

## **GE\_GERICHTE A/3695/2012 vom 29. August 2013**

GE Cour de justice, 2013-08-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3695\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3695_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/3695/2012 du 29 août 2013

IT: GE\_GERICHTE A/3695/2012 del 29 agosto 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à COINTRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY demandeur contre CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (CPPIC), sise Rue de Malatrex 14, GENEVE défenderesse EN FAIT 1. Monsieur M \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en 1963, ressortissant portugais, a travaillé en qualité de maçon de 1988 à janvier 1994 pour le compte de l'entreprise X \_\_\_\_\_, affiliée auprès de la CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (ci-après la caisse ou la caisse de prévoyance ou la défenderesse). 2. En arrêt de travail depuis 1994, l'assuré a déposé une demande de prestations en date du 19 mars 1995 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après OAI), en raison de cervico-dorsalgies. 3. Dans son rapport du 13 octobre 1995 adressé à l'OAI, la Dresse A \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'hernie discale C6-C7 droite avec syndrome cervical important. En annexe à ce rapport figuraient notamment ceux des Drs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, médecin adjoint, respectivement chef de clinique auprès du service de neurochirurgie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) et du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV), des 24 août, respectivement 21 octobre 1994, dans lesquels était diagnostiquée une hernie discale molle C6-C7 para-médiane droite, le Dr C \_\_\_\_\_ retenant en outre le diagnostic de cervicalgies chroniques et suspectant une tendinite du muscle sous-épineux, la mobilisation de l'épaule droite étant douloureuse. 4. Le 17 décembre 1997, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin auprès du CENTRE D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE (CIP), qui est un Centre d'observation professionnelle de l'assurance invalidité (COPAI), a diagnostiqué un syndrome cervical sur hernie discale C6-C7 à droite, accompagné de lombalgies communes chroniques réactionnelles à la situation cervicale. Il a considéré qu'une reprise de travail devrait pouvoir être proposée dans une activité adaptée ne sollicitant pas la nuque en flexion ou rotation exagérée. Cela étant, une décompensation répétée n'était pas exclue et un engagement à long terme risquait d'être compromis par suite d'une évolution défavorable du syndrome douloureux chronique. 5. Par rapport du 18 septembre 1998, le Dr E \_\_\_\_\_, chef de service adjoint au service de neurochirurgie susmentionné, a confirmé ces diagnostics relevant qu'aucun traitement conservateur n'arrivait à soigner l'irradiation radiculaire ou pré-médullaire. 6. Dans un rapport destiné à l'OAI, daté du 23 mai 2000, la Dresse A \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de cervico-dorsalgies, état dépressif, hypertension artérielle (HTA) et conflit douloureux de l'épaule gauche. Selon elle, les douleurs chroniques et la non-réussite d'un stage de réinsertion professionnelle avaient entraîné une réaction dépressive chez l'assuré. La prise en charge médicale consistait en un

