

# GE\_GERICHTE A/1132/2011 vom 8. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1132\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1132_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1132/2011 du 8 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1132/2011 del 8 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur V \_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Antje BECK MANSOUR demandeur contre CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET CONSTRUCTION, sise rue de Malatrex 14, 1201 GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER défendeur EN FAIT Monsieur V \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant italien né en 1962, a travaillé jusqu'en 1996 en tant que manœuvre-machiniste pour X \_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il a été affilié à la CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET CONSTRUCTION (ci-après la caisse LPP). Souffrant depuis 1985 par intermittence de lombalgies à répétition avec sciatalgies à droite de type L5-S1, l'assuré a présenté des douleurs lombaires à la suite d'un effort au travail le 6 août 1996, suivies 15 jours plus tard de sciatalgies postérieures à droite, qui ont entraîné une incapacité de travail. Dans un rapport du 24 octobre 1996, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 droite luxée et a prescrit un traitement de physiothérapie. Il a estimé qu'il n'y avait pas d'urgence neurologique à pratiquer une décompression chirurgicale. Le 7 mars 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OAI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession ainsi que d'une rente. Dans un rapport du 11 février 1998, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a indiqué qu'une IRM effectuée au mois de juillet 1997 avait confirmé l'existence d'une petite hernie L5-S1 à droite. Il a ajouté qu'on pouvait envisager de l'enlever si l'on pensait que les douleurs étaient vraiment dues à cette hernie, mais qu'il craignait que le résultat à long terme fût insatisfaisant chez l'assuré, qui ne travaillait pas depuis une année et dont les plaintes débordaient largement le contexte d'une simple hernie discale. Dans un rapport du 11 avril 1998, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une radiculopathie S1-L5 droite sur hernie discale L5-S1. Il a estimé que l'assuré paraissait être apte à travailler dans une autre activité légère et sans contrainte pour le dos. L'assuré a quitté la caisse le 31 décembre 1998. Dans un rapport d'expertise du 11 janvier 1999, le Dr A \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était totalement incapable de reprendre une profession aussi lourde que celle qui était la sienne mais devrait pouvoir assumer un travail léger sans port de charges. Il a précisé qu'il était totalement restrictif quant à une indication opératoire et la réserverait à l'apparition d'un déficit neurologique franc. Dans son rapport complémentaire du 25 janvier 1999, il a diagnostiqué des lombosciatalgies droites chronifiées sur petite hernie discale L5-S1 droite. Il a fait état d'une attitude assez démonstrative lors de l'examen clinique du 17 décembre 1998, en relevant que l'irradiation décrite par le patient était partiellement cohérente, dans la mesure où le trajet S1 était inclus

dans les douleurs décrites par l'assuré mais que l'hypoesthésie débordait très largement ce territoire et incluait des racines ne souffrant d'aucune contrainte sur les documents radiologiques. Dans un rapport du 27 mai 1999, le Dr C \_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état de santé de l'assuré, se manifestant par une augmentation des douleurs dans la jambe droite, l'apparition de fourmillements dans la cuisse gauche, une rectitude lombaire encore plus importante et la présence de fourmillements sous la plante du pied droit. Il a estimé que la capacité résiduelle de travail dans l'ancienne profession était nulle et qu'une activité de substitution paraissait toujours compromise. L'OAI a mis en œuvre un stage d'observation professionnelle qui a eu lieu du 25 octobre au 19 novembre 1999 dans le cadre du CENTRE D'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE DE L'AI (COPAI). Dans leur rapport du 6 décembre 1999, les maîtres de réadaptation ont conclu à l'impossibilité de reclasser l'assuré dans le circuit économique normal en raison de ses nombreuses limitations physiques et ses difficultés d'intégration sociale, caractérisées par son enfermement dans une expression douloureuse, la manifestation de douleurs, le besoin répétitif de s'arrêter au cours des activités et l'adoption d'une attitude très expressive montrant que tout lui était difficile, voire impossible. Dans son rapport du 27 novembre 1999, le Dr D \_\_\_\_\_, médecin consultant du COPAI, a indiqué que l'évolution vers un syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique objectif était évidente et que l'examen clinique était difficilement interprétable, dès lors qu'il n'y avait pas de corrélation anatomique ou neurologique entre les manifestations douloureuses et les signes physiques. Il a relevé que tous les signes de non-organicité étaient présents. Il a précisé que l'assuré n'était pas conscient des contradictions présentes et souffrait très réellement de la situation dans laquelle il se trouvait. Une évaluation psychiatrique était nécessaire afin de permettre de confirmer ses hypothèses. Dans un rapport d'expertise du 5 avril 2000 mise en œuvre par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux et estimé que l'incapacité de travail était de 100 % très probablement depuis le 6 août 1996 et pour toutes les activités professionnelles. Il a justifié son appréciation par la douleur qui envahissait très fortement la vie de l'assuré et par la faiblesse de ses capacités d'investissement dans les différents domaines de sa vie. Il a également relevé la coïncidence entre les événements de vie de l'assuré et l'apparition des douleurs du dos, lui permettant de poser l'hypothèse que la paternité avait constitué un obstacle difficilement surmontable pour celui-ci. Dans un rapport d'expertise du 7 novembre 2000, les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et médecin adjoint du CENTRE D'OBSERVATION MÉDICALE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (COMAI) de l'Hôpital San Giovanni à Bellinzone ont diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un syndrome lombo-vertébral sur composante radiculaire S1 à droite et sur hernie discale L5-S1 à droite ainsi qu'un trouble dysthymique. Lors du consilium psychiatrique du 16 octobre 2000, le Dr G \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles dysthymiques (F 34.1). Il a considéré que l'incapacité de travail était tout au plus de 30% en raison d'un ralentissement idéo-verbal, de troubles de la socialisation, d'une inhibition et d'un adynamisme. Il a expliqué que l'on ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, vu l'absence de conflits émotionnels de l'assuré qui présentait tout au plus des conflits internes liés à sa situation d'immigré. Dans leurs conclusions de synthèse, les experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon et de machiniste de chantier depuis août 1996. En revanche, ils ont retenu une capacité résiduelle de travail de 70 à 75% dans une activité légère, sans port de charges de plus de 10 kg, sans travaux

