RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1125/2020 **ATAS/456/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie YERLY	demandeur

contre

BÂLOISE-FONDATION COLLECTIVE POUR LA PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	défenderesse

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Toni KERELEZOV et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né au Liban le _____1963, de nationalité suisse, marié et père d'un enfant né en 1996, est arrivé en Suisse en 1986. Ayant appris le métier de sertisseur à Genève, il a été engagé en cette qualité par l'entreprise C_____ SA de 1991 à 1996, puis par l'Atelier D_____ d'avril à juin 1997, pour retourner travailler chez C_____ d'août 1997 à février 1998. Après une période de chômage, il a été réengagé par C_____ A en août 1999 et à ce titre, a été affilié pour la prévoyance professionnelle obligatoire auprès de la Bâloise-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ci-après : la Bâloise ou la défenderesse). L'assuré a travaillé jusqu'au 31 décembre 2002 dans cette entreprise, qui l'a licencié en raison d'un « manque de travail ».

2. L'assuré a été victime d'un accident de moto au Liban en 1981. Il a subi une fracture du tibia gauche, opérée par une ostéosynthèse par plaques, laquelle s'est surinfectée rapidement et a nécessité l'ablation précoce de la plaque et la pose d'un fixateur externe. Celui-ci a été retiré quatre à cinq mois après la première intervention. En avril 1991, après l'apparition de violentes douleurs dans la jambe gauche, l'assuré a été hospitalisé en urgence pour une suspicion d'ostéomyélite aiguë du tibia. Placé en orthopédie sceptique, une intervention de décompression médullaire par fenestration tibiale antéro-externe basse a été pratiquée le 19 avril 1991, suivie d'une infection par staphylocoques dorés. L'assuré est sorti de l'hôpital le 10 juin 1991 (cf. rapport du 14 juin 1991 du docteur E_____, chef de clinique auprès des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : les HUG]).

3. L'assuré a également été victime d'un accident de ski le 17 avril 1990 entraînant une fracture du plateau tibial externe du genou gauche, prise en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Après six semaines de plâtre, l'évolution a été favorable. Toutefois, les séquelles de l'accident ont entraîné une instabilité chronique du genou gauche, avec suspicion de lésion (rupture) du ligament croisé antérieur, annoncée à la SUVA le 10 septembre 2001.

4. Le 28 mars 2002, l'assuré a été opéré du genou gauche par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (arthroscopie, méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne, chondroplastie du condyle fémoral interne et plastie du ligament croisé antérieur).

5. L'assuré s'est vu prescrire par le Dr F_____ divers certificats d'arrêt de travail à 100 % du 28 mars au 4 août 2002, à 50 % jusqu'au 20 janvier 2003, à 100 % jusqu'au 16 février 2003, puis à 50 % jusqu'au 2 novembre 2003.

6. Par courrier du 21 août 2002, la Bâloise a informé l'employeur que, dans la mesure où l'assuré se trouvait en « incapacité de gain » à 100 % du 28 mars au 4 août 2002,

et à 50 % depuis le 5 août 2002, elle le libérait du service des primes à 100 % dès le 28 juin 2002 (après un délai d'attente de trois mois), puis à 50 % dès le 5 août 2002.

7. Le 17 décembre 2002, C_____ SA a transmis à la Bâloise une déclaration de départ concernant l'assuré, suite à son licenciement.

8. L'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 21 janvier au 14 février 2003. Ont été retenus les diagnostics suivants : gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche, syndrome fémoro-rotulien gauche, plastie du ligament croisé antérieur et méniscectomie partielle interne du genou gauche en mars 2002, fracture du plateau tibial externe compliquée d'une ostéomyélite en avril 1990 et fracture du tibia-péroné gauche ostéosynthésée en 1980. L'assuré a suivi de la physiothérapie intensive à sec et en piscine. L'évaluation durant deux semaines dans l'atelier professionnel a permis d'adapter le poste de travail de gravure, mais l'assuré craignait que la position adaptée ne soit pas compatible avec l'activité de sertisseur. La capacité de travail était de 50 % dès la sortie de la clinique le 17 février 2003, avec proposition d'une visite du poste de travail pour une adaptation ergonomique de celui-ci. Après une visite dans l'entreprise C_____ le 27 mai 2003, l'adaptation du poste de travail de l'assuré a été organisée par la SUVA, avec la collaboration d'un orthopédiste.

