

GE_GERICHTE ATAS/1409/2012 vom 22. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1409_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1409/2012 du 22 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1409/2012 del 22 novembre 2012

Erwägungen

E. 21

Le 1er janvier 2006, un nouveau Règlement de la Caisse est entré en vigueur, mais n'a pas entraîné de modification de l'art. 13 (cf. ch. 6 supra).

E. 22

Le 1er janvier 2007, un nouveau Règlement de la Caisse (ci-après : Règlement version 2007) est entré en vigueur et a entraîné la modification suivante de l'art. 13 (cf. ch. 6 supra) : «Il y a invalidité selon le présent règlement lorsque l'assuré est invalide à raison d'au moins 40% au sens de l'assurance-invalidité fédérale (AI)» (art. 13 al. 1). «L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide au sens de l'AI à raison d'au moins ■ 70%

A/2791/2009 - 10/31 - : à une rente entière; ■ 60% : à un trois quarts de rente ; ■ 50% : à une demi-rente ; ■ 40% : à un quart de rente» (art. 13 al. 2).

E. 23

Par courrier de son avocat du 17 septembre 2006 (recte : 2007), le demandeur a formé une nouvelle demande de prestations AI visant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en invoquant une aggravation de son état de santé sur les plans somatique et psychiatrique survenue postérieurement au prononcé de la décision sur opposition du 22 juin 2006. A l'appui de cette nouvelle demande, l'assuré a produit les nouveaux documents suivants : a) une lettre du Dr G_____ du 9 juillet 2007, dans laquelle ce dernier a indiqué que, depuis sa précédente lettre du 8 février 2006, l'état du demandeur était resté globalement stationnaire sur le plan rhumatologique, excepté une accentuation des douleurs cervicales et des vertiges ainsi que l'apparition de l'irradiation des douleurs vers les bras. L'accident dont l'assuré avait été victime le 9 juillet 2005 était survenu sur sa colonne cervicale déjà lésée précédemment par sa maladie rhumatismale inflammatoire et avait décompensé l'état déjà précaire de sa nuque. Le TDM du rachis cervical effectué le 25 juin 2007 avait mis en évidence des lésions ankylosantes touchant tout le rachis cervical et correspondant certainement à sa maladie rhumatologique. Il a souligné que son patient souffrait d'une forme grave, invalidante, de la spondylarthrite ankylosante et que, malgré la très longue évolution de cette affection, elle était toujours évolutive. Au vu de l'importance de la symptomatologie douloureuse d'une part et de la présence de lésions radiologiques d'autre part, sa maladie allait continuer à évoluer, pouvant aboutir à une raideur complète de tout son rachis. On apercevait déjà que son rachis était irrémédiablement courbé par une cyphose irréductible, le regard du patient étant fixé sur le sol. Il avait constaté que la mobilité du rachis cervical s'était détériorée par rapport à celle décrite dans le rapport d'expertise du SMR, ce qui confirmait l'évolution défavorable de l'affection. Il a ajouté que l'affection psychiatrique également sérieuse aggravait sans aucun doute la situation. En conclusion, il était d'avis que les deux affections principales (spondylarthrite ankylosante

sévère et était état dépressif important) étaient largement suffisantes pour retenir un degré d'invalidité supérieur à 70%. b) une lettre du Dr K_____ du 29 juin 2007, dans laquelle le précité a indiqué que l'aggravation des troubles locomoteurs dû à la maladie de Bechterew se répercutait immédiatement sur le psychisme et l'on constatait une nette aggravation des symptômes de la dépression. Il avait observé un état d'irritabilité, le fait que le patient ne supportait pas ses propres enfants et encore moins la promiscuité, une fatigue et une fatigabilité extrême, limitant énormément ses actes et gestes, même les plus élémentaires comme s'habiller, se laver, mettre en ordre, une baisse de l'élan vital, une anhédonie, une clinophilie, un sentiment d'échec et de dévalorisation, une grande culpabilité, un sentiment d'avoir gâché sa vie pourtant bien commencée, ainsi que des idées et vellétés suicidaires omniprésentes dans son

A/2791/2009 - 11/31 - esprit et dont la réalisation n'était absolument pas exclue. Le médecin précité a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), tout en précisant que cette pathologie était alimentée et aggravée par sa pathologie ostéoarticulaire. Ce diagnostic était également justifié par l'incapacité de travail totale qu'il générait.

E. 24

Par courrier du 2 mars 2009, la défenderesse a reconnu le droit du demandeur à une rente d'invalidité LPP de 50% du 1er novembre 2001 au 31 décembre 2003. Elle a en revanche nié le droit à une rente d'invalidité avant et après la période précitée pour le motif que l'invalidité reconnue par l'assurance-invalidité n'était que de 40%.

E. 25

Sur la base de cette décision, la défenderesse a versé au demandeur la somme totale de 18'349 fr. à une date ignorée mais antérieure au 12 mars 2009.

E. 26

Par décision du 9 avril 2008, l'Office AI a octroyé au demandeur un quart de rente d'octobre 2000 à octobre 2001, puis une demi-rente de novembre 2001 à décembre 2004, puis de nouveau un quart de rente à compter du 1er janvier 2005. Des rentes complémentaires en faveur de ses épouse et enfants ont également été accordées d'octobre 2000 à juin 2003. Dans la décision relative à l'examen du cas pénible du même jour, l'Office AI a indiqué que, selon la communication du 12 juillet 2007, un degré d'invalidité de 40% depuis le 1er octobre 2000 lui avait été reconnu. En application de l'art. 28 al. 1 bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 – selon laquelle dans les cas pénibles, un taux d'invalidité se situant entre 40% et 49% pouvait permettre l'octroi d'une demi-rente d'invalidité en lieu et place d'un quart de rente –, le demandeur a été mis au bénéfice d'une demi-rente pour cas pénible du 1er novembre 2001 au 31 décembre 2003.

E. 27

Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 16 avril 2008, après avoir exposé l'anamnèse, le status et le dossier radiologique, les Dr P_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Dr Q_____, psychiatre, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylarthrite ankylosante (M45) et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), et, sans répercussion sur la capacité de travail, une polyneuropathie sensitive axonale modérée, signes d'atteinte sensitivo-motrice axono-myélinique G aux

tunnels carpiens, signes d'une neuropathie focale des deux nerfs cubitiaux aux coudes. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 9 juillet 2005. Sur le plan somatique, les examinateurs ont indiqué que le demandeur s'était mis à présenter dès le début des années 90 des douleurs rachidiennes qui semblaient avoir été initialement centrées surtout sur la région lombo-fessière G évoluant sur un mode intermittent, avec, apparemment, une relativement bonne réponse aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Dans ce contexte de douleurs lombaires récidivantes, il y avait une altération progressive de l'état général avec amaigrissement important, une mise en évidence d'une anémie ferriprive dont