manuels lourds et sans position de travail assis ou debout et penché en avant, avec la possibilité d'alterner les positions de travail assis-debout. Ils ont considéré que les chances de succès d'une réadaptation demeuraient bonnes à condition que l'assuré se fasse accompagner au plan psychologique, et qu'une telle mesure permettrait même d'atteindre une capacité de travail totale. Ils ont nié que des éléments d'origine socioculturelle aient joué un rôle prédominant. Par décision du 4 avril 2001, l'OAI a refusé toutes prestations sous forme de mesures professionnelles, hormis l'aide au placement. Par décisions des 8 octobre 2001, 23 janvier et 1<sup>er</sup> février 2002, il a en revanche octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 1997 au 29 février 2000 sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, puis dès le 1<sup>er</sup> mars 2000 une demi-rente d'invalidité pour cas pénible basée sur un taux d'invalidité de 45 %. Il a considéré qu'un traitement psychiatrique ou psychologique était susceptible d'améliorer l'état de l'assuré et que ce dernier était tenu de s'y soumettre en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Dans son rapport du 4 août 2003, le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a précisé qu'il traitait l'assuré depuis février 2003. Il a diagnostiqué un trouble dépressif avec somatisation et une probable modification durable de la personnalité à la suite d'un syndrome algique chronique. Il a attesté d'une incapacité de travail totale pour une longue durée, probablement définitive. Lors de son examen clinique, il a constaté notamment que l'assuré se déplaçait lentement et avec précaution du fait de ses douleurs somatiques, s'exprimait lentement, avait une attitude soumise, manquait de réactivité émotionnelle, présentait une attitude inquiète et un net ralentissement psychomoteur, vivait retiré et ne voyait ses frères qu'occasionnellement. Il a également fait état d'un manque d'intérêt, de confiance en soi et d'une humeur triste. Par décision du 6 janvier 2004, l'OAI a réduit ses prestations à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, à la suite de l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la loi sur l'assurance-invalidité. Par décisions du 16 juin 2004, la caisse LPP a accordé à l'assuré une rente d'invalidité complète pour la période du 1<sup>er</sup> août 1997 au 29 février 2000, assortie d'une rente pour enfant. Elle a précisé qu'une invalidité inférieure à 50 % au sens de l'assurance-invalidité ne donnait pas droit à des prestations de prévoyance professionnelle. Par arrêt du 11 août 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal) a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre les décisions de l'OAI des 4 avril, 8 octobre 2001, 23 janvier et 1<sup>er</sup> février 2002 ( ATAS/618/2004 ). Il a admis la valeur probante du rapport d'expertise du COMAI diagnostiquant un trouble dysthymique et concluant à une capacité résiduelle de travail de 70 à 75 %, tout en relevant que l'assuré ne présentait pas une structure de personnalité avec des traits prémorbides, ni de comorbidité psychiatrique ou de perte d'intégration sociale, de sorte que même en retenant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr I \_\_\_\_\_, celui-là n'avait pas de caractère invalidant. Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assuré, qui semblait ressortir du rapport du Dr H \_\_\_\_\_ en raison de l'apparition d'un trouble dépressif en janvier 2003, elle était postérieure aux décisions litigieuses et devait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a ainsi confirmé les décisions de l'OAI. Le 14 décembre 2004, l'assuré a demandé à l'OAI de réviser sa rente en raison de l'aggravation de son état de santé. Il a joint à sa demande un rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2004 mentionnant une dégradation progressive de son état de santé face à l'intrication de ses problèmes physiques et ses conséquences psychologiques. Il a également produit un rapport du Dr H \_\_\_\_\_ du 13 septembre 2004, faisant état d'une aggravation de la fatigue et du ralentissement psychomoteur malgré une prise régulière d'antidépresseurs et diagnostiquant un trouble somatoforme douloureux persistant. Dans un

rapport du 21 février 2005, le Dr H\_\_\_\_\_ a mentionné un état de santé stationnaire et s'aggravant. Il a exposé que l'assuré vivait seul dans son appartement en passant la plus grande partie de ses journées sur son divan puisque sa femme et sa fille vivaient en Italie depuis 2000 et qu'il les voyait tous les trois mois environ. L'assuré était isolé et devait emprunter de l'argent à ses frères. Il a précisé que, depuis l'été 2004, l'assuré se plaignait également de douleurs dans la poitrine. Il a fait état de troubles mnésiques amenant une négligence dans la gestion de ses affaires. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, sous la rubrique "Trouble de la personnalité", il a également diagnostiqué une modification durable de la personnalité (F 62.8) et a précisé qu'aucune particularité comportementale de nature socioculturelle ne jouait un rôle dans l'affection actuelle. Les troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie et l'incapacité de travail était de 100 % dans toute activité en raison des douleurs persistantes et du trouble dépressif. Dans un rapport du 16 mars 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome lombovertébral présent depuis août 1996 et un canal lombaire relativement étroit, des radiculopathies L4-L5, L5-S1 existant depuis 2002, des épigastralgies-gonalgies-thoracalgies et un syndrome dépressif avec bouffées anxieuses entraînant une incapacité de travail de 100 % dès le 6 août 1996. Il a fait état d'une aggravation de l'état de santé. Il a précisé que, depuis fin 2000, la symptomatologie douloureuse tant au niveau du dos que des membres inférieurs ainsi que le moral de l'assuré s'étaient peu à peu dégradés. Le nouveau contrôle radiologique du 2 mars 2005 montrait une augmentation des signes de protrusion discale tant L4-L5 que L5-S1. On notait des douleurs sterno-costales en regard du précordium à la palpation de la cage thoracique. Il a préconisé une réévaluation neuro-chirurgicale. Dans un rapport du 10 mai 2005, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un trouble dépressif moyen avec manque d'énergie, ralentissement, baisse d'activité, absence de plaisir, fatigabilité, passivité, indifférence, troubles de concentration et de mémoire. Il a précisé que le trouble dépressif était sans manifestation d'affect et correspondait aux troubles de dépression essentielle décrite par les psychosomaticiens. Il a expliqué que le patient ne marquait aucun affect particulier en évoquant l'éloignement de sa famille et que le sentiment d'injustice semblait être le seul signe mobilisateur. Il a fait état d'une aggravation basée sur les plaintes et sur la durée persistante des troubles depuis près de neuf ans. Il a ajouté que les douleurs au niveau de la poitrine avaient été explorées par le Dr C\_\_\_\_\_ et qu'elles semblaient d'origine musculo-tendineuse et articulaire. Dans une note du 17 mai 2005, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) a conclu à l'absence d'aggravation objective et souligné que le trouble somatoforme n'avait pas valeur de maladie. Par décision du 16 février 2006, l'OAI a refusé de réviser la rente d'invalidité en raison de l'état de santé globalement identique à celui prévalant en octobre 2001. Dans le cadre de son opposition du 20 mars 2006, l'assuré a produit un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 14 mars 2005, lequel déclarait être frappé par la raideur lombaire extrêmement importante et le ralentissement psychomoteur important de l'assuré. Ce médecin relevait que l'IRM du 2 mars 2005 avait révélé notamment une protrusion discale gauche L4-L5 qui n'existait pas en 1997. Il diagnostiquait un syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant avec une sévérité telle qu'aucune activité même légère ne pouvait être envisagée. Il concluait à une incapacité de travail totale et définitive. Dans un rapport d'expertise du 28 mars 2007 émanant du COMAI de Lausanne, les Drs L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, M\_\_\_\_\_, psychiatre, et N\_\_\_\_\_, rhumatologue, ont diagnostiqué un syndrome