9. L'assuré s'est inscrit au chômage le 3 novembre 2003 et a perçu des indemnités journalières de cette assurance dès le mois de janvier 2004 (cf. rapport de réadaptation professionnelle du 12 janvier 2009).

10. Le 6 février 2004, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 10 % pour ses troubles du genou. Selon le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement du 15 décembre 2003, vingt mois après la plastie du ligament croisé antérieur, une gonarthrose post-traumatique était présente, ainsi que des douleurs en flexion prolongée de l'articulation. Un aménagement de la chaise de travail avait été réalisé et avec cette chaise, l'activité de sertisseur pouvait être réalisée à temps complet.

11. Le 17 février 2004, l'assuré a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations d'invalidité en vue d'une orientation professionnelle, dans laquelle il a invoqué une fracture du tibia (survenue en 1981) et une rupture « chronique » du ligament croisé antérieur (survenue en 1990).

12. Dans un rapport adressé à l'OAI le 18 avril 2004, le docteur G_____, médecin généraliste, a confirmé les diagnostics orthopédiques et fait état, en outre, d'une dépression réactionnelle, qu'il a jugée sans répercussion sur la capacité de travail. Les douleurs résiduelles dont souffrait l'assuré au niveau du genou gauche ne permettaient pas la reprise de (l'ancien) travail et actuellement, l'assuré suivait une formation professionnelle. S'agissant de l'état anxio-dépressif, l'apprentissage semblait aider beaucoup le patient, qui avait été sevré d'antidépresseurs.

13. Dans un rapport daté du 18 juin 2004, le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que le patient paraissait triste, mais sans signe clair en faveur d'un état dépressif. Malgré la présence d'un spondylolisthésis sur lyse isthmique, qui ressortait d'une imagerie par résonnance magnétique réalisée en mai 2014, il n'y avait pas d'instabilité décelée sur les examens dynamiques. En raison d'une sensation d'endormissement, il proposait de modifier la médication et, en cas d'évolution favorable, de prescrire de la physiothérapie.

14. Par décision du 9 décembre 2004, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré toute prestation. L'opposition formée le 24 janvier 2005 a été partiellement admise et l'instruction de la cause a été reprise par l'OAI, l'assuré ayant notamment produit un rapport de Monsieur I_____, technicien responsable du service de rééducation de l'Hôpital Cantonal adressé à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), selon lequel l'essai avec la chaise adaptée fournie par la SUVA s'était révélé négatif dans la profession antérieure de sertisseur, en raison de la position des bras relevés au niveau de l'épaule qui n'était pas tolérée et de la nécessité d'avoir une assise très ferme des pieds au sol, pour garantir la précision des mouvements exigés d'un sertisseur.

15. L'OAI a diligenté une première expertise, qu'il a confiée au docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son rapport du 8 février 2007, le Dr J_____ a indiqué que l'assuré se plaignait principalement de gonalgies gauches et de lombalgies, les premières étant surtout présentes en charge, mais également en position assise prolongée, après une demi-heure. Les lombalgies étaient localisées dans la région lombaire médiane en barres intermittentes, d'allure mécanique, avec des lancées douloureuses, déclenchées principalement lors de la marche, en position assise ou debout prolongée, mais également lors de descentes d'escaliers et de port de charges supérieures à 10 kg. Depuis 2002, l'assuré souffrait aussi d'irradiations dans les jambes. L'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonalgies gauches persistantes (chondropathie rotulienne stade 2-3, arthrose du compartiment fémoro-tibial interne et status après plastie du ligament croisé antérieur et méniscectomie), de lombalgies chroniques (spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique bilatérale, discopathie protrusive L5-S1) et d'état anxio-dépressif modéré à sévère. Dans son appréciation, l'expert a indiqué que l'ensemble du tableau clinique et radiologique pouvait expliquer les plaintes du patient en position assise prolongée. Le métier de sertisseur était incompatible avec les problèmes de genou, car il nécessitait une position soutenue et prolongée de huit à dix heures, le corps penché en avant, avec nécessité de se lever. Les lombalgies s'étaient aggravées depuis 2002 en relation vraisemblablement avec le problème du genou, car la persistance d'une décharge du membre inférieur gauche provoquait une torsion asymétrique au niveau du dos, ce d'autant que le patient présentait déjà des troubles dégénératifs. Du point de vue psychiatrique, l'assuré avait présenté une décompensation anxio-dépressive avec idées noires, ayant justifié son hospitalisation à Belle-Idée en septembre 2006. Relevant toutefois qu'il ne lui