soutien psychologique et dans la surveillance adéquate des mesures d'hygiène de vie.![endif]>![if> 7. Le 9 juin 2000, l'assuré a subi une arthroscopie chirurgicale de l'épaule gauche en raison d'un conflit sous acromial important. ![endif]>![if> 8. Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2000, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 1995.![endif]>![if> 9. En mai 2004, l'OAI a entrepris une révision de la rente. ![endif]>![if> 10. Interrogée par l'OAI, la Dresse A\_\_\_\_\_ a expliqué, par rapport du 13 août 2004, que l'état de l'assuré était resté stationnaire, précisant en outre que les cervico-dorsalgies étaient déclenchées par des petits efforts physiques, tels que passer l'aspirateur, le jardinage sur le balcon. Les douleurs étaient toujours présentes au niveau des deux épaules maintenant mais l'état dépressif s'était amélioré. L'évolution tendait cependant vers la chronicité.![endif]>![if> 11. Mandatés pour expertise par l'OAI, les médecins du Centre d'observation médicale de Genève (ci-après COMAI) ont retenu, dans leur rapport d'expertise du 17 décembre 2004, les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : cervicalgies et dorsalgies chroniques d'origine multifactorielle (trouble statique, hernie discale, troubles dégénératifs et déconditionnement musculaire) ainsi qu'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une hypercholestérolémie, une HTA, une dysthymie (F34.1) et une probable agoraphobie sans trouble panique (F40.1). Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de maçon mais à 100%, avec cependant un rendement limité à 80 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : en raison des cervicalgies et dorsalgies chroniques à caractère mécanique : pas de position statique debout ou assise plus d'une heure, pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg ; en raison d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite : pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg avec le membre supérieur droit, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit au-delà de 90°. La dysthymie n'entraînait, quant à elle, aucune limitation de la capacité de travail.![endif]>![if> 12. Par décision du 31 octobre 2005, confirmée sur opposition le 7 juin 2006, l'OAI a supprimé tout droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005, considérant qu'il était apte à travailler dans une activité adaptée avec une diminution de 20%, de sorte qu'après comparaison des revenus, le taux d'invalidité s'élevait à 31,5 %, ce qui ne lui donnait plus droit à une rente.![endif]>![if> 13. Par courrier du 15 mars 2006, la caisse de prévoyance a suspendu le versement de la rente d'invalidité, avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2005, rappelant toutefois qu'elle avait déjà versé une rente entière d'invalidité ainsi qu'une rente d'enfant d'invalidité 2006.![endif]>![if> 14. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS) - devenu le 1<sup>er</sup> janvier 2011 la Cour de céans - a, par arrêt du 20 décembre 2006 ( ATAS/1177/2006 ), partiellement admis le recours et annulé la décision en tant qu'elle refusait au recourant des mesures d'ordre professionnel. Il a également considéré que le principe du versement d'une rente, indépendamment de son échelonnement, était manifestement erroné, le dossier médical ne contenant aucun élément probant en faveur d'une incapacité de travail totale dans toute activité. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 31,4%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Partant, dans la mesure où elle retenait un taux d'invalidité de 100%, la décision initiale du 1<sup>er</sup> décembre 2000 était manifestement erronée.![endif]>![if> 15. Suite au recours de l'assuré, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 25 juin 2007 (ATF non publié I 109/07), annulé la décision du TCAS et celle de l'OAI du 7 juin 2005. En effet, en prenant en considération des montants différents lors de la comparaison des revenus, le Tribunal

fédéral est arrivé à la conclusion que le taux d'invalidité s'élevait à 43%, ce qui donnait droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006.![endif]>![if> 16. Par décision du 20 septembre 2007, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. ![endif]>![if> 17. Dans une attestation du 11 octobre 2007, la caisse de prévoyance a certifié qu'elle ne versait pas de rente d'invalidité du deuxième pilier à l'assuré, le taux d'invalidité de 43% (quart de rente) n'ouvrant pas le droit à une rente.![endif]>![if> 18. En août 2010, l'OAI a entrepris une nouvelle révision du droit à la rente et a rassemblé les documents médicaux suivants.![endif]>![if> 19. Selon le rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM), réalisée le 4 avril 2011, une discarthrose inflammatoire avec remaniement de type MODIC I en C6-C7 avec hernie discale globalement protrusive, mais prédominant en région paramédiane et à l'entrée du canal radiculaire à droite en conflit avec l'émergence C7 et une sténose modérée également du canal radiculaire à gauche se composant de protrusion discale et début d'uncarthrose ont été mises en évidence.![endif]>![if> 20. Sur le plan psychique, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné la persistance d'un état dépressif moyen. Il a noté des troubles de l'humeur avec ralentissement psychomoteur et baisse de l'élan vital et a conclu à une incapacité totale de travail.![endif]>![if> 21. Mandatés pour examen, les Drs G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins SMR, ont retenu, dans leur rapport du 28 juillet 2011, une aggravation de l'état physique par rapport à l'expertise bidisciplinaire de décembre 2004 et ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité de maçon. Une activité adaptée qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles était toutefois possible à un taux de 100% avec cependant une diminution de rendement évaluée à 50%, au plus tôt trois mois après la dernière intervention chirurgicale subie au niveau de l'épaule droite en avril 2007. Sur le plan psychiatrique, les médecins ont noté un premier épisode dépressif réactionnel faisant suite au décès du père de l'assuré en 2000. Par la suite, l'assuré a développé une symptomatologie correspondant au diagnostic de dysthymie jusqu'à l'apparition d'un deuxième épisode à l'origine de la prise en charge spécialisée chez le Dr F \_\_\_\_\_. Cela étant, les épisodes dépressifs rentraient dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent dont l'intensité était moyenne avec syndromes somatiques. Par conséquent sur le plan psychique, une aggravation pouvait être retenue à partir d'avril 2011, ce qui avait pour conséquence une incapacité totale de travailler non seulement dans l'activité habituelle mais également dans une activité adaptée.![endif]>![if> 22. Se fondant sur l'expertise précitée, l'OAI a reconnu à l'assuré, par décision du 25 octobre 2011, le droit à une demi-rente d'invalidité, pour un degré d'invalidité de 59%, du 1<sup>er</sup> août 2010 au 30 juin 2011, puis une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011. ![endif]>![if> 23. Par courrier du 8 décembre 2011, la caisse, se référant à la nouvelle décision du 25 octobre 2011, a informé l'assuré qu'elle n'était pas compétente pour le versement d'une rente d'invalidité de deuxième pilier, dès lors que l'OAI avait augmenté sa rente en raison de nouvelles atteintes à sa santé. Or, l'intéressé n'étant plus assuré auprès de la caisse, il ne pouvait prétendre à des prestations d'invalidité, faute de lien de connexité matérielle et temporelle avec l'affection à l'origine de l'invalidité.![endif]>![if> 24. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a, par courrier du 19 mars 2012, contesté l'analyse de la caisse et relevé que les affections tant physiques que psychiques ayant entraîné le droit à une demi-rente puis à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 n'étaient que la suite et l'aggravation des affections à l'origine de l'invalidité initiale de 1994. Il y avait dès lors bien un lien de connexité matérielle et