A/2791/2009 - 12/31 - l'étiologie définitive ne semblait jamais avoir été apportée (spoliation digestive dans le cadre d'une consommation excessive d'AINS ?) et une aggravation progressive des douleurs rachidiennes qui devenaient plus constantes au niveau lombaire et lombo-pelvien et se mettaient peu à peu également à intéresser la région cervicale. Malgré une prise en charge rhumatologique adéquate, l'évolution s'était faite de manière défavorable, notamment au plan algique. À ce propos, l'assuré avait affirmé que la symptomatologie douloureuse s'était massivement aggravée depuis un accident de la route le 9 juillet 2005, responsable d'un traumatisme cervical indirect, toutefois sans conséquence neurologique prouvée même par l'examen neurologique spécialisé (rapport du Dr N_____ du 25.08.2005). Cliniquement, on trouvait un assuré en état général moyen, se comportant de manière authentique, sans aucun élément permettant de suspecter une amplification des plaintes. L'examen clinique était effectivement péjoré par rapport à celui fait au SMR le 25 juin 2004. Il y avait donc, au plan rachidien, une nette détérioration de la situation. Celle-ci était corroborée par les RX à disposition, qui permettaient de noter une très nette péjoration de la situation en deux ans, avec apparition d'une syndesmophytose cervicale antérieure importante. Tout permettait de penser que des modifications de même nature s'étaient installées dans l'intervalle au niveau dorsal et lombaire. Même si l'atteinte liée à la spondylarthrite ankylosante était limitée au rachis, sans atteinte objective des extrémités, la sévérité de l'atteinte, son caractère rapidement progressif entraînaient des limitations fonctionnelles tout à fait majeures, incompatibles avec une activité professionnelle quelconque, même adaptée en termes biomécaniques. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont relevé que l'examen clinique avait mis en évidence un tableau dépressif avec tristesse, pleurs pendant l'entretien, perte d'appétit, tremblements, irritabilité, troubles du sommeil et de la libido, fatigabilité confinant un sentiment d'aboulie dans la mesure où l'assuré restait au lit une grande partie de la journée, ruminations existentielles avec idées noires, avec tentation de suicide selon l'assuré, repli sur lui-même important, sentiment de culpabilité, sentiment d'impuissance et d'incapacité, sentiment de ruine avec perte de la famille, de la santé, d'un bien-être financier, d'estime de lui-même et de confiance dans l'avenir. L'existence de ce tableau dépressif, épisode sévère, était confirmé par le psychiatre traitant (lettres du Dr K_____ des 06.02.2006 et 29.06.2007). L'assuré avait déclaré deux aggravations, une première en 2003 au moment de la séparation avec son épouse et une deuxième en 2005, postérieure à un accident de voiture qui semblait l'avoir traumatisé. Les examinateurs ont conclu que leur examen clinique avait mis en évidence une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. À la question de savoir que depuis quand il y avait eu une incapacité de travail de 20% au moins, les examinateurs ont indiqué qu'il était particulièrement difficile de répondre à cette question vu les difficultés d'appréciation qui émaillaient le traitement du dossier de cet assuré et qu'en conséquence des différentes

prises de

A/2791/2009 - 13/31 - position administratives et juridiques, l'assuré était au bénéfice d'un quart de rente AI depuis 2000. Sur le plan psychiatrique, ils ont indiqué que l'assuré avait déclaré l'aggravation de son état de santé à compter du 9 juillet 2005, lorsqu'il avait été victime d'un accident de la circulation. À la question de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis lors, les examinateurs ont indiqué que, rétrospectivement, il était toujours extrêmement difficile de répondre à une telle question. Néanmoins, en comparant les documents objectifs à leur disposition, notamment le rapport SMR de juin 2004 et leur examen, les examinateurs avaient constaté une nette péjoration de la situation entre les deux examens; tout laissait penser que l'aggravation avait surtout été marquante depuis l'accident de la route de juillet 2005. Ils ont indiqué qu'au plan purement somatique, il leur semblait médicalement cohérent d'admettre une incapacité de travail complète depuis l'été 2005. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail de 100% était stationnaire.

E. 28

Par courrier de son avocat du 31 juillet 2008, le demandeur a sollicité des prestations de la défenderesse suite à l'aggravation de son état de santé.

E. 29

Par décision du 10 octobre 2008, l'Office AI a octroyé au demandeur une rente entière d'invalidité à partir du 1er septembre 2007, y compris des rentes complémentaires en faveur de son épouse (jusqu'à décembre 2007) et de ses enfants.

E. 30

Par jugement du 25 novembre 2008, le mariage du demandeur a été dissout par le divorce. Ce divorce a entraîné une modification du montant de la rente en faveur du demandeur et de ses enfants, formalisée dans deux décisions du 3 avril 2009.

E. 31

Dans une lettre du 23 décembre 2008, le Dr G_____ a indiqué qu'il estimait que l'accident du 9 juillet 2005 avait décompensé temporairement l'état déjà précaire de la colonne cervicale du demandeur mais que dès mi-novembre 2005, cet événement ne jouait plus aucun rôle significatif dans l'évolution de ses affections. Le traitement concernant son affection accidentelle avait pris fin chez lui le 14 novembre 2005.

E. 32

Dans un avis du SMR – non signé – du 16 avril 2009, le Dr R_____, sans spécialisation indiquée, a estimé – sur la base du rapport d'examen du SMR du 16 avril 2008 – que sans l'accident de la circulation du 9 juillet 2005, l'assuré aurait gardé une capacité résiduelle de travail de 70%, comme retenu dans l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 13 mars 2007, et qu'il était clair que l'accident avait eu d'importantes conséquences sur la santé de l'assuré, tant sur le plan physique et psychique, et que sa capacité résiduelle de travail qui était de 70% avant l'accident était devenue nulle depuis. Dans un avis médical pour recours contre tiers responsable – non signé – du 6 août 2009, le Dr R_____ a maintenu son avis du 16 avril 2009.

A/2791/2009 - 14/31 -

E. 33

Par courrier du 13 mai 2009, la défenderesse a refusé d'augmenter la rente octroyée au demandeur pour le motif que la cause principale de la péjoration de son état de santé était l'accident de la circulation subi en 2005.

E. 34

Par acte déposé le 4 août 2009 au greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice), l'assuré a formé une demande dirigée contre la Caisse, en concluant à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à un quart de rente d'invalidité LPP du 1er janvier 2005 au 31 août 2007 puis à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2007, qu'il soit ordonné à la Caisse de calculer le montant des rentes précitées et qu'il lui soit alloué une indemnité au sens des art. 89H al. 3 LPA et 6 du RFPA. En substance, il a considéré que, suite à l'entrée en vigueur des nouveaux art. 23 et 24 LPP – avec un abaissement du taux minimum d'invalidité de 50% à 40% – le 1er janvier 2005, il avait droit à un quart de rente dès cette date. Par la suite, compte tenu de la décision de l'Office AI de lui allouer une rente sur la base d'un taux d'invalidité de 100% dès le 1er septembre 2007, il avait droit à une rente entière d'invalidité LPP dès cette date.

E. 35

Par réponse du 6 octobre 2009, la défenderesse a conclu au déboutement du demandeur et a formé une demande reconventionnelle, en concluant à la condamnation du précité à lui restituer la somme de 18'349 fr., plus intérêt à 5% depuis le 3 mars 2009. En substance, elle a exposé que, pour la période du 1er janvier 2005 août 31 août 2007, en application des dispositions transitoires de la 1ère révision LPP, le droit du demandeur à des prestations devait se fonder sur l'ancien art. 24 LPP pendant une période de deux ans dès l'entrée en vigueur de la modification, soit jusqu'au 1er janvier 2007. Son taux d'invalidité étant de 40%, le demandeur n'avait donc pas droit à une rente. Pour la période à compter du 1er septembre 2007, elle a estimé que l'augmentation du taux d'invalidité du demandeur était principalement due à l'accident de la circulation dont il avait été victime au mois de juillet 2005. Faute d'être affilié à elle à cette époque, le demandeur n'avait pas droit à des prestations de sa part. Enfin, la Caisse a indiqué que, sur la base de la décision AI du 9 avril 2008 octroyant une demi-rente d'invalidité du 1er novembre 2001 au 31 décembre 2003, elle avait commis une erreur en pensant que l'Office AI avait retenu, pour cette période, un taux d'invalidité de 50%, ce qui donnait droit à une demi-rente, alors qu'en réalité, c'était uniquement le fait d'avoir mis le demandeur au bénéfice du «cas grave» qui avait justifié l'octroi d'une demi-rente AI, et non le taux d'invalidité qui était resté de 40%. Elle a donc estimé que les prestations allouées pendant cette période, pour un montant total de 18'349 fr., devaient lui être restituées.

