamment de la connaissance qu'a l'assuré de l'existence de son droit à la rente, à l'instar de ce qui prévaut pour les prescriptions décennales des art. 60 et 127 CO (ATF 106 II 134

---

consid. 2a; arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1 et B 9/99, op. cit., consid. 3b publié in RSAS 2003 p. 48). En effet, même si la rente LPP est étroitement liée à la reconnaissance d'une invalidité au sens de la LAI, s'il fallait considérer que la prescription décennale ne court pas tant que l'assuré n'est pas fixé sur son droit à une rente AI, le début du délai de prescription pourrait se trouver reporté, selon les circonstances - et singulièrement en cas de recours contre la décision de rente de l'assurance-invalidité - de nombreuses années après la survenance de l'invalidité. Il ne saurait en aller différemment dans le cas de la prescription quinquennale de l'art. 41 LPP. Le Tribunal fédéral a toujours appliqué la même notion de l'exigibilité à ces deux délais de prescription et reconnu que le délai de prescription de 5 ans partait, pour chacune des prestations périodiques, à la fin du mois pour lequel la rente aurait dû être versée conformément à l'art. 38 LPP, à moins que le règlement de prévoyance ne prévoie un autre mode de paiement - tous les deux mois, par trimestre, etc. - (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_701/2010, op. cit. consid. 4.3).

c) En l'espèce, il n'est pas très clair si le contrat de travail de la demanderesse a pris fin le 30 juin 2008 ou le 31 janvier 2009. Quoiqu'il en soit, elle n'avait pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance, le 4 juillet 2006, jour de l'accident. Par conséquent, le droit aux prestations statutaires pour invalidité totale n'est pas prescrit. En revanche, il est constant qu'aucun acte interruptif de prescription au sens de l'art. 135 CO n'a été effectué avant le dépôt de la demande en justice, le 25 août 2014, et que les statuts prévoient un paiement mensuel de la rente (art. 71 al. 1). Aussi, en application de l'art. 41 LPP, le droit aux arrérages des prestations statutaires pour invalidité totale est prescrit jusqu'au 26 août 2009 et, partant, n'est dû qu'à partir du 27 août 2009.

16. La défenderesse invoque également à titres subsidiaire et reconventionnel, l'existence d'une surindemnisation au vu du versement d'une rente d'invalidité de 34% par l'assureur-accidents dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 et du revenu de remplacement qui peut raisonnablement être exigé de la demanderesse. Elle conclut à ce qu'il lui soit donné acte que ses prestations réduites dans la mesure de cette surindemnisation, s'élèvent à CHF 1'073.- en 2009, CHF 1'784.85 en 2010, CHF 1'879.60 en 2011, CHF 3'877.80 en 2012, CHF 3'497.55 en 2013, CHF 2'910.35 en 2014 et CHF 2'909.80 en 2015.

a) Selon l'art. 24 OPP 2 dans version en vigueur en 2007, l'institution de prévoyance peut réduire les prestations d'invalidité et de survivants dans la mesure où, ajoutées à d'autres revenus à prendre en compte, elles dépassent 90 pour cent du gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé (al. 1). Sont considérées comme des revenus à prendre en compte les prestations d'un type et d'un but analogues qui sont accordées à l'ayant droit en raison de l'événement dommageable, telles que les rentes ou les prestations en capital prises à leur valeur de rentes provenant d'assurances sociales ou d'institutions de prévoyance suisses et étrangères, à l'exception des allocations pour impotents, des indemnités pour

---

atteinte à l'intégrité et de toutes autres prestations semblables. Est aussi pris en compte le revenu provenant d'une activité lucrative exercée par un assuré invalide ou le revenu de remplacement ainsi que le revenu ou le revenu de remplacement que celui-ci pourrait encore raisonnablement réaliser (al. 2).

b) Les statuts 2008 réservent l'application, dès leur entrée en vigueur, de l'art. 57 relatif à la surassurance (art. 95).