douloureux somatoforme persistant (F 45.4), un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2), une personnalité dépendante (F 60.7) et un retard mental (F 79), en précisant que ces atteintes avaient une incidence sur la capacité de travail. Ils ont relevé que depuis 2003 environ, il existait une extension des douleurs avec développement de cervicalgies, de douleurs des épaules, des coudes ainsi que des genoux. Cette symptomatologie douloureuse diffuse, associée au status clinique et aux résultats des examens complémentaires, semblait confirmer le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont précisé que ce trouble était subjectivement très important avec un retentissement fonctionnel sévère, l'assuré décrivant des limitations dans toutes les activités de la vie quotidienne et une incapacité à gérer complètement les tâches ménagères. Ils ont fait état, sur le plan psychiatrique, d'une symptomatologie dépressive avec un ralentissement psychomoteur extrêmement important et des altérations cognitives, sous forme de troubles de la mémoire et de la concentration, qui justifiaient de poser un diagnostic séparé d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, présent depuis 1996. Ils ont expliqué que l'expertisé ne verbalisait pas et ne montrait aucune émotion, semblant vivre sa vie de façon extrêmement passive, soit un fonctionnement qui avait permis l'émergence du syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de machiniste et de l'ordre de 30 % dans une activité adaptée, en ajoutant que l'assuré ne démontrait aucune ressource psychologique et aucune possibilité d'évolution de sorte que malgré un traitement de soutien psychologique, la problématique psychiatrique complexe s'était même aggravée. Ils ont noté que l'assuré ne semblait pas adhérer au traitement antidépresseur bien qu'il fût peu vraisemblable que la prise de Citalopram® permette une augmentation majeure de sa capacité de travail. Ils ont fait état d'un très mauvais pronostic en raison de la chronicisation du trouble somatoforme douloureux et de l'épisode dépressif sévère. Dans le rapport complémentaire du 19 juillet 2007, les experts ont considéré que l'état psychique de l'assuré s'était gravement détérioré à la suite du départ pour l'Italie de son épouse ainsi que de sa fille, et qu'on pouvait émettre l'hypothèse que celui-ci présentait des besoins de dépendance et de tendresse frustrés, fortement enfouis en lui et non reconnus. Ils ont indiqué que la situation extrêmement chronifiée existait déjà avant le départ de l'épouse et de la fille en Italie. Ils ont estimé qu'il était extrêmement difficile de distinguer dans quelle mesure les troubles des fonctions intellectuelles relevaient du déficit mental et/ou du trouble dépressif et que ces deux étiologies intervenaient de manière complexe ainsi que dans une proportion qui ne pouvait pas être précisée. Ils ont ajouté que l'assuré avait déclaré que lorsqu'il travaillait, il avait beaucoup de collègues et d'amis. Par décision sur opposition du 17 janvier 2008, l'OAI a confirmé son refus de réviser la rente d'invalidité au motif que, selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du COMAI, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de façon notable. Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales l'a admis partiellement par arrêt du 19 août 2008 ( ATAS/904/2008 ), et a reconnu que l'assuré ne disposait plus que d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. En substance, il a reconnu que l'expertise du COMAI devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, tout en écartant la conclusion selon laquelle l'épisode dépressif sévère serait apparu en 1996. Le Tribunal a en effet retenu que seuls des troubles dysthymiques avaient été mis en évidence en 2001, et que l'état psychique du recourant s'était progressivement dégradé depuis 2003, date à laquelle un trouble dépressif a été diagnostiqué et traité pour la première fois. Ce trouble était devenu moyen en 2005, puis sévère en novembre 2006, justifiant une incapacité de travail de l'ordre de 70% dans une