appartenait pas de se prononcer sur cet aspect, l'expert a suggéré un complément d'expertise psychiatrique. Sous l'angle rhumatologique, il a conclu que dans une activité adaptée sédentaire, exercée principalement en position assise et permettant d'étendre la jambe gauche, avec alternance de la position assise et debout, sans mouvement répétitif de flexion/rotation du dos ou de port de charges, il n'y avait pas d'incapacité de travail significative, mais seulement une légère diminution de rendement de 10 % à 15 % (vu le besoin de l'assuré de faire des pauses en cas de douleurs).

16. Dans un rapport daté du 13 août 2007, la doctoresse K_____, du département de psychiatrie des HUG, a confirmé que l'état psychique de l'assuré s'était aggravé de façon dramatique après que ce dernier s'était séparé de sa femme, pendant l'été 2006. Des perturbations des conduites et des émotions atteignant l'intensité d'un épisode dépressif sévère avaient nécessité d'abord une prise en charge intensive au Centre de thérapies brèves puis une hospitalisation à la Clinique de Belle-Idée, du 5 au 26 octobre 2006. Le traitement s'était poursuivi en ambulatoire. L'incapacité de travail avait été totale dès la prise en charge par le Centre de thérapies brèves, en septembre 2006, puis grâce à une amélioration de la symptomatologie, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50 % dès juin 2007 puis de 100 % en août 2007.

17. Dans un rapport adressé à l'OAI le 17 février 2019, le docteur L_____, du service d'orthopédie des HUG a attesté que l'assuré avait connu une réactivation de l'ostéomyélite en été 2008, traitée jusqu'à Noël et guérie sauf nouvelle récidive, mais qu'il continuait à présenter des douleurs chroniques du genou gauche.

18. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé, le 1er avril 2009, que la réactivation de l'ostéomyélite ne justifiait qu'une incapacité de travail de juillet à décembre 2008. Pour la période antérieure, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % (avec une baisse de rendement de 10-15 %) dès le mois de novembre 2003, de 0 % dès le mois de septembre 2006, puis à nouveau de 100 % (avec une baisse de rendement de 10-15 %) dès le mois de juin 2007.

19. Par décision du 9 avril 2009, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré.

20. Suite à un recours de l'assuré, l'OAI a annulé sa décision du 9 avril 2009 afin de reprendre l'instruction de la cause. Malgré l'opposition de l'assuré, qui sollicitait une instruction menée par le Tribunal cantonal des assurances sociales, ce dernier a pris acte de la décision de l'OAI par arrêt du 25 août 2009 et lui a renvoyé la cause.

21. L'OAI a confié une expertise bi-disciplinaire aux docteurs M_____, psychiatre, et N_____, rhumatologue, lesquels ont rendu leurs rapports les 13 et 19 juillet 2011. Du point de vue somatique, le Dr N_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales, de syndrome lombo-vertébral et de rhizarthrose gauche. Sous l'angle rhumatologique, il évaluait la capacité de travail dans l'ancienne activité de sertisseur à 70 %, tandis que dans une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles (permettant d'alterner les positions et d'éviter les mouvements en porte-à-faux ainsi que le porté de charges supérieures à 5-10 kg), la capacité de travail était de 90 %, notamment dans des activités d'accueil, de sécurité, de vente d'objets légers, etc.