E. 36

Par réplique du 19 février 2010, le demandeur a persisté dans les conclusions de sa demande et, sur demande reconventionnelle, a conclu au déboutement de la

A/2791/2009 - 15/31 - défenderesse. A ce dernier égard, il a exposé qu'il se trouvait en incapacité totale de travail depuis plusieurs années lorsqu'est survenu l'accident de la circulation du 9 juillet 2005, de sorte que les prétentions reconventionnelles étaient mal fondées. Il a ajouté qu'en tout état de cause, il avait été de bonne foi et le remboursement du montant réclamé le mettrait dans une situation difficile, si bien que l'art. 35a al. 1 2ème phr. LPP lui permettait de s'opposer à ladite restitution.

E. 37

Par duplique du 4 juin 2010, la défenderesse a persisté dans les conclusions de sa réponse. Elle a repris ses précédentes explications, en ajoutant notamment qu'elle n'était pas liée par les décisions AI car celles-ci ne lui avaient pas été notifiées en violation de son droit d'être entendue.

E. 38

Lors de son audition par la Chambre de céans le 29 septembre 2011, le Dr G_____ a déclaré qu'il suivait de manière régulière et continue le demandeur depuis novembre 2002, en précisant que ce dernier était toutefois venu à sa consultation plusieurs fois entre octobre 1993 et juin 1994. Malgré le fait que, radiologiquement, aucune lésion post-traumatique n'avait été décelée immédiatement après l'accident, ce dernier avait été qualifié de relativement grave. Le scanner effectué le lendemain de cet événement avait révélé des lésions cervicales importantes découlant de sa spondylarthrite ankylosante et non de l'accident car celle-ci mettaient plusieurs années à se former. L'accident, qui avait provoqué un brusque mouvement en avant et en arrière de la tête, avait entraîné une augmentation des douleurs cervicales, qui préexistaient depuis 1998-1999, ainsi que les vertiges et des maux de tête également présents avant l'accident. Ce dernier avait provoqué des séquelles durant quelques mois, mais sans déficit neurologique. Le médecin précité a ajouté que la spondylarthrite ankylosante était une infection rhumatismale inflammatoire évoluant par poussées. Il existait des périodes d'accalmie et des périodes de poussées de l'affection. Elle se caractérisait par un enraidissement progressif de tout le rachis. Les lésions étaient dues au phénomène inflammatoire et se traduisaient d'abord par des décalcifications puis une ossification de tout le rachis. Le stade final était le rachis «en bambou», ce qui correspondait à une position typique telle qu'elle ressortait de la page d'un article de doctrine médicale qu'il a remis à la Chambre de céans. L'évolution de cette maladie durait entre 6 et 20 ans et il était difficile de l'estimer compte tenu de son irrégularité. Elle aboutissait inévitablement à la raideur du rachis. Le témoin a déclaré qu'il avait examiné la littérature relative à la spondylarthrite ankylosante et que la majorité de celle-ci portait sur la maladie se développant suite à un accident; il s'agissait d'une maladie préexistante qui était déclenchée par l'accident. Par la suite, ce facteur déclenchant ne jouait plus aucun rôle sur cette maladie. Le rôle du traumatisme était controversé : il ne pouvait être responsable du développement de la maladie que dans les cas où le patient n'avait pas cette maladie avant ou ne présentait aucun signe de cette maladie; dans les cas où il existait déjà un processus maladif, l'accident jouait un rôle déclenchant, non pas pour la maladie mais pour une poussée de celle-ci. La relation de causalité entre l'accident et la maladie

A/2791/2009 - 16/31 - n'avait jamais été prouvée. Un facteur génétique pouvait également jouer un rôle dans le développement de la maladie. Le Dr G_____ a également indiqué qu'après l'accident, précisément en novembre 2005, il avait estimé qu'on était arrivé au status avant cet accident. Depuis novembre 2005, il avait constaté que l'évolution de la maladie de demandeur était fluctuante et que cette fluctuation s'était poursuivie, en particulier en 2007 et 2008. Lors des poussées, les douleurs augmentaient. Cela existait déjà avant l'accident. Par rapport à l'examen subi par le demandeur en avril 2008, le témoin avait interrogé ce dernier pour savoir ce qu'il avait dit aux examinateurs. Le demandeur lui avait répondu qu'il avait dit avoir constaté une aggravation de ses douleurs au niveau de la nuque après l'accident, qu'il chiffrait à 200% alors qu'avant, il les estimait à 100%. Le témoin était d'avis que c'était cette malheureuse réponse qui avait entraîné les conclusions

selon lesquelles l'aggravation de l'état de santé somatique était consécutive à l'accident. Le Dr G_____ a estimé que l'invalidité du demandeur était déjà totale avant l'accident. Il a encore notamment précisé que, par rapport au scanner du 25 juin 2007 auquel il était fait référence dans l'examen du SMR du 16 avril 2008, il observait qu'il y avait une détérioration des lésions radiologiques, lesquelles étaient la conséquence de l'affection malade. Ces lésions étaient déjà visibles dans le scanner effectué le 10 juillet 2005, immédiatement après l'accident de la circulation. Il ne partageait dès lors pas l'avis de l'examinateur du SMR selon lequel l'aggravation de l'état de santé du demandeur et l'invalidité totale en découlant avait eu lieu à partir de l'accident de la circulation dont il avait été victime.

E. 39

Par ordonnance du 2 décembre 2011, la Chambre de céans a ordonné l'apport du dossier du demandeur auprès de l'Office AI.

E. 40

Lors de son audition par la Chambre de céans le 8 décembre 2011, le Dr K_____ a déclaré qu'il suivait le demandeur depuis mars 2005. S'agissant de son rapport du mois d'avril 2005, il a confirmé que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques devait être retenu depuis juillet 2004 et non janvier 2005. Il a précisé que d'après l'anamnèse, l'assuré avait déjà rencontré des problèmes sur le plan psychiatrique avant juillet 2004. Toujours d'après l'anamnèse, l'état de santé du demandeur s'était aggravé depuis 2003, toujours sur le plan psychiatrique. Il y avait notamment eu des tentatives de suicide. La date de juillet 2004 correspondait à l'incapacité totale fixée sur la base de l'anamnèse. Auparavant, l'incapacité avait pu être partielle. Depuis qu'il suivait le demandeur, il n'y avait pas eu d'évolution favorable mais au contraire une dégradation. Il n'avait pas constaté de dégradation subite ou d'événement particulier qui aurait provoqué la dégradation de l'état de santé du demandeur. À son avis, l'accident de la circulation dont ce dernier avait été victime en juillet 2005 n'avait pas eu d'incidence sur son état de santé psychique.