activité adaptée et sans espoir d'amélioration en raison de l'absence de ressources et de capacités adaptatives de l'assuré. En revanche, les troubles objectivables sur le plan lombaire ne s'étaient nullement aggravés. La progression des troubles douloureux aux épaules, aux coudes et au thorax depuis 2003 était la manifestation du trouble somatoforme douloureux, soit d'un trouble de la santé psychique et non pas physique. Il a renvoyé la cause à l'OAI pour calcul du degré d'invalidité et de la rente en tenant compte d'une capacité de travail de 30 %. Par décision du 17 janvier 2009, l'OAI a octroyé une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006 à l'assuré, assortie de rentes complémentaires pour son épouse et sa fille. Par courrier du 24 février 2009, l'assuré a requis de la caisse LPP qu'elle lui verse les rentes dues à la suite de la décision rendue par l'OAI. Le 4 mars 2009, la caisse a indiqué à l'assuré qu'elle ne pouvait verser de rente d'invalidité car les problèmes de dépression justifiant l'augmentation de la rente d'invalidité étaient survenus alors qu'il n'était plus assuré, si bien que la connexion matérielle n'était pas remplie. Par demande du 25 mars 2011, postée le 15 avril suivant, l'assuré a conclu sous suite de dépens au versement par la caisse LPP d'un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2005 à fin octobre 2006, avec intérêts à 5 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005, date moyenne, au versement d'une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2006, avec intérêts à 5 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006, ainsi qu'au renvoi de la cause à la caisse pour calcul des rentes dues et nouvelle décision ( sic ), et à titre subsidiaire au versement d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, avec intérêts à 5 % dès cette date. Il allègue qu'il était assuré auprès de la caisse LPP au moment de la survenance de son incapacité de travail, et produit notamment les documents suivants: un certificat établi le 17 août 2009 par le Dr H\_\_\_\_\_, qui indique notamment que l'assuré n'a jamais présenté de troubles dépressifs avant son accident en août 1996, à la suite duquel il en a développés, et que des médicaments psychotropes ont été prescrits dans un premier temps par le Dr C\_\_\_\_\_ puis par l'auteur du certificat dès février 2003, ainsi qu'une attestation également rédigée par le Dr H\_\_\_\_\_ et datée du 14 octobre 2010, aux termes de laquelle l'état psychique de l'assuré est inchangé par rapport à août 2009. L'assuré affirme que 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. Or, dans les arrêts rendu en août 2004 et août 2008 par le Tribunal cantonal des assurances sociales, il a été reconnu que son état de santé avait subi une aggravation. Il relève que selon le rapport du 5 avril 2000 du Dr I\_\_\_\_\_, le trouble somatoforme douloureux était déjà existant en 1996 et constituait la cause de son incapacité de travail. L'assuré ajoute que le syndrome somatoforme est également connu en médecine somatique sous les termes de lombosciatalgie chronique, lombago chronique, ou lombalgie aspécifique. Le trouble somatoforme douloureux étant une affection psychique, il en conclut que l'état dépressif sévère correspond à la même atteinte à la santé que celle subie initialement en 1996. Partant, la connexité temporelle et matérielle est remplie, puisque l'atteinte à la santé est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance, puis s'est aggravée. S'agissant en particulier de la connexité temporelle, son état de santé ne s'est jamais amélioré et il n'a jamais recommencé à travailler depuis le mois d'août 1996. La législation en matière de prévoyance professionnelle prévoit que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'assuré qui est invalide à 40% au moins a droit à un quart de rente. Par conséquent, la caisse doit octroyer un quart de rente d'invalidité à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2006, en raison de son taux d'invalidité de 70 % dès cette date. Dans sa réponse du 9 juin 2011, la caisse a conclu au rejet de la demande. Elle allègue que selon la jurisprudence, l'événement assuré est 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 devant 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. 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. Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité à la fois matérielle et temporelle. Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il faut examiner séparément pour chaque atteinte à la santé si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité. En outre, si une institution de prévoyance reprend la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée par l'estimation faite par les organes de cette assurance. Ce principe trouve toutefois sa limite lorsque l'invalidité retenue est fondée sur plusieurs causes, dont seules certaines sont à l'origine d'une incapacité de travail survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance. En l'espèce, la caisse LPP a repris la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité dans ses règlements du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2006, qu'elle produit. Elle est donc liée par les constatations de l'OAI et du Tribunal, dont les arrêts doivent être pris en compte. Dans l'arrêt du 11 août 2004, il a été considéré que l'assuré disposait dès le 18 mars 2000 d'une capacité résiduelle de travail de 70 à 75%. Il ne souffrait pas à cette époque d'une atteinte à la santé d'ordre psychique. De plus, les experts du COMAI de Bellinzone n'ont pas retenu de syndrome somatoforme douloureux. Seuls des troubles dysthymiques ont été mis en évidence en 2001, et le traitement des troubles psychiques n'a débuté qu'en février 2003, à la suite d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr I\_\_\_\_\_ a été écarté par le Tribunal, lequel a au demeurant souligné que les critères permettant de reconnaître le caractère invalidant d'un tel trouble n'étaient quoi qu'il en soit pas réunis. La caisse LPP affirme que les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ sur l'incapacité de travail totale dès le 6 août 1996 constituent un avis isolé et divergent par rapport aux nombreuses autres pièces médicales examinées par le Tribunal. De plus, sa fixation du moment de l'incapacité de travail ne remplit pas la condition de vraisemblance prépondérante posée par la jurisprudence, mais repose sur des hypothèses et des déductions spéculatives. La caisse LPP ajoute qu'un trouble somatoforme douloureux ne peut être considéré comme invalidant qu'à partir du moment où est apparue une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au plus tôt en juin 2005 et au plus tard en novembre 2006. Dans son second arrêt du 19 août 2008, le Tribunal a également examiné les rapports médicaux. Après cette analyse, il a exclu une aggravation des troubles lombaires et conclu que l'épisode dépressif sévère ne datait pas de 1996, contrairement aux indications des médecins du COMAI, mais au plus tôt de 2006, date dès laquelle cette atteinte entraînait une incapacité de travail de l'ordre de 70 % dans une activité adaptée. Partant, il y a donc eu en l'espèce deux invalidités. La première est consécutive aux troubles physiques de l'assuré, lesquels sont à l'origine de l'incapacité de travail survenue le 6 août 1996, alors qu'il était affilié à la caisse LPP. Elle a été dans un premier temps complète avant d'être fixée à 45%. Ce taux est toujours valable à ce jour s'agissant des troubles somatiques. La caisse LPP est