Du point de vue psychiatrique, le Dr M_____ n'a retenu qu'une dysthymie, qu'il a jugée sans répercussion sur la capacité de travail. Selon l'expert, l'examen psychiatrique avait mis en évidence des éléments d'une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, même léger, et une absence de symptomatologie dépressive, anxieuse ou psychotique. L'expert a pris note des rapports médicaux des psychiatres traitants et les a contestés. Un trouble de la personnalité émotionnellement labile présupposait des antécédents psychiatriques significatifs « au montant » à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie, ce qui n'était pas le cas. Les symptômes typiques de l'état de stress post-traumatique n'avaient pas été retrouvés lors de l'examen psychiatrique. L'assuré était pleinement capable de travailler dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

22. Invités par le SMR à préciser quelle avait été la capacité de travail de l'assuré du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2004, les experts M_____ et N_____ ont répondu que l'assuré avait été au chômage de 2004 à 2006, puis qu'il avait bénéficié de mesures cantonales de 2006 à 2007, étant toujours apte à travailler à 100 %. Du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2004, suite au licenciement, il n'y avait pas eu de nouvel évènement rhumatologique et psychiatrique susceptible de justifier une diminution de la capacité de travail, qui était donc restée de 100 %, selon les experts, ce d'autant que l'assuré était au chômage à 100 %, ce qui supposait une pleine capacité.

23. Par décision du 25 septembre 2012, confirmant un préavis du 27 juillet 2012, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, en tenant compte d'une capacité de travail de 90 % dès l'année 2003 dans une activité adaptée à plein temps (correspondant à une baisse de rendement de 10 %). Le taux d'invalidité de 31 % ne donnait pas droit à une rente et des mesures professionnelles n'étaient pas propres à permettre le rétablissement de la capacité de gain.

24. Par acte du 25 octobre 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), concluant à la mise en place d'une expertise psychiatrique et à l'octroi d'une rente.

25. Sur questions de la CJCAS, le docteur O_____, psychiatre auprès de la Consultation psychiatrique ambulatoire des Pâquis, a indiqué que l'assuré était suivi depuis le mois d'août 2006, par lui-même depuis décembre 2012. Il souffrait d'une symptomatologie dépressive de longue date ressemblant plutôt au diagnostic de la dysthymie (F34.1), avec une thymie fluctuante et des crises d'anxiété paroxystiques, qui prenaient de moins en moins la forme d'attaques de panique, mais qui étaient invalidantes et le rendaient incapable de gérer de manière efficace

les moments de stress. Le diagnostic de stress post-traumatique avait été retenu, au début de son suivi en psychiatrie en 2006, l'assuré présentant des reviviscences des traumatismes liés à sa participation aux milices chrétiennes pendant la guerre civile dans son pays. En raison de la chronicité des séquelles, le diagnostic de modification durable de la personnalité avait ensuite été retenu. L'assuré présentait une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, un sentiment de vide et de perte d'espoir, ainsi qu'une impression permanente d'être « sur la brèche », comme s'il était menacé. S'agissant de l'expertise du Dr M_____, l'expert n'avait pas tenu compte de la participation du traumatisme sur le tableau clinique actuel et la capacité de travail. Les troubles manifestés lors des consultations provoquaient des limitations fonctionnelles importantes, malgré une bonne compliance au traitement. La capacité de travail restait nulle, mais il convenait de réévaluer la situation dans deux ans.

Le Dr O_____ a encore précisé que l'assuré présentait un diagnostic de stress post-traumatique depuis son arrivée en Suisse en 1986, avec des reviviscences, flash-back, cauchemars, mais qui ne contribuaient alors pas à diminuer sa capacité de travail. Après les deux traumas vécus, l'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique durant six mois en 1991, puis à nouveau au début des années 2000. La chronicité et l'irréversibilité des séquelles de l'état de stress post-traumatique avaient abouti à une modification durable de la personnalité, ayant totalement limité sa capacité de travail. Les traits de la personnalité actuellement rigide et inadaptée aboutissaient à une dégradation du fonctionnement interpersonnel du patient au niveau social et professionnel, de sorte qu'il n'avait aucune capacité d'exercer une quelconque activité professionnelle, même sans contact régulier avec des collègues ou de la clientèle.