A/2791/2009 - 17/31 -

E. 41

Par courrier du 27 février 2012, la défenderesse a communiqué à la Chambre de céans un rapport d'expertise sur dossier, établi à sa demande, par le Dr S_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, le 8 janvier 2012 et dont la traduction française a été transmise par pli du 19 mars 2012. Dans ce rapport, le médecin précité a indiqué que son expertise est basée exclusivement sur le dossier remis, c'est-à-dire sans avoir interrogé ou examiné le demandeur et sans avoir eu l'occasion d'évaluer les radiographies mentionnées dans le dossier. Après avoir décrit et commenté les rapports médicaux et radiologiques continus dans le dossier qui lui avait été communiqué, le Dr S_____ a observé que, bien que des résultats objectifs radiologiques et de laboratoire d'analyses manquaient ou n'avaient pas été recherchés et que la présentation de la douleur était totalement atypique pour un Bechterew actif inflammatoire, les experts avaient conclu à une atteinte gravement active à progression rapide et avaient conclu à une incapacité de travail de 100% pour toutes les activités professionnelles. Un traitement avec un médicament de base à haute efficacité et une réévaluation successives de l'aptitude au travail n'avaient pas été proposés malgré ces activités massives présumées. Il a ajouté que grâce à des médicaments de bases anti

inflammatoires à haute efficacité, qui n'avaient pas été envisagés ni prescrits, la plupart des patients Bechterew pouvaient actuellement reprendre une activité adaptée à 100%. Le médecin précité a également commenté les déclarations faites par le Dr G_____ lors de son audition par la Chambre de céans, en contestant le rôle accordé à un accident en présence d'une spondylarthrite ankylosante évoquée suite à une étude de la littérature médicale à ce sujet. Il a indiqué, citations scientifiques à l'appui, que le rôle d'un traumatisme lors d'une spondylarthrite ankylosante avait été examiné en détail à maintes reprises et qu'une relation entre un traumatisme et le déclenchement de cette maladie n'avait cependant jamais pu être trouvée. Il a également été critique vis-à-vis du traitement prescrit au demandeur, en indiquant que si le traumatisme avait bel et bien provoqué une poussée du Morbus Bechterew – ce qui était plutôt improbable – et que cette poussée perdurait, cette situation de poussée permanente aurait dû être traitée immédiatement par des médicaments de base spécifique à disposition actuellement. Dans ce cas, il faudrait supposer que l'assuré était totalement sous-traité et il faudrait alors prescrire un traitement adéquat avant même de parler d'une augmentation de la rente d'invalidité. Le Dr S_____ a également indiqué que le type de douleurs mentionné dans les deux expertises ne correspondait en aucun cas aux maux d'un patient Bechterew dans un stade de progression inflammatoire rapide mais plutôt à des maux mécaniques dans le cadre de modifications dégénératives. De plus, au regard des maux diffus exposés sans horaire, des phases dépressives mentionnées dans les rapports médicaux, ainsi que des points de fibromyalgie mesurés, la question d'une

A/2791/2009 - 18/31 - superposition supplémentaire psychosociale se posait. Par ailleurs, la progression rapide du Bechterew de 2004 à 2008, telle que retenue par les experts en 2008, n'était pas documentée de manière distincte et n'était en aucun cas concevable; elle se basait principalement sur les données de douleur du patient (subjectives) ainsi que sur les mesures d'amplitude des mouvements (non objectivables). De surcroît, il fallait retenir que d'après l'expérience, il était très probable (recte : improbable) qu'une maladie comme le Morbus Bechterew – qui s'était déroulée de manière relativement bénigne pendant 15 ans – devienne soudainement massivement progressive en l'espace de trois à quatre années. Si tel devait avoir été le cas, les médecins traitants auraient dû intervenir immédiatement avec un traitement adéquat; grâce à ces nouveaux médicaments, la plupart des patients Bechterew pouvaient rester entièrement aptes au travail, naturellement dans le cadre d'une activité corporelle légère avec assez de mouvement. Enfin, il a indiqué que des exacerbations passagères comme décrites dans les expertises étaient absolument concevables à la suite d'un traumatisme cervical tant pour les patients Bechterew que des personnes non malades. En règle générale, on pouvait s'attendre à un retour statu quo ante après environ six à huit semaines. En conclusion, le Dr S_____ a estimé qu'une exacerbation des douleurs dans le cadre d'un Morbus Bechterew à progression rapide était très improbable, alors qu'une exacerbation des douleurs d'abord post-traumatique après un traumatisme cervical puis surtout survenue dans le cadre de facteurs psycho-sociaux et des actuels litiges était essentiellement probable. Il était toutefois souhaitable que l'activité actuelle du spondylite ankylosant du demandeur soit pleinement évaluée afin que ce dernier puisse bénéficier d'un traitement adéquat actuellement disponible. Dans ce cas, il serait acceptable d'envisager, pour un traitement conséquent en comparaison avec d'autres patients d'une pure vue rhumo- somatique, une activité professionnelle d'au moins 75% dans le cas d'un travail corporel léger et adéquat. Le médecin précité a finalement formulé des propositions de réévaluation clinico- radiologique du demandeur.

E. 42

Dans ses observations finales du 2 mars 2012 – ne prenant pas en compte le rapport du Dr S _____ dont il ignorait encore l'existence –, le demandeur a persisté intégralement dans ses conclusions, en s'appuyant notamment sur le rapport du Dr O _____ du 6 juillet 2009 (ch. 18 let. g supra) qu'il a produit.

E. 43

Par courrier du 2 mai 2012, la défenderesse a persisté dans l'ensemble de ses écritures. Par courrier de son avocat du 8 mai 2012, le demandeur a persisté dans ses conclusions, en formulant des critiques à l'égard de l'avis médical du Dr S _____ dont il a dénié toute valeur probante, faute d'avoir examiné tant le dossier radiologique que lui-même. De plus, l'avis du médecin précité mettant en cause du diagnostic de maladie de Bechterew était en totale contradiction avec tous