Selon l'art. 57 des statuts 2008, en cas d'invalidité ou de décès, dans la mesure où les prestations de la Caisse, ajoutées à d'autres revenus à prendre en compte, dépassent 90% du salaire annuel de base, y compris le 13<sup>ème</sup> salaire, dont l'intéressé est privé, la Caisse réduit ses prestations (al. 1). Sont considérées comme des revenus à prendre en compte, les prestations d'un type et d'un but analogues qui sont accordées à l'ayant droit en raison de l'événement dommageable, telles que :

a. les rentes ou les prestations en capital prises à leur valeur de rente selon les bases techniques de la Caisse, provenant d'assurances sociales ou d'institutions de prévoyance suisses et étrangères; b. d'éventuels paiements de salaire de l'employeur ou d'indemnités qui en tiennent lieu; c. le revenu de remplacement ou le revenu de remplacement que l'assuré pourrait encore raisonnablement réaliser (al. 2).

L'art. 57 des statuts 2008 reprend en substance la règle de l'art. 24 al. 2 in fine OPP2, en prévoyant la prise en compte des revenus de remplacement qu'un invalide partiel réalise ou qu'il pourrait encore raisonnablement réaliser.

c) Par « gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé », il faut entendre le salaire hypothétique que l'assuré réaliserait sans invalidité au moment où s'effectue le calcul de la surindemnisation, ce qui ne correspond pas forcément au gain effectivement obtenu avant la survenance de l'éventualité assurée (ATF 125 V 163 consid. 3b; ATF 123 V 193 consid. 5a et 204 consid. 5b). En tant qu'élément du calcul de la surindemnisation, ce gain hypothétique peut faire à tout moment l'objet d'un réexamen (art. 24 al. 5 OPP2; ATF 123 V 197 consid. 5a).

Comme pour le revenu sans invalidité et le gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé, il y a lieu de partir du principe de la congruence entre le revenu d'invalide et le revenu que l'intéressé pourrait encore raisonnablement réaliser au sens de l'art. 24 al. 2 in fine OPP 2. Ce principe de congruence implique la présomption que le revenu d'invalide déterminé par l'organe de l'assurance-invalidité correspond au revenu que l'assuré invalide pourrait encore raisonnablement réaliser (ATF 134 V 64 consid. 4.1.2 et 4.1.3).

Cela étant, le revenu d'invalide fixé par les organes de l'assurance-invalidité est déterminé compte tenu d'un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ); il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du

---

Tribunal fédéral des assurances I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). Le revenu que l'assuré invalide pourrait encore raisonnablement réaliser au sens de l'art. 24 al. 2 in fine OPP 2 est en revanche fondé sur le principe de l'exigibilité, qui requiert que soit pris en considération l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas particulier, y compris au niveau du marché du travail. Le terme « subjectif » ne signifie toutefois pas que c'est l'appréciation subjective de l'intéressé sur ce qui peut encore être raisonnablement exigé de lui qui est déterminante. Lorsqu'il s'agit d'apprécier les circonstances subjectives et les possibilités qui sont effectivement données à l'assuré concerné, il y a également lieu de procéder à un examen de la situation d'un point de vue objectif. En conséquence, l'institution de prévoyance qui entend réduire les prestations d'invalidité relevant du régime obligatoire doit préalablement entendre l'assuré sur les circonstances personnelles et liées au marché du travail qui le limiteraient ou l'empêcheraient de réaliser un revenu résiduel aussi élevé que celui fixé par les organes de l'assurance-invalidité. Les circonstances subjectives qui doivent être prises en considération sous l'angle de l'exigibilité sont toutes les particularités qui, dans le cadre d'un examen objectif de la situation, jouent un rôle déterminant quant aux chances effectives de l'assuré concerné de trouver une place de travail adaptée et exigible sur le marché du travail entrant en considération pour lui. D'un point de vue procédural, le droit d'être entendu accordé à l'assuré a pour corollaire un devoir de collaboration de sa part. Ainsi lui incombe-t-il d'alléguer, de motiver et, dans la mesure du possible, d'offrir les preuves - attestant notamment de ses recherches d'emploi infructueuses - quant aux circonstances personnelles et aux conditions concrètes du marché du travail qui l'empêcheraient de réaliser un revenu résiduel équivalant au revenu d'invalide retenu par les organes de l'assurance-invalidité (ATF 140 V 399 consid. 5.2; ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