26. Dans le cadre de l'instruction du recours dont elle était saisie contre la décision de l'OAI, la CJCAS a ordonné une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sous la supervision du docteur Q_____, médecin-psychiatre responsable du Centre d'expertises du CHUV.

    Dans son rapport du 21 janvier 2014, l'expert judiciaire a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe (F62.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2). Selon l'expert, les préoccupations des soignants et de l'assuré lui-même s'étaient concentrées pendant plusieurs années sur les problèmes somatiques (fracture du plateau tibial gauche et ostéomyélite récidivante en 1991 et 2008). L'effort s'était également concentré sur l'aspect de la réadaptation professionnelle. L'assuré banalisant sa souffrance liée au traumatisme de la guerre, le suivi avait été superficiel sur le plan psychiatrique. L'état psychique de l'assuré s'était toutefois dramatiquement effondré en 2006 dans le contexte d'une séparation, puis d'un divorce et enfin de la perte de la garde de son fils. Il s'en était suivi un effondrement narcissique important avec des troubles

du comportement tendant à la violence et un épisode dépressif sévère. L'expert estimait que les symptômes pouvaient exister depuis l'arrivée en Suisse de l'assuré, mais que ce dernier ne s'était jamais rétabli depuis la décompensation psychique l'ayant conduit au Centre de thérapies brèves, puis ayant nécessité une hospitalisation en 2006. L'évolution de l'état de stress post-traumatique était chronique et les manifestations étaient de moyennes à graves. L'épisode dépressif récurrent était actuellement d'intensité sévère. L'assuré présentait des flash-back, des hallucinations et pseudo-hallucinations visuelles et auditives, un état dissociatif, des cauchemars et des troubles du sommeil, un état d'angoisse et d'hyperactivité neuro-végétative. Un état de stress continu induisait à une irritabilité voire une agressivité avec perte de contrôle de soi-même ainsi que des difficultés sur le plan interpersonnel, un ralentissement psychomoteur, une humeur dépressive, des difficultés à entrer en contact avec autrui, un risque auto et hétéro-agressif, des angoisses, voire des crises de panique. L'état de stress post-traumatique induisait une incapacité de travail définitive de 60 % à 70 % et, cumulée aux fluctuations dues à des rechutes dépressives, cela entraînait une incapacité de 90 % à 100 %, pendant la phase dépressive et de 80 % à 90 % pendant la période de rémission. L'incapacité de travail durable datait de l'hospitalisation en septembre 2006.

À la question de savoir – dans l'hypothèse où était retenu un diagnostic de modification de la personnalité après un état de stress post-traumatique – pourquoi l'assuré avait été capable de travailler à plein temps jusqu'à fin 2002, l'expert répondait que la période de latence entre le vécu traumatique et la réactivation du syndrome de stress post-traumatique à partir de 1990 (accident de ski), ainsi que d'autres interventions et séquelles concernant le membre inférieur gauche, rappelaient et renforçaient à chaque fois le syndrome de stress, qui avait finalement conduit à un épuisement de la capacité d'adaptation et de résilience de l'assuré et avait abouti à une modification durable de sa personnalité. S'il était probable que la capacité de travail sur le plan psychiatrique fût déjà diminuée lors des interventions chirurgicales, l'expert relevait toutefois qu'aucune évaluation psychiatrique n'avait alors été effectuée. Le secteur médical et des soins s'était en effet concentré sur les aspects somatiques jusqu'à fin 2003.