A/2791/2009 - 19/31 - les autres avis médicaux recueillis depuis de nombreuses années. De même, le demandeur a considéré que l'estimation de sa capacité de travail de 75% formulée par le médecin précité était illusoire et contredite par les avis formulés dans le dossier. Il a également contesté les critiques au sujet de son traitement, en s'appuyant sur une lettre du Dr G _____ du 11 avril 2012. Dans cette lettre, ce dernier a indiqué qu'il était très étonné des conclusions du Dr S _____, en précisant qu'il était impossible dans un cas d'une telle importance et complexité de formuler des conclusions valables sans avoir examiné personnellement le patient et étudié le dossier radiologique complet. Il a rappelé qu'il avait posé le diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante déjà en automne 1993 et que ce diagnostic avait été retenu par d'autres médecins. Au sujet du doute du médecin précité que le traumatisme crânio-cervical subi par le demandeur le 9 juillet 2005 aurait pu provoquer une poussée de son affection inflammatoire et de l'avis qu'il s'agirait plutôt de maux mécaniques dans le cadre de modifications dégénératives, le Dr G _____ a indiqué que, pourtant, le CT de la colonne cervicale effectué le lendemain de l'accident ne mettait pas en évidence de lésion post-traumatique. Il était exact qu'il révélait quelques signes d'une arthrose cervicale. Il a ajouté que le radiologue, qui décrivait les volumineux becs ostéophytaires entre C4-C5, C6-C7 et C7-D1, n'évoquait pas dans le diagnostic différentiel une syndesmophytose. Cependant, le scan du rachis cervical du 25 juin 2007 mettait en évidence une très nette péjoration de la situation avec l'apparition d'une syndesmophytose cervicale antérieure importante correspondant à son affection malade inflammatoire. Il a également indiqué qu'il était incontestable qu'il existait aussi sur ces clichés des lésions dégénératives mais elles étaient certainement la conséquence de détériorations discales consécutives à son affection rhumatismale préexistante à l'accident. Après avoir indiqué que l'état dépressif sévère du demandeur était assurément déjà apparu en été 2004, le Dr G _____ a indiqué ne pas comprendre sur quels critères le Dr S _____ s'était basé pour dire que le demandeur était capable de travailler à 75% dans une activité adaptée. Enfin, par rapport à la critique du traitement prescrit, il a indiqué qu'il y avait des difficultés et contre-indications à traiter le demandeur avec les médicaments préconisés par le Dr S _____. Il a également rappelé, en citant la littérature médicale au sujet de la spondylarthrite ankylosante, qu'il n'y avait pas de parallélisme étroit entre les manifestations fonctionnelles et les signes radiologiques. La rapidité de l'évolution des manifestations radiologiques était elle aussi extrêmement variable d'un cas à l'autre. L'arthrite des sacro-iliaques notamment pouvait être radiologiquement absente dans de rares cas durant toute l'évolution ou n'apparaître qu'après plusieurs années, l'ankylose

n'étant pas encore totale après vingt ans d'évolution ou plus. A l'opposé, l'arthrite sacro-iliaque pouvait brûler les étapes et l'ankylose totale étant acquise en quelques mois. Il en était de même pour les syndesmophytes et les lésions interapophysaires postérieures.

A/2791/2009 - 20/31 -

E. 44

Après transmission de ces dernières écritures à la défenderesse, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du code des obligations ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 ; art. 142 code civil). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). b) Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a) En matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). b) En l'occurrence, le demandeur travaillait à Genève lorsqu'il était affilié auprès de la Caisse. Il s'ensuit que la Chambre de céans est également compétente à raison du lieu. 3. La LPGA n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est pas soumise à l'observation d'un délai particulier (R. SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, in : RJN 1984 p. 19), le droit d'action n'étant limité que par la prescription (U. MEYER / L. UTTINGER, in : J.-A. SCHNEIDER / T. GEISER / T. GÄCHTER (éd.), *Commentaire LPP et LFLP*, Berne 2010, ad art. 73 LPP, n° 75), laquelle n'a pas été soulevée par la défenderesse et n'est au demeurant pas acquise. 4. Déposée auprès de l'autorité compétente et dans la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RSG E 5 10), la demande est recevable. La demande reconventionnelle est également recevable. 5. a) En vertu de l'art. 23 LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, avaient droit aux prestations d'invalidité les personnes qui étaient invalides à raison de 50% au moins au sens de l'assurance-invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Depuis le 1er janvier 2005, ont droit aux prestations d'invalidité les personnes qui sont

A/2791/2009 - 21/31 - invalides à raison de 40% au moins (art. 23 let. a LPP). En ce qui concerne l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité, l'art. 24 al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, prévoyait que l'assuré avait droit à une rente entière s'il est invalide à raison des deux tiers au moins au sens de l'assurance-invalidité et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins. Depuis le 1er janvier 2005, cette disposition prévoit l'échelonnement des rentes comme suit : un quart de rente pour 40% d'invalidité au moins, une demi-rente pour 50% d'invalidité au moins, trois quarts de rente pour 60% d'invalidité au moins et une rente entière pour 70% d'invalidité au moins (ATF B 146/06 du 3 décembre 2007, consid. 4.1). b) La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision LPP) 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), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux, dès lors qu'il porte sur des prestations durables qui n'ont pas encore acquis force de chose décidée, doit être examiné à l'aune des anciennes dispositions de la LPP en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2005 (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4; ATF B 146/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Toutefois, selon la lettre f des dispositions transitoires de la modification de la LPP du 3 octobre 2003 (1ère révision de la LPP), les rentes d'invalidité en cours avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont régies par l'ancien droit (al. 1); pendant une période de deux ans dès l'entrée en vigueur de la présente modification les rentes d'invalidité seront fondées sur le droit en vigueur selon l'art. 24 dans sa version du 25 juin 1982 (al. 2); si le degré d'invalidité diminue lors de la révision d'une rente en cours, celle-ci est prise en considération selon l'ancien droit (al. 3). Ainsi, à l'inverse, si le degré d'invalidité augmente, ce sont les nouvelles règles qui s'appliquent (T. GEISER / C. SENTI, in : J.-A. SCHNEIDER / T. GEISER / T. GÄCHTER (éd.), op. cit., ad disp. trans. 1ère révision LPP, n° 20). c) Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, la notion d'invalidité est la même que dans l'assurance-invalidité. C'est pourquoi l'institution de prévoyance est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 269 consid. 2a p. 271, 120 V 106 consid. 3c p. 108 et les références). En matière de prévoyance plus étendue, en revanche, il est loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion différente. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 123 V 269 consid. 2d p. 273, 115 V 208 consid. 2b p. 211 et 215 consid. 4b p. 219). Si

A/2791/2009 - 22/31 - l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (ATF 115 V 215 consid. 4c p. 220; ATF B 146/06 du 3 décembre 2007, consid. 4.1). Le Règlement de prévoyance – quelle que soit sa version – de la défenderesse prévoit que l'invalidité déterminante est l'invalidité au sens de l'AI (art. 13 al. 1). On doit déduire de cette disposition que l'invalidité selon le Règlement est identique à la notion d'invalidité selon la LAI. d) Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b p.263 sv et les références citées; ATF 9C_564/2008 du 22 juillet 2009, consid. 2.1). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à

la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1 p. 275). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 123 V 262 consid. 1c p. 264, 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117; ATF 9C_564/2008 du 22 juillet 2009, consid. 2.1). 6. En premier lieu, il convient de déterminer si le demandeur avait droit à une rente d'invalidité LPP pour la période du 1er novembre 2001 au 31 décembre 2003, la décision de la défenderesse de ne point allouer de rente au demandeur durant la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004 n'étant pas contestée. 6.1 En l'espèce, il n'est pas contesté que le 31 décembre 2000, soit un mois après la fin des rapports de travail, le demandeur est sorti du cercle des assurés (art. 10 a. 2 et 3 LPP). Il n'est pas contesté non plus que l'incapacité de travail du demandeur est survenue en octobre 1999. Il faut dès lors admettre que la condition de la connexité temporelle est réalisée. Quant à la condition de la connexité matérielle, elle est également remplie, ce que personne ne conteste. 6.2 S'agissant du taux d'invalidité pendant cette période, il a été déterminé à 40% par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans son arrêt du 13 mars 2007