temporelle. Il réclamait dès lors à la caisse le paiement d'une rente LPP fondée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2011. 25. Par courrier du 21 mai 2012, la caisse a informé l'assuré qu'elle venait de procéder au calcul de sa rente d'invalidité qui s'élevait à 50% dès le mois de juillet 2007, ainsi que des rentes complémentaires d'enfants d'invalidité à 50%. Selon le tableau récapitulatif, il résultait un solde en sa faveur de 37'093 fr. 10 pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 31 juillet 2008. Dès le mois de mai 2012, il allait percevoir une rente mensuelle de 600 fr. 35. 26. Se référant à des courriers de l'assuré des 5 et 7 juin 2012, la caisse de prévoyance l'a informé, par courrier du 18 juin 2012, qu'après examen du dossier et selon les documents en sa possession, elle n'était pas compétente pour le versement d'une rente d'invalidité du deuxième pilier à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011. En effet, les rapports de travail avec l'entreprise X\_\_\_\_\_ s'étaient terminés le 31 décembre 1995. De plus, l'assurance-invalidité lui avait accordé une augmentation de la rente dès le mois de juillet 2011 suite à une nouvelle atteinte à son état de santé. Or, faute de lien de connexité matérielle et temporelle avec l'affection à l'origine de l'invalidité, il n'avait droit qu'à une rente d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007. Selon le tableau annexé, il en résultait un solde en sa faveur de 33'491 fr., après déduction des rentes versées à tort de janvier 2006 à mars 2006. 27. Par courrier du 28 juin 2012, l'assuré, sous la plume de son conseil, a rappelé que la caisse ne pouvait compenser les rentes prétendument versées à tort en 2006, ces dernières étant frappées de prescription et a réclamé le paiement de 37'093 fr. 10. Il a par ailleurs contesté l'analyse de la caisse et rappelé que l'ensemble des rapports médicaux établissaient que les troubles à l'origine de l'incapacité totale de travail en 2012 étaient les mêmes que ceux qui avaient donné naissance à la rente d'invalidité du deuxième pilier. En particulier, l'état dépressif chronique était consécutif à des douleurs chroniques de l'épaule et à la non-réussite de ses réinsertions professionnelles. Il a réclamé le paiement d'une rente d'invalidité à 100% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011, soit un solde de 9'005 fr. 25 pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 30 juin 2012 et une rente de 1'200 fr. 70 à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012. 28. Par courriel du 16 août 2012, la caisse de prévoyance a confirmé le paiement à titre rétroactif d'un montant de 37'093 fr. 10, reconnaissant la prescription des rentes versées en 2006. En revanche, elle a refusé de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité de deuxième pilier à compter d'avril 2011. 29. Par demande en paiement du 7 décembre 2012, l'assuré (ci-après : le demandeur) conclut à la constatation qu'il a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011, à la condamnation de la caisse de prévoyance (ci-après : la défenderesse) au paiement de 12'607 fr., avec intérêt à 5%, et à la condamnation de la défenderesse à compléter la demi-rente qu'elle verse avec une rente de 600 fr. payable par mois et d'avance. Concrètement, le demandeur conclut au versement de 24'014 fr., soit 20 mois à 1'200 fr. 70, ce qui correspond à une rente d'invalidité entière, dont à déduire 12'007 fr., soit 20 mois à 600 fr. 35 reçus à titre de demi-rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, le demandeur considère que les symptomatologies tant physiques (cervicalgies) que psychiques (état dépressif chronique consécutif aux douleurs invalidantes et à la non-réinsertion professionnelle) ont été diagnostiquées lors des deux décisions de l'assurance-invalidité reconnaissant une incapacité totale de travailler, de sorte que le lien de connexité matériel et temporel est donné. 30. Dans sa réponse du 13 février 2013, la défenderesse conclut au rejet de la demande au motif que l'aggravation des problèmes de dépression et de sinistrose a débuté en avril 2000. L'état dépressif est la cause de l'augmentation du taux d'invalidité en avril 2011. Dès lors que ledit état dépressif a débuté en avril 2000, la