27. Par arrêt du 8 avril 2014, entré en force, la CJCAS a admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'OAI de septembre 2012 et lui a accordé une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2007. En substance, la CJCAS s'est distanciée du volet psychiatrique de l'expertise administrative confiée aux Drs M_____ et N_____, et s'est ralliée aux conclusions de l'expertise judiciaire qu'elle avait diligentée auprès du Dr P_____. Sous l'angle somatique, la CJCAS a retenu que les conclusions de l'expert N_____ convergeaient avec celles du Dr J_____, dans le sens d'une capacité de travail de 85 % à 90 % dans une activité adaptée. En revanche, sous l'angle psychiatrique, il résultait de l'expertise du Dr P_____ que l'assuré présentait, depuis son hospitalisation en septembre 2006, une incapacité de travail dans toute activité de 80 % à 90 % au minimum et de 90 %

à 100 % lors de rechutes dépressives. Compte tenu du fait que l'incapacité de travail était établie dans toute activité, le taux d'invalidité de 90 % se confondait avec le taux de l'incapacité de travail. L'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'un an dès le début de l'incapacité de travail durable, en septembre 2006, c'est-à-dire dès le 1er septembre 2007.

28. Dans un courrier adressé à l'assuré le 30 janvier 2015, la Bâloise a « refusé de prendre en charge l'incapacité de gain depuis septembre 2006 […] ». Dans son arrêt de 2014, la CJCAS avait retenu que l'assuré était incapable de travailler dans toute activité depuis qu'il avait été hospitalisé, en septembre 2006, ouvrant le droit à une rente entière dès le 1er septembre 2007. La défenderesse faisait valoir un défaut de connexité matérielle, arguant que l'assuré s'était vu accorder une rente sur la base d'une autre affection que celle pour laquelle il avait été libéré des primes en 2002-2003. Par ailleurs, la défenderesse invoquait également un défaut de connexité temporelle, au motif que son contrat de travail avec C_____ avait été résilié au 31 décembre 2002 et qu'il n'était plus affilié auprès d'elle en septembre 2006, lorsque la nouvelle incapacité de travail durable avait débuté.

29. Par acte du 6 avril 2020, l'assuré a saisi la CJCAS d'une demande contre la Bâloise, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2006, avec intérêts à 5 % l'an.

    La défenderesse lui avait refusé le versement de prestations de la prévoyance professionnelle, au motif que les conditions de connexité matérielle et temporelle entre l'affection pour laquelle la juridiction cantonale lui avait accordé une rente et celle pour laquelle il avait été libéré du paiement des primes, en 2002, n'étaient pas remplies. Toutefois, il ressortait de l'expertise judiciaire de 2014 que l'invalidité reconnue dès septembre 2006, en raison d'un stress post-traumatique, trouvait son origine dans l'incapacité de travail survenue en 2002, suite à son opération du genou. En effet, il ressortait de l'expertise judiciaire que s'il avait appris à vivre avec sa situation psychologique jusqu'en 2002, son opération du genou gauche avait « rappelé et renforcé » son syndrome de stress post-traumatique, ce qui avait conduit à un épuisement de sa capacité d'adaptation et de résilience, et avait abouti à une modification durable de sa personnalité. Du reste, l'expert avait relevé que la nouvelle opération avait eu un fort impact sur son mental, et qu'après son opération, il n'avait plus pu travailler. En outre, suite à son licenciement, le programme de réadaptation professionnelle qu'il avait suivi avait échoué, de sorte qu'il avait été conclu à une impossibilité de placement sur le marché du travail. C'était dans le contexte de ses douleurs du genou qu'il avait déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en février 2004. Le demandeur en déduisait que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité remontait au mois de mars 2002, c'est-à-dire à son opération du genou gauche. Le fait que sa rente ait été accordée pour une atteinte d'ordre psychiatrique, alors que l'incapacité de travail concernait un aspect physique, ne permettait pas de rompre le lien de connexité

matérielle, puisque l'opération avait anéanti sa résilience et fait ressurgir un syndrome de stress post-traumatique contenu jusque-là. L'incapacité de travail de mars 2002 était donc bien en lien de connexité matérielle avec l'invalidité. Par ailleurs, étant donné qu'il n'avait jamais pu récupérer une pleine capacité de travail depuis son opération de mars 2002, malgré de nombreuses tentatives de réadaptation après son licenciement, un lien de connexité temporelle était également donné. Dans la mesure où il était affilié à la défenderesse au moment où avait débuté l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité, celle-ci était tenue de lui verser une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

30. Dans sa réponse du 17 juin 2020, la défenderesse a conclu principalement au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. À titre subsidiaire, elle a conclu que le montant qu'elle pourrait être condamnée à verser le soit sous réserve d'une éventuelle réduction en cas de non restitution de la prestation de sortie.