responsable du premier cas d'invalidité et a versé une rente entière pour la période du 16 août 1997 au 29 février 2000. Dès le 1<sup>er</sup> mars 2000, aucune rente de la prévoyance professionnelle n'est due dès lors que seuls les degrés d'invalidité égaux ou supérieurs à 50 % donnent droit à une rente. La deuxième invalidité est engendrée par les troubles psychiques, qui ont entraîné une incapacité de travail en 2006, soit bien après la fin de la couverture d'assurance. Elle est subséquente et distincte de la première atteinte liée aux troubles somatiques, si bien qu'elle n'en constitue pas une aggravation. La caisse LPP n'est donc pas responsable du deuxième cas d'invalidité, en l'absence d'une connexité matérielle entre l'invalidité reconnue par l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006 et l'incapacité de travail survenue à l'époque où celui-ci était assuré. Il y a également absence de connexité temporelle, puisque l'assuré a disposé d'une capacité résiduelle de travail de 70 à 75 % du 1<sup>er</sup> mars 2000 au 1<sup>er</sup> novembre 2006, soit durant 6 ans et 8 mois. S'agissant du droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, à la suite de l'entrée en vigueur de la modification de la législation topique, la caisse LPP allègue que les dispositions transitoires spécifiques qui ont été adoptées en matière de prévoyance professionnelle prévoient que les rentes d'invalidité en cours avant l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2005 de la modification restent régies par l'ancien droit, tandis que l'application du nouveau droit est suspendue pendant deux ans pour les rentes d'invalidité nées après cette date. Ainsi, la nouvelle disposition afférente au droit à un quart de rente à partir d'un degré d'invalidité de 40 % n'est applicable que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. De plus, selon la doctrine, sous réserve de la nécessité de procéder à un nouveau calcul de la rente en raison d'une évolution du degré d'invalidité, les rentes en cours ne doivent pas être recalculées, que ce soit en faveur ou en défaveur de l'assuré. Dans le cas de l'assuré, sa rente est née avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et reste donc soumise à l'ancien droit. En l'absence d'aggravation, il n'existe pas de motif de révision de cette rente. Quant à la rente statutaire, le règlement prévoit que l'assuré n'a droit à des prestations qu'en cas de degré d'invalidité de 50 % au moins. L'assuré n'a donc droit à aucune rente réglementaire. La caisse LPP invoque enfin la prescription pour les prestations exigibles avant le 15 avril 2006, soit cinq ans avant le dépôt de la demande en paiement. Dans sa réplique du 29 juillet 2011, l'assuré a déclaré persister dans ses écritures tout en modifiant ses conclusions en ce sens qu'il demande, sous suite de dépens, le versement d'une rente d'invalidité entière depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 avec intérêts à 5 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005, date moyenne, et à titre subsidiaire le versement d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005 avec intérêts à 5 % dès cette date, puis d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006 avec intérêts à 5 % dès cette date, la cause devant être renvoyée à la caisse pour calcul des rentes et nouvelle décision. S'agissant de la connexité matérielle, l'assuré allègue que l'atteinte à la santé ayant causé son incapacité de travailler a été médicalement constatée le 6 août 1996, le diagnostic sur sa cause ayant été affiné pendant le rapport de prévoyance. Il souligne que la caisse LPP admet que les troubles objectivables sur le plan lombaire ne se sont nullement aggravés. Partant, la cause à l'origine de l'invalidité existait à ce moment-là, même si elle n'avait pas encore atteint le degré de gravité suffisant pour le versement d'une rente d'invalidité. Si la rente entière n'a été octroyée que depuis le 1<sup>er</sup> mars 2000 ( sic ), ceci ne signifie pas pour autant que le trouble somatoforme douloureux et l'épisode dépressif sévère n'aient pas existé. Au contraire, ces troubles sont apparus durant la période de son affiliation auprès de la caisse LPP. La connexité temporelle est également réalisée, dans la mesure où l'assuré n'a plus jamais retrouvé sa capacité de travail après 1996. Depuis cette date, son atteinte à la santé est restée la même et s'est aggravée. Il affirme qu'il n'y a pas plusieurs atteintes mais une

seule, présentant un tableau clinique complexe comportant plusieurs éléments, propres précisément au syndrome somatoforme douloureux défini par le corps médical et la jurisprudence. Il allègue que le 29 novembre 1996, le Dr O \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse maladie du bois et du bâtiment, avait considéré que l'orientation de l'assuré vers un recyclage professionnel, compte tenu d'une possibilité d'opération, était prématurée. Il soutient que l'expertise du COMAI du 28 mars 2007 conclut clairement à l'existence simultanée des problèmes somatiques et psychiatriques en 1996 déjà, et que la tentative de la caisse LPP de scinder le tableau clinique en deux invalidités ne résiste dès lors pas à l'examen. Il se réfère à une expertise réalisée sur mandat de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie en avril 1998 par le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qu'il joint à son écriture. Il ressort de ce rapport que ce médecin a posé le diagnostic de radiculopathie et indiqué dans l'anamnèse que les douleurs de l'assuré ne s'étaient pas améliorées depuis le 6 août 1996 et que ce dernier n'avait pas repris le travail. S'agissant de la survenance éventuelle d'une invalidité, le Dr P \_\_\_\_\_ a relevé que les données objectives n'étaient pas suffisantes pour affirmer que l'assuré serait invalide, mais que cette possibilité devait être envisagée après un délai aussi long en incapacité de travail et que le pronostic était malheureusement réservé. L'assuré souligne que ce pronostic s'est réalisé car il n'a jamais recouvré sa capacité de travail depuis 1996, période durant laquelle il était affilié à la caisse LPP. Son tableau clinique à l'époque était identique à celui qui existe aujourd'hui et qui a donné lieu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à l'arrêt rendu le 19 août 2008. Il se réfère au rapport du 13 septembre 2004 du Dr H \_\_\_\_\_, qu'il produit, dans lequel ce médecin conclut à une incapacité de travail de 100% avec un pronostic défavorable, l'incapacité étant probablement définitive, ainsi que le certificat du 15 octobre 2004 du Dr C \_\_\_\_\_, également joint à sa réplique. Il affirme que le Tribunal a constaté que les experts précisaient très clairement que l'état dépressif dont il souffrait n'était pas une manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes mais constituait une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importante, existant depuis 1996. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr I \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas été écarté, seul son caractère invalidant n'a pas été retenu dans l'arrêt d'août 2004. Or, les pièces médicales du dossier démontrent que dès le début, les douleurs, raideurs physiques, l'apathie et la fatigue ont existé et n'ont fait que s'aggraver depuis le premier constat médicalement attesté en 1996. Il est d'avis que les rapports médicaux établis par les divers praticiens consultés ne se contredisent pas mais se complètent et confirment de façon unanime le diagnostic finalement retenu par le Dr I \_\_\_\_\_ en retenant un syndrome lombovertébral et des troubles dépressifs depuis 1996, et une aggravation de son état. Le juge ne saurait donc écarter les conclusions des certificats et expertises établis dans le cas d'espèce par ces praticiens, aucun indice concret ne permettant de douter de leur bien-fondé. Il affirme qu'il n'est pas possible d'exiger l'exercice d'une activité lucrative en raison de la sévérité de son trouble somatoforme. Dans la mesure où la définition de l'invalidité de la caisse reprend celle existant en assurance-invalidité, celle-ci doit une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. Relevant que son degré d'invalidité de 70% à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2006 n'est pas contesté par la caisse, l'assuré considère qu'une rente entière de la prévoyance professionnelle lui est due depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998 ( sic ), compte tenu de l'incapacité complète et définitive de travailler constatée médicalement dès cette date par le Dr O \_\_\_\_\_. Dans sa duplique du 2 septembre 2011, la caisse a persisté dans ses conclusions. Elle allègue que l'assuré, en se prévalant de rapports médicaux et d'expertises

qui ont d'ores et déjà été examinés en détails par le Tribunal, tente de faire réexaminer et requalifier juridiquement une situation qui a déjà été tranchée de manière définitive, d'une manière qui la lie. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur les constatations du Dr H\_\_\_\_\_.