A/2791/2009 - 23/31 - (ch. 20 let. e supra), après un examen minutieux des rapports médicaux à sa disposition. Les constatations de l'autorité précitée, qui ne sont au demeurant contestées par personne, lient les parties, dans la mesure où la notion d'invalidité contenue dans le Règlement de la défenderesse est la même que dans l'assurance-invalidité (consid. 5c supra in fine). Concernant le «cas grave» prévu par l'ancien l'art. 28 al. 1bis LAI, il s'agissait d'une particularité de la LAI permettant d'accorder une rente supérieure à celle normalement due sur la base d'un taux d'invalidité situé entre 40 et 49%, mais ne modifiait toutefois pas ce taux. Il s'ensuit que le fait que l'Office AI ait décidé de mettre le demandeur au bénéfice du «cas grave» pour la période concernée, en lui allouant une demi-rente en lieu et place d'un quart de rente d'invalidité, n'a pas eu d'incidence sur le taux d'invalidité, qui est demeuré à 40%. Sans disposition correspondante à l'art. 28 al. 1bis LAI dans le Règlement de la défenderesse, c'était le taux de 40% qui était déterminant pour l'octroi de prestations de la prévoyance professionnelle. En accordant au demandeur une demi-rente d'invalidité basée sur un taux de 50% – en lieu et place de lui refuser toute rente en raison d'un taux d'invalidité de 40% – du 1er novembre 2001 au 31 décembre 2003, la Caisse a effectivement commis une erreur, dont le montant correspond à la totalité des rentes versées durant cette période, soit 18'349 fr. 6.3 a) Il convient désormais d'examiner si la défenderesse est en droit d'en exiger la restitution à titre reconventionnel. A teneur de l'art. 35a LPP, les prestations touchées indûment doivent être restituées. La restitution peut ne pas être demandée lorsque le bénéficiaire était de bonne foi et serait mis dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution se prescrit par une année à compter du moment où l'institution de prévoyance a eu connaissance du fait, mais au plus tard par cinq ans après le versement de la prestation. Si le droit de demander restitution naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, ce délai est déterminant (al. 2). L'art. 35a LPP s'applique tant à la prévoyance obligatoire qu'à la prévoyance plus étendue (B. KAHIL-WOLFF, in : J.-A. SCHNEIDER / T. GEISER / T. GÄCHTER (éd.), op. cit., ad art. 35a LPP, n° 3). Une prestation est «indûment touchée» du moment qu'elle a été versée sans cause juridique valable. Un tel versement peut résulter, par exemple, de l'évaluation erronée du degré d'invalidité (B. KAHIL-WOLFF, in : J.-A.

SCHNEIDER / T. GEISER / T. GÄCHTER (éd.), op. cit., ad art. 35a LPP, n° 6). Ce qui est déterminant pour le délai relatif d'une année, c'est le moment où l'autorité administrative connaît ou aurait dû connaître les faits fondant l'obligation

A/2791/2009 - 24/31 - de restituer. La jurisprudence rendue à cet égard sur les articles 25 LPGA et 47 aLAVS (ATF 110 V 304 consid. 2b p. 305; 111 V 14 consid. 3 p. 17; 119 V 431 consid. 3a p. 433) peut être appliquée à l'art. 35a LPP (ATF 9C_611/2010 du 15 décembre 2010, consid. 3). b) En l'espèce, le versement litigieux – de la totalité des rentes à titre rétroactif sur la base d'un taux de 50%, alors qu'il s'élevait en réalité à 40% – est intervenu suite à la décision de la Caisse du mois de mars 2009 (ch. 24 et 25 supra). Cette dernière ayant fait valoir, à titre reconventionnel, son droit à la restitution des prestations indûment touchées dans sa réponse du 6 octobre 2009, le délai d'une année n'était pas expiré à ce moment, de sorte que sa créance de 18'349 fr. n'est pas prescrite. c) Dans la mesure où la défenderesse conclut à la restitution de ce montant, il n'est point nécessaire d'examiner si les conditions de la bonne foi du demandeur et de sa mise en situation difficile sont réalisées, puisque, contrairement à l'art. 25 LPGA, l'art. 35a al. 1 LPP permet à l'institution de prévoyance de renoncer à la restitution mais ne l'y oblige pas lorsque ces deux conditions cumulative sont réalisées (B. KAHIL-WOLFF, in : J.-A. SCHNEIDER / T. GEISER / T. GÄCHTER (éd.), op. cit., ad art. 35a LPP, n° 8). d) La défenderesse réclame des intérêts moratoires sur le montant devant être restitué. Le droit des assurances sociales, en particulier l'art. 25 LPGA, ne prévoit pas d'intérêts rémunérateurs lors de la restitution de prestations indues, sauf dans des situations exceptionnelles non réalisées en l'espèce. Selon les commentateurs de la LPP, pour des raisons d'uniformité, il convient d'adopter cette approche dans le cas de l'art. 35a LPP également et ne pas exiger des intérêts rémunérateurs alors de la restitution (B. KAHIL-WOLFF, in : J.-A. SCHNEIDER / T. GEISER / T. GÄCHTER (éd.), op. cit., ad art. 35a LPP, n° 13). La Chambre de céans fait sien cet avis et, partant, n'allouera pas d'intérêts moratoires. 7. Deuxièmement, il convient de déterminer si le demandeur a droit à un quart de rente d'invalidité LPP pour la période du 1er janvier 2005 au 31 août 2007, compte tenu de l'entrée en vigueur de la nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision LPP). 7.1 Dans la mesure où, au moment de l'entrée en vigueur de la 1ère révision LPP, la décision de la défenderesse de ne point allouer de rente au demandeur durant la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004 n'avait pas encore été prise et n'avait donc pas acquis force de chose jugée, il ne s'agit pas d'un cas de «rentes en cours» devant être examiné à l'aune de l'ancien droit au sens de l'alinéa 1 de la lettre f des dispositions transitoires de la modification de la LPP du 3 octobre 2003 (1ère révision de la LPP). 7.2 Selon l'art. 24 LPP, dans sa version entrée en vigueur le 1er janvier 2005 mais applicable en janvier 2007 seulement (lettre f al. 2 des dispositions transitoires de la

A/2791/2009 - 25/31 - modification de la LPP du 3 octobre 2003), l'assuré a droit à un quart de rente pour 40% d'invalidité au moins et à une demi-rente pour 50% d'invalidité au moins. 7.3 En l'espèce, le taux d'invalidité jusqu'au 22 juin 2006, qui correspond à la date de la décision sur opposition prise par l'Office AI (ch. 20 let. c supra) a été fixé à 40% par le Tribunal cantonal des assurances sociales (ch. 20 let. e supra), après un examen minutieux des rapports médicaux concernant le demandeur. La Chambre de céans fait siennes les considérations contenues dans l'arrêt du 27 mars 2007, en retenant le même taux d'invalidité de 40% du 1er janvier 2005 au 22 juin 2006. Dans la mesure où ce taux est identique à celui retenu depuis 2000 et qu'il découle exclusivement à la spondylarthrite