La jurisprudence a précisé par la suite que la réduction d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle pour cause de surindemnisation ne se résume pas à une opération strictement mathématique. Au contraire, il appartient à l'institution de prévoyance d'intégrer à la démarche l'assuré concerné, afin d'examiner s'il peut être dérogé aux critères retenus par les organes de l'assurance-invalidité, puis seulement ensuite de se prononcer sur la base de l'appréciation qu'elle fait de la situation. Dans la mesure toutefois où la procédure d'action de l'art. 73 LPP n'a pas pour point de départ une décision et où le droit fédéral ne prescrit aucune règle particulière sur la procédure à suivre en cas de surindemnisation - la LPGA n'étant pas applicable au domaine de la prévoyance professionnelle -, l'institution de prévoyance a, dans les limites de ce qui est admissible constitutionnellement, toute liberté pour définir les modalités de la participation de l'assuré. Il lui appartient à cet égard de procéder à une pesée des intérêts en présence à la lumière de la situation concrète; le principe de la proportionnalité exige néanmoins de choisir une solution qui apparaît adaptée aux circonstances. Le droit d'être entendu ne saurait en tout état de cause être vidé de son contenu; la communication de la réduction de la rente par le biais d'un simple courrier ne saurait ainsi suffire. Cette exigence sera en règle générale

---

respectée lorsque l'assuré concerné aura été expressément invité à s'exprimer sur la possibilité de réaliser un revenu résiduel aussi élevé que celui fixé par les organes de l'assurance-invalidité, l'institution de prévoyance demeurant libre - même s'il est recommandé de le faire - de fixer un délai raisonnable pour prendre position. Le fait de permettre à l'assuré de s'exprimer est suffisant; l'institution de prévoyance n'est pas tenue de veiller à ce que l'assuré exerce effectivement son droit. Eu égard à l'interdiction du formalisme excessif, il lui appartient néanmoins de tenir compte d'office des circonstances qui ressortent du dossier (ATF 140 V 399 consid. 5.2.3; ATF 140 I 50 consid. 4.1 et les références).

d) L'année déterminante pour fixer le gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé remonte au moment où le droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle prend naissance (ATF 123 V 193 consid. 5 et 5b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 17/03 du 2 septembre 2004 publié in SZS 2005 p. 321 et 557; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 164/06 du 19 décembre 2007 consid. 3.2).

17. En l'espèce, la notion de « salaire annuel de base, y compris le 13<sup>ème</sup> salaire, dont l'intéressé est privé » de l'art. 57 al. 1 des statuts 2008 coïncide avec celle de « gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé » de l'art. 24 al. 1 OPP 2.

Au vu de la jurisprudence suscitée et contrairement à ce que prétend la défenderesse, le salaire de référence pour le calcul de surindemnisation est le salaire brut que la demanderesse aurait touché au moment du début du droit à la rente en 2007, soit CHF 70'955.25.

En l'occurrence, il ressort de la deuxième expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 4 août 2008) qu'une activité de bureau à 100% pouvait raisonnablement être exigée de la demanderesse, après mesures de réadaptation et de formation professionnelle, notamment en comptabilité. L'OAI a mis en œuvre des mesures professionnelles en prenant en charge des cours accélérés de comptabilité I et II du 7 avril au 5 juin 2008, puis à la suite de l'abandon de cette filière par la demanderesse, elle a pris en charge une formation de secrétaire-réceptionniste du 20 juillet 2009 au 6 octobre 2009. Après une évolution très positive, elle a prolongé la mesure du 7 octobre 2009 au 31 mars 2010 par des cours de rédaction commerciale et d'anglais pour l'obtention d'un diplôme de secrétaire réceptionniste. La demanderesse a interrompu cette mesure dès le 12 novembre 2009 pour des raisons de santé avec une absence de longue durée. Selon le rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2011, la demanderesse pouvait exercer dès le 6 septembre 2011 une activité adaptée à 100%, sans mouvements répétitifs du membre inférieur gauche, port de charges de plus de dix kilos, station debout prolongée, obligation de monter ainsi que descendre des escaliers de façon répétée, et avec possibilité de varier les positions assise ainsi que debout, déplacements limités à quelques centaines de mètres par jour et conduite exclusivement de véhicule à boîte automatique. En revanche, il ne pouvait pas se prononcer pour la période de 2007 à août 2011. Durant une première phase d'accoutumance et

d'adaptation d'environ trois mois, il fallait tenir compte d'une diminution de rendement de 25%. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables immédiatement, mais la question de leur pertinence se posait au vu de l'échec précédent. A la suite de cette expertise, l'OAI a ouvert un nouveau mandat de réadaptation qui a conclu, dans le rapport du 23 juillet 2012, à une évaluation théorique de l'invalidité. Selon les renseignements que la demanderesse a donnés à l'OAI, le 23 juillet 2012, elle s'est mariée le 18 février 2012 et a mis au monde un premier enfant, le 27 avril 2012. Depuis son accouchement, ses douleurs sont réapparues et l'empêchent d'exercer une quelconque activité. Elle ne pouvait pas travailler à cette époque en raison des besoins de son enfant et du congé de maternité toujours en cours.