Elle rappelle à cet égard que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu par le Tribunal lorsque ce dernier a examiné le droit de l'assuré à une rente d'invalidité après le 29 février 2000. Elle soutient que l'élément pertinent pour déterminer le droit aux prestations d'invalidité d'un assuré est la répercussion sur sa capacité de travail de l'atteinte à la santé diagnostiquée, et qu'une discussion médicale sur l'appellation de l'atteinte est secondaire puisque le diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante. S'agissant des troubles somatoformes douloureux, elle rappelle la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Partant, un diagnostic de troubles somatoformes douloureux n'est pas suffisant pour admettre l'existence d'une incapacité de travail à défaut d'une comorbidité psychiatrique. Au vu de ce qui précède, l'arrêt du Tribunal du 19 août 2008 est parfaitement conforme à la jurisprudence fédérale lorsqu'il retient que ce n'est qu'en 2006 que l'assuré a subi une incapacité de travail conduisant à une invalidité, soit au moment où il a souffert d'un état dépressif sévère.

Auparavant, et sous réserve de l'incapacité de travail due aux troubles physiques apparus en 1996, l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 70% et présentait dès le 1<sup>er</sup> mars 2000 un taux d'invalidité de 45 %, imputable uniquement à ses atteintes physiques. Il n'existait alors aucune autre atteinte à la santé, y compris d'ordre psychique. Par la suite, dans le cadre de la révision du droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, le Tribunal a retenu que l'épisode dépressif sévère, lequel entraînait une incapacité de travail, ne datait pas de 1996 mais au plus tôt de 2006, la rente d'invalidité étant par conséquent servie dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. La caisse LPP souligne en outre que si une distinction précise entre les différentes atteintes à la santé qui peuvent concourir à une invalidité est sans pertinence en matière d'assurance-invalidité dans la mesure où une seule institution est amenée à octroyer des prestations, il est en revanche essentiel en prévoyance professionnelle de différencier chaque atteinte invalidante à la santé et d'examiner pour chacune d'elles si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à la caisse, conformément aux exigences légales de connexité matérielle et temporelle. Elle indique que selon la doctrine, la connexité matérielle fait défaut lorsqu'une superposition psychogène de douleurs corporelles avec une tendance à l'aggravation n'a pas encore pu être qualifiée de maladie au moment de la cessation du travail et que, en tant que trouble psychique, elle n'était pas à même de restreindre de manière déterminante la capacité de travail, mais qu'un trouble psychique ayant atteint la qualité de maladie a toutefois par la suite été à la base de l'invalidité. En l'espèce, il y a deux invalidités distinctes comme cela ressort des arrêts du Tribunal: la première, consécutive à une première atteinte à la santé, d'ordre physique, qui est à l'origine de l'incapacité de travail survenue en 1996, et la seconde, causée par une seconde atteinte résultant de troubles psychiques qui n'a justifié une incapacité de travail qu'en 2006. S'agissant des nouvelles pièces médicales, elle relève que selon le Dr O\_\_\_\_\_, les possibilités d'un reclassement étaient réelles. Le Dr P\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail dans une profession ne nécessitant que des ports de charges légers, et rejoint ainsi le Dr O\_\_\_\_\_. De plus, le diagnostic de radiculopathie posé par le Dr P\_\_\_\_\_ en date du 1<sup>er</sup> avril 1998 est sans équivoque et ne mentionne aucune affection d'ordre psychique. La caisse LPP réaffirme qu'elle a repris

dans ses règlements successifs la définition de l'invalidité telle qu'elle figure dans la législation sur l'assurance-invalidité et que les arrêts rendus par le Tribunal en matière d'assurance-invalidité lui sont donc opposables. Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité, 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. En l'espèce, la caisse LPP s'est entièrement fondée sur les constatations des organes de l'assurance-invalidité et du Tribunal pour l'octroi de ses prestations d'invalidité et le refus de toute prestation au-delà du 29 février 2000, en raison du degré d'invalidité inférieur au seuil de 50% ouvrant le droit à prestations de la prévoyance professionnelle. Copie de cette écriture a été adressée à l'assuré par courrier du 27 octobre 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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 loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP ; RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC ; RS 210]). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RSG E 5 10). Partant, elle est recevable. La nouvelle modifiant la LPP (première révision) du 3 octobre 2003, sous réserve de certaines dispositions, est entrée en vigueur le 1 er janvier 2005, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit en général être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 445 , consid. 1). L'incidence de la révision de la LPP et les dispositions transitoires spécifiques seront examinées plus avant lors de l'analyse du droit de l'assuré à un quart de rente. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré au versement de rentes d'invalidité de la prévoyance professionnelle, et notamment sur le point de savoir s'il était encore assuré auprès de la caisse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité. Il sied de noter que les conclusions de l'assuré prêtent à confusion, puisqu'il sollicite dans sa demande un quart de rente du 1 er janvier 2005 au 31 octobre 2006, puis une rente entière dès le 1 er novembre 2006, et que selon les conclusions prises au pied de sa réplique - dans laquelle il déclare pourtant persister dans ses écritures - il requiert le versement d'une rente entière dès le 1 er janvier 2005. Toutefois, en matière de prévoyance professionnelle, le tribunal cantonal, dans les limites de l'objet du litige, n'est pas lié par les conclusions des parties (ATF 135 V 23, consid. 3.1), si bien que cette imprécision reste sans portée en l'espèce. Selon l'art. 23 LPP dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 % 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. Selon la version de l'art. 23 let. a LPP en force depuis le 1 er janvier 2005, 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. Jusqu'au 31 décembre 2004, l'art. 24 al. 1 LPP donnait droit à une rente entière pour une invalidité au sens de l'assurance-invalidité d'au moins deux tiers et à une demi-rente pour une invalidité d'au moins 50 %. Cette disposition a été modifiée par la 1<sup>ère</sup> révision LPP. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, les assurés ont droit à une rente entière pour une invalidité d'au moins 70 %, à trois quarts de rente pour une invalidité d'au moins 60 %, à une demi-rente pour une invalidité d'au moins 50 % et à un quart de rente pour une invalidité d'au moins 40 %.