connexité matérielle n'est pas remplie et la caisse arrive à la conclusion qu'elle n'est pas débitrice d'une rente d'invalidité à 100% dès juillet 2011, mais uniquement à raison de 50%.  
!endif]>![if> 31. Par réplique du 11 mars 2013, le demandeur conteste l'appréciation de la défenderesse, considérant qu'il y a une corrélation manifeste entre l'état physique diagnostiqué dès 1994 et son aggravation au fil des années et les troubles dépressifs récurrents qui ont conduit le SMR à retenir une incapacité de travail totale dans n'importe quelle profession. Il persiste dans ses conclusions.!endif]>![if> 32. Par duplique du 4 avril 2013, la caisse relève que si la Permanence de Cornavin mentionne effectivement, le 23 mai 2000, un état dépressif, le médecin précise dans le mandat d'expertise du 17 décembre 2004 que cet état dépressif est en voie d'amélioration. Enfin, dans son rapport du 19 août 2011, le SMR mentionne clairement que le premier épisode pris en compte dans l'anamnèse psychiatrique fait suite au décès du père du demandeur survenu en 2000. La caisse considère qu'elle n'a pas à prendre en charge cette augmentation du taux d'invalidité due à l'état dépressif étant donné que lesdits problèmes de dépression ont débuté bien après que l'assuré ait quitté l'entreprise X\_\_\_\_\_ le 31 janvier 1995. Elle persiste dans ses conclusions.!endif]>![if> 33. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger. !endif]>![if> EN DROIT 1. a) Selon l'art. 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit.!endif]>![if> Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er 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]). b) Dans le cadre de contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, la compétence des autorités visées par l'art. 73 LPP est doublement définie. Elle l'est, tout d'abord, quant à la nature du litige: il faut que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. Cette compétence est également limitée par le fait que la loi désigne de manière non équivoque les parties pouvant être liées à une contestation, à savoir les institutions de prévoyance, les employeurs et les ayants droit (ATF 128 V 254 consid. 2a). Savoir si le point litigieux est ou non l'objet d'une réglementation expresse de la LPP ou de ses dispositions d'exécution n'est toutefois pas déterminant, en ce qui concerne la recevabilité de l'action devant le tribunal cantonal ou du recours subséquent devant le Tribunal fédéral des assurances. Au contraire, les tribunaux institués par l'art. 73 LPP sont appelés à connaître aussi de litiges qui opposent une institution de prévoyance à un employeur ou à un ayant droit, même s'ils n'appellent l'application d'aucune disposition du droit public fédéral, quant au fond, et qui doivent être tranchés exclusivement au regard du droit privé, du droit public cantonal ou du droit public communal (ATF 117 V 50 consid. 1). c) Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). d) En l'espèce, le litige a trait au montant de la rente d'invalidité versée

au demandeur au sens de la prévoyance professionnelle obligatoire de sorte qu'il est régi par les art. 73 LPP et 134 al. 1 let. b LOJ. Par ailleurs, le siège de la défenderesse se trouve à Genève. La Cour de céans est ainsi compétente, tant *ratione materiae* que *ratione loci*, pour connaître du litige. 2. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise comme telle à l'observation d'aucun délai, de sorte que la demande est recevable.