Au vu de ces éléments, le point de savoir si la demanderesse a renoncé à exercer une activité lucrative depuis son accouchement pour se consacrer à son enfant ou si ses douleurs l'empêchent de mettre en pratique sa capacité de travail théorique n'est pas clairement défini. En outre, le dossier de la défenderesse ne contient pas le rapport de réadaptation du 23 mars 2010 mentionné dans celui du 23 juillet 2012. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir si le premier mandat de réadaptation a été clôturé, le 23 mars 2010, et avec quelles conclusions. Cela étant, quoi qu'il en soit, au vu des conclusions du rapport d'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ retenant qu'une activité de bureau à 100% peut raisonnablement être exigée de la demanderesse après des mesures de réadaptation et de formation professionnelle, la prise en compte d'un revenu de remplacement par la défenderesse en raison d'une surindemnisation ne peut prendre effet qu'à partir de la constatation que des mesures de reclassement professionnel ne pouvaient pas être mises en place, soit au plus tôt à la date du rapport de réadaptation professionnelle du 23 juillet 2012 clôturant définitivement le mandat de réadaptation. Il s'ensuit que la défenderesse n'est pas en droit de tenir compte d'un revenu raisonnablement exigible dans son calcul de surindemnisation pour les prestations dues du 27 août 2009 au 22 juillet 2012.

Il reste à déterminer si la défenderesse peut considérer que le revenu résiduel raisonnablement exigible de la demanderesse équivaut au revenu d'invalidé calculé par l'OAI. Force est de constater qu'en modifiant ses conclusions subsidiaires dans son écriture du 5 février 2015 et en y invoquant pour la première fois l'existence d'une surindemnisation avec production des calculs de surindemnisation détaillés pour les années 2009 à 2015 sur la base d'une pension d'invalidité de 35%, puis sur la base d'une pension d'invalidité de 100%, la défenderesse n'a pas satisfait à son obligation de respecter le droit d'être entendu de la demanderesse.

Par conséquent, avant d'établir un nouveau calcul de surindemnisation qui tienne compte d'un revenu raisonnablement exigible de la demanderesse au plus tôt dès le 23 juillet 2012, elle devra expressément inviter la demanderesse à s'exprimer sur la possibilité de réaliser un revenu résiduel aussi élevé que celui fixé par l'OAI.

18. En matière de prévoyance professionnelle, il est admis que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure, à la différence de la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la LPGA dans d'autres domaines de l'assurance sociale (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 131). Les employés assurés étant liés à l'institution de prévoyance par un contrat innommé, il est également admis que ce contrat est soumis à la partie générale du code des obligations (ATF 112 II 241; ATF 101 Ib 231 consid. 3c), en particulier aux art. 102 ss CO; ATF 115 V 27 consid. 8c).

Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO).

L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 98 II 23 consid. 7). A défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO; ATF 130 V 414 consid. 5.1; ATF 119 V 133 consid. 4d).

Étant donné que le règlement de la défenderesse ne contient aucune disposition à ce sujet et que la demande en paiement a été notifiée à la défenderesse en courrier B le lundi 26 août 2014 et reçue vraisemblablement le 29 août 2014, un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 29 août 2014 sur les prestations d'invalidité.

19. La demanderesse obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Dit que la demanderesse a droit dès le 27 août 2009 à une pension d'invalidité statutaire de 100% et à une pension d'indexation, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.
4. Dit que la demanderesse a droit dès le 27 août 2009 à une pension supplémentaire d'invalidité pour invalide complet, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.
5. Dite que la demanderesse a droit dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 à une pension complémentaire pour enfant d'invalide s'élevant à 20% de sa pension d'invalidité pour invalide complet, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.
6. Invite la défenderesse à calculer les prestations dues, avec intérêts à 5% l'an dès le 29 août 2014.
7. Dit que le calcul de surindemnisation de la défenderesse prendra en compte un éventuel revenu raisonnablement exigible de la demanderesse au plus tôt dès le 23 juillet 2012, dans le sens des considérants.
8. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
9. Dit que la procédure est gratuite.
10. 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

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDÉ

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