ankylosante dont souffre le demandeur, il faut admettre que tant la condition de la connexité temporelle que celle de la connexité matérielle sont remplies. S'agissant du taux d'invalidité postérieurement à cette date, tous les médecins – hormis le Dr S _____, dont l'avis sera examiné ci-dessous – se sont accordés à retenir un taux de 100%, au moins à compter du 22 juin 2006. En effet, le Dr C _____ dans son rapport du 5 juillet 2006 (ch. 20 let. d supra), le Dr G _____ dans sa lettre du 9 juillet 2007 (ch. 23 let. a supra), le Dr K _____ dans son courrier du 29 juin 1997 (ch. 23 let. b supra) et les examinateurs du SMR dans leur rapport du 16 avril 2008 (ch. 27 supra) ont estimé que la capacité de travail du demandeur était nulle dans toute activité. Seul le Dr S _____ a considéré que la capacité de travail du demandeur pourrait être de 75% (ch. 41 supra). Cet avis, isolé, ne saurait être suivi, dans la mesure où il s'agit d'une appréciation toute générale (car formulée «par comparaison avec d'autres patients d'une pure vue rhumato-somatique») et abstraite, puisque cet avis a été formulé sans que le médecin précité n'ait examiné le demandeur. La Chambre de céans considère que le taux d'invalidité retenue dans la cadre de la procédure AI, en particulier par les examinateurs du SMR, soit de 100%, peut être retenu. Ce taux lie les parties, sachant que, comme déjà exposé (consid. 5 let. e supra), la notion d'invalidité prévue dans le Règlement de la défenderesse est la même que celle de l'assurance-invalidité. En revanche, les médecins n'ont pas un avis concordant sur l'origine de l'aggravation du taux d'invalidité du demandeur. Plusieurs avis médicaux ont été donnés postérieurement à l'accident de la circulation du mois de juillet 2005 dont a été victime le demandeur. Il ressort des avis médicaux adressés à ALLIANZ par le Dr G _____, rhumatologue, immédiatement après l'accident, qu'il ne fallait pas s'attendre à un dommage résiduel (rapport du 15 août 2005), que le traitement devrait prendre fin à mi-novembre 2005 (rapport du 10 octobre 2005), ce qui s'est vérifié dans les faits (rapport du 29 novembre 2005), de sorte que l'on pouvait considérer que le demandeur avait retrouvé l'état de santé qui était le sien avant ledit accident et qu'il n'y avait pas une incapacité de travail en relation avec cet accident (rapport du 29 novembre 2005). Il a ajouté que l'accident du 9 juillet 2005 avait décompensé

A/2791/2009 - 26/31 - temporairement l'état déjà précaire de la colonne cervicale du demandeur mais que dès mi-novembre 2005, cet événement ne jouait plus aucun rôle significatif dans l'évolution de ses affections (rapport du 23 décembre 2008). Il a précisé que le scanner effectué le lendemain de l'accident avait révélé des lésions cervicales importantes découlant de sa spondylarthrite ankylosante et non de l'accident car celle-ci mettaient plusieurs années à se former. L'accident, qui avait provoqué un brusque mouvement en avant et en arrière de la tête, avait entraîné une augmentation des douleurs cervicales, qui préexistaient depuis 1998-1999, ainsi que les vertiges et des maux de tête également présent avant l'accident. Ce dernier avait provoqué des séquelles durant quelques mois, mais sans déficit neurologique. (audition du 29 septembre 2011). Le Dr N _____, spécialiste en neurologie et électro-encéphalographie, confirme que l'accident n'a pas provoqué de lésions organiques (rapport du 25 août 2005). Le Dr K _____, psychiatre, a déclaré que depuis qu'il suivait le demandeur, il y avait eu une dégradation. Il n'avait pas constaté de dégradation subite ou d'événement particulier qui aurait provoqué la dégradation de l'état de santé du demandeur. À son avis, l'accident de la circulation dont ce dernier avait été victime en juillet 2005 n'avait pas eu d'incidence sur son état de santé psychique (audition du 8 décembre 2011). Le Dr C _____, hématologue, a constaté que l'état physique et psychique du demandeur s'était aggravé de manière sensible et que sa maladie de Bechterew avait continué d'évoluer et d'entraîner des

difficultés à se mouvoir beaucoup plus importantes qu'en 2001. Le médecin précité n'a toutefois pas fait mention de l'accident de la circulation du mois de juillet 2005 comme cause de l'aggravation de l'état de santé du demandeur (rapport du 5 juillet 2006). Dans leur rapport du 16 avril 2008, les examinateurs du SMR, neurologue et psychiatre, ont indiqué que leur examen clinique était effectivement péjoré par rapport à celui fait au SMR le 25 juin 2004, qu'il y avait donc, au plan rachidien, une nette détérioration de la situation. Celle-ci était corroborée par les RX à disposition, qui permettaient de noter une très nette péjoration de la situation en deux ans, avec apparition d'une syndesmophytose cervicale antérieure importante. Tout permettait de penser que des modifications de même nature s'étaient installées dans l'intervalle au niveau dorsal et lombaire. Même si l'atteinte liée à la spondylarthrite ankylosante était limitée au rachis, sans atteinte objective des extrémités, la sévérité de l'atteinte, son caractère rapidement progressif entraînaient des limitations fonctionnelles tout à fait majeures, incompatibles avec une activité professionnelle quelconque, même adaptée en termes biomécaniques. À la question de savoir depuis quand il y avait eu une incapacité de travail de 20% au moins, les examinateurs ont indiqué qu'il était particulièrement difficile de répondre à cette question vu les difficultés d'appréciation qui émaillaient le traitement du dossier de cet assuré et qu'en conséquence des différentes prises de position administratives et juridiques, l'assuré était au bénéfice d'un quart de rente AI depuis 2000. Sur le plan

A/2791/2009 - 27/31 - psychiatrique, ils ont indiqué que l'assuré avait déclaré l'aggravation de son état de santé à compter du 9 juillet 2005, lorsqu'il avait été victime d'un accident de la circulation. À la question de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis lors, les examinateurs ont indiqué que, rétrospectivement, il était toujours extrêmement difficile de répondre à une telle question. Néanmoins, en comparant les documents objectifs à leur disposition, notamment le rapport SMR de juin 2004 et leur examen, ils avaient constaté une nette péjoration de la situation entre les deux examens; tout laissait penser que l'aggravation avait surtout été marquante depuis l'accident de la route de juillet 2005. Ils ont indiqué qu'au plan purement somatique, il leur semblait médicalement cohérent d'admettre une incapacité de travail complète depuis l'été 2005. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail de 100% était stationnaire. Sur la base du rapport précité du SMR, le Dr R _____, sans spécialisation, a estimé que sans l'accident de la circulation du 9 juillet 2005, l'assuré aurait gardé une capacité résiduelle de travail de 70%, comme retenu dans l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 13 mars 2007 et qu'il était clair que l'accident avait eu d'importantes conséquences sur la santé de l'assuré, tant sur le plan physique et psychique, et que sa capacité résiduelle de travail qui était de 70% avant l'accident était devenue nulle depuis (rapport – non signé – du 16 avril 2009). Le Dr O _____, neurochirurgien, a relevé que des lésions traumatiques dues à cet accident pouvaient être exclues par l'examen radiologique, rhumatologique et neurologique, que la récupération avait été favorable et que le traitement dû à l'accident avait pu être terminé le 14 novembre 2005, soit quatre mois après l'événement. Il était d'avis que, médico-théoriquement, le statu quo ante était atteint. À côté de cet épisode, l'état de santé du demandeur avait continué à se péjorer comme cela était l'évolution normale de la maladie de Bechterew. Le fait que le demandeur avait été officiellement déclaré invalide à 100% n'était pas contesté. En revanche, il était inadmissible que cette incapacité totale de travail fût au compte d'un événement sans suite négative et après lequel le statu quo ante avait été atteint relativement rapidement. Il ressortait clairement et nettement de la documentation importante que la maladie de Bechterew et les problèmes

psychiatriques avaient évolué d'une manière lente et constante et avaient atteint une importance telle que le patient ne pouvait plus exercer une activité professionnelle. Il ressortait également des documents médicaux que l'accident du 9 juillet 2005 n'avait pas influencé cette évolution (rapport du 6 juillet 2009). Finalement, sur examen du dossier, le Dr S _____ a mis en doute le diagnostic de maladie de Bechterew et considéré qu'avec un traitement médicamenteux adéquat, le demandeur disposerait d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée (rapport du 8 mai 2012). La Chambre de céans d'avis que, selon une vraisemblance prépondérante, les lésions présentées par le demandeur en 2007, ayant justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité AI, sont consécutives à sa maladie de Bechterew plutôt qu'à