3. Il sied encore de préciser que la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) entrée en vigueur le 1er janvier 2003 n'est pas applicable aux litiges en matière de prévoyance professionnelle (voir art. 2 LPGA et 1 et ss LPP et ATF non publié B 97/06 du 25 juin 2007, consid. 5.2

notamment). S'agissant du droit applicable *ratione temporis*, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1 et les références). Concernant les dispositions réglementaires de l'institution de prévoyance, il convient d'admettre qu'est applicable le règlement qui était valable au moment où le droit aux prestations est né (STAUFFER, *Die berufliche Vorsorge BVG/FZG/ZGB/OR*, 1996, ad art. 50 p. 67). En

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

porte sur le montant de la rente d'invalidité versée au demandeur, et en particulier sur la question de savoir si l'affection à l'origine de l'invalidité (les troubles psychiques) est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance.

5. a) A teneur de l'art. 23 LPP dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2004, avaient droit à des prestations d'invalidité les personnes qui étaient invalides à raison de 50% au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Cette disposition a été modifiée par la loi fédérale du 3 octobre 2003 (1<sup>re</sup> révision de la LPP) et stipule désormais, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, que les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ont droit à des prestations

d'invalidité. b) Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, la notion d'invalidité est la même que dans l'assurance-invalidité. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de

l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine; consid. 2 non publié de l'arrêt ATF 130 V 501). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que ces principes valent également sous l'empire de la LPGA entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003. L'institution de prévoyance est touchée au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité (ATF 132 V 1). Par conséquent, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas lié par l'évaluation

de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 ). Pour qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure, il faut que l'institution de prévoyance ait eu la possibilité de participer à celle-ci au plus tard au moment du prononcé de la décision sujette à opposition (ATF 130 V 273 s. consid. 3.1, 129 V 76 , arrêt non publié du 24 janvier 2011; 8C\_556/2010 ). Il a été confirmé que l'institution qui reçoit la décision après le délai de recours n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de cet office (ATF non publié du 20 mai 2011; 9C\_771/2010 ). Ainsi, il faut que le préavis de l'OAI ait été dûment notifié à l'institution de prévoyance conformément à l'art 73 al. 2 let. f RAI pour que l'institution de prévoyance, qui a dès lors la possibilité de participer à la procédure, soit liée par la décision de l'OAI (Marc HÜRZELER, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, no 12 ad art. 23 LPP) d) En l'espèce, l'OAI a soumis au demandeur un projet d'acceptation de rente, daté du 23 août 2011, avec copie à la défenderesse. Le projet a été confirmé par décision de l'OAI du 25 octobre 2011. La procédure ayant été respectée, la défenderesse est liée par la décision de l'OAI, en particulier s'agissant de la survenance de l'incapacité de travail. 6. a) Ont droit à des prestations d'invalidité les invalides qui étaient assurés lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP). Par ailleurs, selon l'art. 25 LPP, les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ont droit à une rente complémentaire pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin (al. 1) ; la rente pour enfant est calculée selon les mêmes règles que la rente d'invalidité (al. 2). b) 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 et les références, 118 V 45 consid. 5). Cette interprétation littérale est conforme au sens et au but de la disposition légale en cause, laquelle vise à faire bénéficier de l'assurance le salarié qui, après une maladie d'une certaine durée, devient invalide alors qu'il n'est plus partie à un contrat de travail. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a, 118 V 35 consid. 5). c) L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un nouvel employeur (en changeant en même temps d'institution de prévoyance) et est mis au bénéfice, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance ; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité. Cependant, pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, 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 ; dans ce cas seulement, la nouvelle institution est libérée de toute obligation de verser une rente.