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. 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 (ATF 123 V 262, consid. 1a, ATF 118 V 45, consid. 5). Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Ainsi, si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée d'une manière sensible (ATF 123 V 269, consid. 2a; ATF B 49/05 du 23 janvier 2007, consid. 4.2). En matière de prévoyance plus étendue, il est cependant 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 de l'invalidité différente que dans l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 120 V 106, consid. 2d). Si 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 9C\_54/2007 du 9 octobre 2008, consid. 3.1).

De plus, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPG). Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) - n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF B 110/05 du 31 janvier 2007, consid. 6.2). Selon l'art. 35 du règlement de la caisse, identique dans les éditions de 2004 et 2006, l'assuré qui est reconnu invalide par l'AI est également reconnu invalide par la caisse, avec effet à la même date et dans la même mesure, pour autant qu'il ait été assuré par la caisse lorsque a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité et que la caisse n'ait pas fait opposition à la décision de l'assurance-invalidité fédérale. Pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut

non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 , consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La 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. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée (ATF 123 V 262 , consid. 1c ; ATF 120 V 112 , consid. 2c/aa). Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP (art. 23 let. a LPP depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005), c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 , consid. 3.2.2). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure - en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée - se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit cependant permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 9C\_748/2010 du 20 mai 2011, consid. 2.5). Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF B 93/02 du 3 mai 2004, consid. 2.1). L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale doit dès lors être comparée au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente de l'assurance-invalidité (ATF B 48/05 du 25 avril 2006, consid. 4). Il y a connexité matérielle lorsque l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit à l'époque à l'incapacité de travail. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre la pathologie entraînant l'incapacité de travail et les troubles qui ont pour conséquence une invalidité n'est en revanche pas déterminante (ATF B 42/02 du 11 février 2003, consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'il n'y avait pas de connexité matérielle entre les problèmes de dos d'un assuré, survenus pendant le rapport d'affiliation à une caisse de prévoyance, et les troubles psychiques (parmi lesquels un trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif grave réactionnel à des douleurs organiques chroniques) diagnostiqués par la suite et justifiant l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Notre Haute-Cour a rappelé que si aucun élément indiquant l'existence d'un problème psychique entraînant une incapacité de travail ne ressort de rapports médicaux, malgré une interprétation large, la connexité matérielle fait défaut quand bien même les problèmes de dos avaient déjà à l'époque une influence sur le psychisme de l'assuré et sur sa situation

psychosociale (ATF B 9/06 du 21 novembre 2006, consid. 4.1). Comme cela ressort des considérants qui précèdent, c'est à juste titre que la caisse se prévaut des constatations qui ressortent des arrêts du Tribunal sur le degré d'invalidité de l'assuré et des dates de survenance des deux cas d'invalidité. S'agissant des atteintes fondant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, le Tribunal a procédé à l'examen des nombreux rapports médicaux versés aux dossiers et s'est penché sur leur valeur probante dans deux arrêts entrés en force. Il a ainsi retenu dans son premier arrêt qu'il convenait de reprendre les conclusions des médecins du COMAI de Bellinzone, aux termes desquelles l'assuré disposait d'une capacité de travail de 70 à 75 % dans une activité légère. S'agissant du diagnostic du Dr I \_\_\_\_\_, le Tribunal a relevé que même s'il fallait admettre le diagnostic de trouble somatoforme douloureux - question qui a été laissée ouverte - ce dernier n'avait quoi qu'il en soit pas de caractère invalidant à l'époque. Il n'existe aucun motif de revenir sur l'appréciation de ces documents, et c'est en vain que l'assuré cherche à donner une nouvelle interprétation aux rapports médicaux. S'agissant en particulier de l'expertise réalisée en mars 2007 par des médecins du COMAI, qui ont conclu à l'existence d'un trouble dépressif sévère dès 1996, les raisons pour lesquelles il convenait d'écarter cette datation ont été clairement exposées dans l'arrêt du 19 août 2008. Par surabondance, même s'il y avait lieu de se livrer à une nouvelle analyse de ces pièces, force est de constater qu'elles ne suffisent pas à démontrer que l'assuré était au moment de son affiliation auprès de la caisse atteint de troubles psychiques entraînant une incapacité de travail. Le rapport du 13 septembre 2004 du Dr H \_\_\_\_\_ et celui du 15 octobre 2004 du Dr C \_\_\_\_\_ font certes état de troubles psychiques. Il sont cependant très largement postérieurs à la date à laquelle l'assuré a quitté la caisse, et ne prouvent pas que ces troubles existaient durant le rapport de prévoyance. L'assuré relève que le Tribunal a reconnu dans les deux arrêts le concernant que son état s'était aggravé. Si ce point n'est pas contesté, il n'est guère suffisant à démontrer l'existence d'une connexité matérielle entre les atteintes. Bien au contraire, le Tribunal a clairement relevé dans son arrêt de 2008 que les troubles lombaires ne s'étaient nullement aggravés. Or, ce sont ces troubles qui ont été à l'origine de l'incapacité de travail de l'assuré dès 1996, soit durant la période d'affiliation à la caisse, et non des atteintes psychiques. L'assuré affirme que le trouble somatoforme douloureux désigne une affection également connue sous les noms de lombosciatalgie chronique, lombago chronique, ou lombalgie aspécifique. Quel que soit le bien-fondé de cette affirmation, elle ne permet pas de tirer la conclusion que c'est de cette atteinte dont souffrait l'assuré en 1996, contrairement à ce qu'il affirme. S'il a certes présenté à l'époque des lombalgies avec des sciatalgies, celles-ci étaient notamment liées à une radiculopathie et partiellement expliquées par un substrat organique. En d'autres termes, il s'agissait d'une atteinte physique. Or, les troubles somatoformes douloureux relèvent des troubles psychiques. A cet égard, la Cour de céans relève que le Tribunal fédéral, dans une affaire similaire, a rappelé que le fait qu'un assuré ait souffert de lombosciatalgies pendant le rapport de prévoyance et ait développé par la suite un trouble somatoforme douloureux ne permet pas de conclure qu'il souffrait déjà d'une atteinte à la santé psychique à l'époque où les douleurs dorsales sont apparues, en soulignant que le fait qu'un travailleur du bâtiment souffre occasionnellement de lombosciatalgies, notamment après un effort, n'a en soi rien d'extraordinaire (ATF B 2/02 du 27 mai 2002, consid. 3b). Les nouveaux certificats médicaux produits par l'assuré ne permettent pas de modifier l'appréciation faite par le Tribunal de l'incidence des troubles de la santé de l'assuré sur sa capacité de travail. S'agissant des attestations du Dr H \_\_\_\_\_ de 2009 et 2010, elles n'amènent aucun élément nouveau. Le fait que l'assuré ait développé