    En premier lieu, la défenderesse a fait valoir que – dans la mesure où le demandeur sollicitait le versement d'une rente depuis septembre 2006 – les créances invoquées antérieurement au 6 avril 2015 étaient prescrites. En effet, la demande avait été déposée le 6 avril 2020 et les arrérages de rentes se prescrivaient par cinq ans.

    Sur le fond, la rente d'invalidité n'avait pas été accordée pour des troubles somatiques, de sorte que la condition de connexité matérielle n'était pas remplie. En effet, il ressortait de l'arrêt rendu par la CJCAS en 2014 que le demandeur présentait, depuis le mois de septembre 2006, une incapacité de travail d'origine psychique de 80-90 % au minimum, et de 90-100 % lors de rechutes dépressives, à savoir un taux d'invalidité de 90 % se confondant avec le taux d'incapacité de travail. Or, jusqu'au 31 décembre 2002, date de la fin des rapports de travail, le demandeur n'avait présenté aucune atteinte à la santé psychique avec effet sur sa capacité de travail, ce qu'il n'alléguait pas au demeurant. L'affection psychique à l'origine de l'invalidité survenue dès septembre 2006 ne s'était pas manifestée pendant l'affiliation à la défenderesse, ni n'avait entraîné d'incapacité de travail, de sorte que la condition de connexité matérielle faisait défaut. À ce propos, la défenderesse relevait encore que sous l'angle somatique, la CJCAS avait jugé que le demandeur avait conservé une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, conformément aux conclusions convergentes des Drs N_____ et J_____. Le seul diagnostic retenu au moment où les rapports de travail avaient pris fin, en décembre 2002, était celui de gonalgies bilatérales, alors que les diagnostics de syndrome lombo-vertébral et de rhizarthrose étaient apparus postérieurement à la fin de la couverture d'assurance.

    S'agissant de la condition de connexité temporelle, elle n'était pas davantage remplie, puisque l'incapacité de travail d'ordre psychique constatée judiciairement avait débuté au mois de septembre 2006, soit près de quatre ans après la dissolution des rapports de travail, intervenue le 31 décembre 2002. L'affection somatique constatée durant la période d'affiliation (gonalgies bilatérales) avait déployé ses effets jusqu'au 2 novembre 2003, ensuite de quoi le demandeur s'était inscrit au

chômage à 100 % entre 2004 et 2006, ce qui démontrait qu'il bénéficiait alors d'une pleine capacité de travail. Il avait par la suite été mis au bénéfice de mesures cantonales durant les années 2006 et 2007, étant toujours apte à travailler à 100 %.

31. Dans sa réplique du 9 juillet 2020, le demandeur a modifié ses conclusions, sollicitant désormais l'octroi, dès le 1er septembre 2007, d'une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle, ainsi que d'une rente d'enfant d'invalide, avec intérêts à 5 % l'an. À titre subsidiaire, il a requis que ces rentes lui soient accordées dès le 6 avril 2015.