La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). 7.

a) Selon la jurisprudence, la notion d'incapacité de travail est définie comme étant la « diminution de l'aptitude fonctionnelle dans sa profession ou son domaine d'activité » (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références). Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (ATFA non publié B 75/01, du 6 février 2003, consid. 2.2). Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail (Brühwiler, *Kommentar zum Einzelarbeitsvertrag*, 2e éd., 1996, n° 9 ad art. 324a CO ; Favre/Munoz/Tobler, *Le contrat de travail*, 2001, n° 1.13 ad art. 324a CO ; Rehbindler, *Schweizerisches Arbeitsrecht*, 14e éd., 1999, ch.m. 81), dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références).>[if> Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATFA non publiés B 82/05, du 22 septembre 2006, consid. 3.2, B 32/05, du 24 juillet 2006, et B 93/02, du 3 mai 2004).

b) La connexité doit ainsi notamment être matérielle (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) (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa). Il y a donc lieu de comparer l'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale avec le tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution de la rente d'invalidité (ATF non publié B 48/05 du 25 avril 2006, consid. 4). S'agissant plus particulièrement d'une atteinte psychique « réactionnelle », le Tribunal fédéral des assurances a considéré, à plusieurs reprises que même s'il était établi que les problèmes physiques avaient participé à la genèse d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie, cela ne modifiait en rien le fait que ladite atteinte psychique (secondaire) n'était pas identique avec les affections physiques qui ont entraîné une incapacité de travail ayant mené à la perte d'emploi et à la sortie du cercle des assurés de l'institution de prévoyance professionnelle (ATFA non publié B 68/06 du 31 août 2007 consid. 6.5 ; ATFA non publié B 9/06 du 22 novembre 2006 consid. 4 et les références citées). 8. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'espèce, le demandeur allègue que ses troubles psychiques, en raison desquels l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière, sont intrinsèquement liés à ses troubles physiques de sorte que le lien de connexité matérielle est donné. Comme indiqué supra sous consid. 7b), pour déterminer si la connexité matérielle est réalisée, il y a lieu de comparer l'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale avec le tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution de la rente d'invalidité. Il ressort des pièces du dossier que : - L'atteinte responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale, en 1994, consistait en une hernie discale C6-C7 droite, avec syndrome cervical important (voir pièces 2 et 3 dem.). C'est d'ailleurs cette atteinte qui a conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 20 janvier 1995. - Par décision du 25 octobre 2011, l'OAI a révisé la rente du demandeur et lui a octroyé une demi-rente pour la période du 1<sup>er</sup> août 2010 au 30 juin 2011 et une rente entière dès le mois de juillet 2011 compte tenu des constatations du SMR, qui a retenu, sur le plan somatique, une capacité de travail totale mais avec une diminution de rendement de 50% dès le mois de juillet 2007 et, sur le plan psychique, une incapacité de travail totale dès le mois d'avril 2011. La première apparition d'un trouble psychique date de 2000 (voir pièce 9, dem.) mais il n'était pas encore incapacitant à cette date, s'étant d'ailleurs amélioré. Force est ainsi de constater que l'atteinte psychique, justifiant l'incapacité de travail totale dès le mois d'avril 2011, ne s'est pas déclarée pendant la période où le demandeur était assuré auprès de la défenderesse, soit jusqu'au 31 décembre 1995. En effet, la première mention de cette atteinte date de l'an 2000, soit plus de quatre ans après la fin des rapports de prévoyance et, à cette date, elle n'était en tout état pas encore incapacitante. Ainsi, l'atteinte incapacitante dont souffrait le recourant pendant les rapports de prévoyance (les cervico-dorsalgies) n'est pas identique avec celle ayant conduit à l'octroi d'une rente entière en 2012 (trouble dépressif). Partant, le lien de connexité matériel fait défaut. En d'autres termes, il n'est pas établi que le demandeur souffrait d'une atteinte psychique durant les rapports de prévoyance avec la défenderesse, qui plus est incapacitante. Certes, les atteintes psychiques diagnostiquées semblent être réactionnelles aux douleurs chroniques dont souffre le demandeur. Cette situation est cependant similaire à celles ayant mené aux ATFA non publiés B 68/06 du 31 août 2007 et B 9/06 du 22 novembre 2006 (voir supra consid. 8 b) dans lesquels le Tribunal fédéral des assurances est arrivé à la même conclusion que la Cour de céans, à savoir que les atteintes n'étaient pas identiques et que, partant, la connexité matérielle devait être niée même si un lien entre elles ne pouvait pas être exclu. Ainsi, c'est à juste titre que la défenderesse n'a pas versé une rente entière d'invalidité. 10. Compte tenu des considérations qui précède, la demande doit être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RS E 5 10]). 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.