des troubles psychiques après son accident est en effet connu. L'éventuel lien de causalité entre les douleurs dorsales et l'état dépressif développé est au surplus sans pertinence, puisque ce trouble psychique n'existait pas au moment où l'assuré était affilié à la caisse. Quant au rapport du Dr O \_\_\_\_\_, la Cour de céans relève en préambule que l'assuré ne l'a pas produit. On voit cependant mal quel argument il entend en tirer, dès lors que la possibilité d'une reconversion professionnelle en novembre 1996 contribue précisément à démontrer que l'assuré n'était pas invalide à ce moment mais disposait d'une possibilité de gain dans une activité adaptée, ce qui a d'ailleurs été confirmé par les médecins du COMAI de Bellinzone et plusieurs autres spécialistes. La même conclusion s'impose à la lecture de l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_. Ce médecin – qui ne diagnostique au demeurant qu'une atteinte physique, à l'exclusion d'un trouble psychique – ne fait pas état d'une invalidité du recourant mais se contente d'évoquer cette éventualité. Compte tenu de ce qui précède, un lien de connexité matérielle entre l'incapacité survenue pendant l'affiliation de l'assuré et l'atteinte justifiant une rente entière de l'assurance-invalidité doit être nié. Par surabondance, il convient de relever que la connexité temporelle est également rompue. En effet, comme cela ressort de l'analyse de la première expertise du COMAI, l'assuré a disposé d'une capacité de travail de 70 à 75 % pendant plusieurs années après la fin des rapports de prévoyance. Le fait qu'il n'ait pas cherché à la mettre en valeur sur le marché du travail ne suffit pas à préserver le lien de connexité temporelle, puisque le fait qu'il n'ait pas exercé d'activité lucrative n'était pas imputable à des motifs médicaux. Il en résulte que la caisse n'a pas à verser de prestations pour l'invalidité totale survenue le 1<sup>er</sup> novembre 2006. Il reste à examiner si l'assuré, dont le degré d'invalidité s'élevait à 45 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2000 en raison de ses atteintes physiques, peut prétendre à un quart de rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle. En premier lieu, il sied de souligner qu'en ce qui concerne les prestations de la prévoyance professionnelle surobligatoire, l'art. 37 al. 1 du règlement de la caisse prévoit que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison des deux tiers au moins, au sens de l'AI, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins. En l'espèce, le degré d'invalidité de 45 % de l'assuré exclut donc le droit à une rente statutaire. En matière de prévoyance professionnelle obligatoire, l'art. 23 LPP a été modifié lors de la révision de la LPP entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2005 en ce sens que le taux donnant droit à des prestations d'invalidité a diminué de 50 % à 40 %. S'agissant des rentes d'invalidité, la let. f des dispositions transitoires de la 1<sup>ère</sup> révision LPP prévoit ce qui suit : 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). Les trois quarts de rente d'invalidité seront introduits seulement après l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision du 21 mars 2003 de la LAI (al. 4). Les rentes nées après un délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de cette modification et qui sont encore des rentes entières sur la base de l'al. 4 seront transformées en trois quarts de rente lors de l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI, s'il y a aussi transformation en trois quarts de rente dans l'assurance-invalidité. L'al. 2 de la let. f des dispositions transitoires se rapporte aux droits à des prestations LPP sous forme de rentes nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et le 31 décembre 2006. A la différence de ce qui advient lorsque le droit aux prestations a pris naissance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'applicabilité du nouveau droit n'est pas exclue, mais bien suspendue jusqu'au 31

décembre 2006 (ATF 135 V 319 , consid. 3.2 ; Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 114 du 5 octobre 2009, p. 5, ch. 708). On peut déduire de cet arrêt qu'il est exclu d'appliquer le nouveau droit – comprenant le nouvel échelonnement des rentes – aux rentes nées avant l'entrée en force de la modification de la LPP. Les dispositions transitoires se réfèrent cependant expressément aux rentes en cours. Or, un assuré qui présentait un degré d'invalidité supérieur à 40 % mais inférieur à 50 % avant l'entrée en force de la modification de la LPP n'avait par définition pas droit à une rente de la prévoyance professionnelle. Partant, si l'on devait se contenter d'une interprétation littérale des dispositions transitoires, on pourrait se demander si les nouvelles dispositions légales sont malgré tout applicables aux degrés d'invalidité insuffisants pour ouvrir le droit à une rente, mais constatés avant le 1 er janvier 2005. Selon le Tribunal fédéral, une telle interprétation ne serait pas conforme au droit fédéral. Il a en effet admis qu'aux termes des dispositions transitoires, un degré d'invalidité entre 40 % et 50 % apparu avant le 1 er janvier 2005 reste soumis à l'ancien droit, et partant à l'échelonnement des rentes selon l'art. 23 LPP dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2004, qui exclut le droit à des prestations de la LPP pour un taux d'invalidité inférieur à 50 % (ATF 9C\_1049/2010 du 16 mai 2011, consid. 3). La modification de l'art. 24 al. 1 let. d LPP entrée en force le 1 er janvier 2005 et prévoyant que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins n'est donc pas applicable en l'espèce, puisque c'est dès mars 2000 qu'un degré d'invalidité de 45 % a été reconnu à l'assuré. Partant, celui-ci n'a pas droit à un quart de rente. Mal fondée, la demande doit être rejetée. L'assuré, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 3 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare la demande recevable. Au fond : La rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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