A/2791/2009 - 28/31 - l'accident de la circulation dont il a été victime au mois de juillet 2005. En effet, elle donne une préférence à l'avis motivé et convainquant du Dr G _____, dans la mesure où, immédiatement après l'accident de la circulation du mois de juillet 2005, c'est-à-dire à une époque où le litige au sujet de la causalité entre l'aggravation du taux d'invalidité du demandeur et l'accident n'était pas litigieuse, le médecin précité avait indiqué que le traitement avait pris fin au mois de novembre 2005 et qu'il n'y avait pas incapacité de travail en relation avec cet accident. Cet avis a été corroboré par l'examen effectué par le Dr N _____, qui ne révélait aucune lésion organique, et par l'avis, motivé, du Dr O _____, ainsi d'ailleurs qu'indirectement par celui du Dr S _____, qui a indiqué qu'en règle générale, on pouvait s'attendre à un retour statu quo ante environ six à huit semaines après l'accident. Cela signifie que, bien qu'il ait provoqué un traumatisme crânio-cervical indirect et des contusions au genou droit et au coude gauche, l'accident de la circulation de juillet 2005 ne s'est plus retrouvé dans une relation de causalité adéquate avec l'état de santé présenté par le demandeur en 2007 et n'a donc pas pu interrompre la connexité matérielle existant entre ce dernier et la spondylarthrite ankylosante dont il souffre. Cela est confirmé par le fait que l'essentiel des limitations fonctionnelles retenues par les examinateurs du SMR existaient déjà avant ledit accident. Quant à l'avis de ces derniers, selon lequel on peut fixer la survenance de l'aggravation du taux d'invalidité du demandeur à la date de l'accident de la circulation, il n'emporte pas la conviction dans la Chambre de céans, dans la mesure où il apparaît que cette date a été fixée sans grande conviction; ils ont en effet précisé qu'il était très difficile de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis 2000 et il ressort de leur rapport que, finalement, le seul élément dont ils étaient certains était l'aggravation de l'état de santé du demandeur entre l'examen du SMR de 2004 et le leur. Sachant qu'il se fonde exclusivement sur l'avis des examinateurs, l'avis, péremptoire, du Dr R _____, non spécialiste, selon lequel il était certain que, sans l'accident, la capacité de travail du demandeur se serait maintenue à 70%, ne saurait dès lors être suivi, sans compter qu'il n'est pas signé, ce qui suffit à lui dénier toute valeur probante. Enfin, l'avis du Dr S _____ n'emporte pas non plus la conviction de la Chambre de céans, dans la mesure où il s'agit d'une appréciation toute générale et abstraite, puisque cet avis a été formulé sans que le médecin précité n'ait examiné le demandeur, ni même n'ait pu consulter le dossier radiologique, et qu'il s'agit du seul médecin ne retenant pas le diagnostic de maladie de Bechterew alors que cette dernière avait été diagnostiquée par tous les médecins ayant examiné le demandeur depuis 1993. En d'autres termes, la Chambre de céans retient qu'au plus tard en juin 2006, le demandeur présentait un taux d'invalidité de 100% en relation de causalité avec l'affection qui avait entraîné, en octobre 1999, son incapacité de travail. La condition de la connexité matérielle était ainsi remplie. Il s'ensuit que la défenderesse était

tenue à des prestations en faveur du demandeur dès le 1er janvier 2007.

A/2791/2009 - 29/31 - 7.4 En application de l'art. 24 LPP, dans sa version entrée en vigueur le 1er janvier 2005 mais applicable en janvier 2007 seulement (consid. 7.2 supra) et de l'art. 13.2 du Règlement version 2007 de la défenderesse entré en vigueur le 1er janvier 2007 (ch. 22 supra), le demandeur avait droit à une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100% dès le mois de janvier 2007. Dans la mesure où le demandeur n'a pas conclu à l'octroi d'une rente entière pour la période du 1er janvier 2005 au 31 août 2007, la Chambre de céans ne pourra la lui accorder, sauf à statuer ultra petita. Elle lui accordera dès lors un quart de rente du 1er janvier 2007 au 31 août 2007. 8. Le litige porte également sur le point de savoir si, à partir du 1er septembre 2007, l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité du demandeur (augmentation de 40% à 100%) était ou non due à l'accident de la circulation du 9 juillet 2005 et si la défenderesse était tenue à des prestations dès cette date. 8.1 Les considérations émises ci-dessus (consid. 7 supra) demeurent valables pour la période à partir du 1er septembre 2007. En d'autres termes, la Chambre de céans retient que l'augmentation du taux d'invalidité du demandeur de 40% à 100% depuis le 22 juin 2006 au moins est en connexité tant temporelle que matérielle avec la spondylarthrite qui a été diagnostiqué la première fois en 1993 et qui a entraîné son incapacité de travail depuis le mois d'octobre 1999. Il s'ensuit que la défenderesse était tenue de (continuer à) prester en faveur du demandeur à compter du 1er septembre 2007. 8.2 Ainsi, en application de l'art. 24 LPP et de l'art. 13.2 du Règlement de la défenderesse (version 2007), le demandeur a droit à une rente entière d'invalidité basée sur un taux de 100% à compter du 1er septembre 2007. 9. a) En ce qui concerne les frais et dépens de la cause, l'art. 73 al. 2 LPP précise que les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite. L'art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10) prévoit quant à lui que la procédure est gratuite pour les parties, sous réserve de l'indemnité de procédure allouée au recourant qui obtient gain de cause. Cette disposition est en réalité une reprise de l'art. 61 let. g 1ère phrase LPGA qui limite effectivement le droit à une indemnité pour frais et dépens au seul recourant. Or, la notion de «recourant» utilisée par la loi fédérale ne saurait être comprise dans son sens le plus strict mentionné ci-dessus; la jurisprudence a en effet considéré que quelle que soit la qualité (en procédure cantonale) de l'assuré, il peut prétendre à des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 108 V 111). Saisi d'un litige concernant le domaine de la prévoyance professionnelle, dans lequel les procédures sont introduites non par la voie du recours, mais par celle de l'action de droit administratif, le Tribunal fédéral a également estimé que le demandeur avait droit à des dépens, et cela malgré le terme de «recourant» utilisé à l'art. 73 al. 2 LPP. A contrario, le Tribunal Fédéral a confirmé que les assureurs sociaux qui obtiennent

A/2791/2009 - 30/31 - gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4; ATAS/1092/2012 du 4 septembre 2012, consid. 14). b) En l'espèce, le demandeur a obtenu partiellement de cause, de sorte qu'une indemnité de 2'000 fr. lui sera allouée à titre de dépens. Quant à la défenderesse, elle n'a pas droit à des dépens, même si sa demande reconventionnelle a été admise, sous réserve des intérêts moratoires.

A/2791/2009 - 31/31 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.