    Le demandeur s'en rapportait à la justice s'agissant de l'exception de prescription soulevée par la défenderesse. S'agissant de la connexité matérielle, la défenderesse omettait de relever que, dans l'expertise de 2014, l'expert-psychiatre avait écrit qu'il ne s'était « jamais sorti » de son intervention au niveau du genou et qu'il était « probable que la capacité de travail sur le plan psychiatrique [fût] déjà diminuée lors des interventions chirurgicales. Cependant, aucune évaluation psychiatrique [n'avait] été effectuée. Le secteur médical […] [s'était] concentré sur la réparation somatique jusqu'au licenciement de l'expertisé fin 2003 ». La CJCAS avait repris les conclusions de l'expert dans ses considérants. Le demandeur ajoutait que depuis son opération, sa capacité de travail n'avait cessé de fluctuer et de se réduire pour atteindre finalement 0 % en septembre 2006. Le fait que l'incapacité de travail qu'il avait présentée en mars 2002 était d'ordre somatique, alors que l'invalidité avait été retenue pour une atteinte psychique, ne permettait pas de rompre le lien de connexité matérielle, car l'opération de mars 2002 avait « réveillé » un trouble psychologique préexistant. Le demandeur estimait par ailleurs que s'il ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique en mars 2002, cela ne devait pas lui être opposé, étant donné que l'expert judiciaire avait pu faire le lien entre l'opération de 2002 et ses troubles psychologiques dès septembre 2006.

    S'agissant du lien de connexité temporelle, le demandeur relevait qu'il était toujours sous contrat de travail lorsqu'était survenue, en mars 2002, l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité reconnue en septembre 2006. Par la suite, il n'avait jamais pu retravailler et avait toujours subi une incapacité de travail d'au moins 50 %, malgré ses tentatives de réadaptation. En outre, on ne pouvait pas inférer une pleine capacité du travail de son inscription au chômage, entre 2004 et 2006, car il s'y était inscrit dans l'attente d'une décision de l'assurance-invalidité. Il apparaissait ainsi que la connexité temporelle n'avait pas été rompue par une longue interruption de l'incapacité de travail.

32. La défenderesse a dupliqué le 6 août 2020, maintenant ses conclusions tendant au rejet de la demande.

    Le demandeur soutenait que son opération du genou, intervenue en mars 2002, était à l'origine de troubles psychiques ayant occasionné une invalidité totale dès le mois de septembre 2006 ; cette seule énonciation permettait de nier d'emblée toute connexité, puisqu'il n'était plus affilié auprès d'elle depuis le 31 décembre 2002.

De surcroît, les experts M_____ et N_____ avaient indiqué que « du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2004, il n'y a pas de nouvel élément rhumatologique et psychiatrique pouvant justifier une diminution de sa capacité de travail […], ce d'autant plus que l'assuré était au chômage à 100 %, ce qui présuppose une pleine capacité ». Jusqu'à la fin des rapports de travail, le demandeur n'avait présenté aucune atteinte psychique incapacitante, et aucun document médical ne permettait d'établir que l'incapacité de travail survenue jusqu'au 31 décembre 2002 serait de nature psychique, de sorte que la condition de connexité matérielle n'était pas remplie. S'agissant de la connexité temporelle, la défenderesse maintenait qu'elle faisait défaut : contrairement à ce que prétendait le demandeur, la perception d'indemnités de chômage supposait qu'il soit apte au placement. En outre, la CJCAS avait déjà retenu que le demandeur présentait, depuis septembre 2006, une incapacité de travail d'ordre psychique d'au moins 80 % à 90 %, et l'appréciation de la CJCAS concernant le début de l'incapacité de travail, le taux d'invalidité et la naissance du droit lié à la rente liaient la défenderesse, conformément au règlement de prévoyance. Pour le reste, les conclusions tendant au versement de rentes pour enfants d'invalides étaient tardives et donc irrecevables.

33. Par écriture du 31 août 2020, le demandeur a persisté dans ses conclusions tendant au versement d'une rente d'invalidité et de rentes pour enfants.

34. Cette écriture a été transmise à la défenderesse, pour information, le 31 août 2020. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. En matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

   En l'occurrence, l'assuré a travaillé en dernier lieu pour l'entreprise C_____ SA, sise dans le canton de Genève.

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

3. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond 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.

4. Le litige porte sur le droit du demandeur au versement, par la défenderesse, d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, assortie de rentes complémentaires pour enfants.

5. L'art. 10 LPP dispose que l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail ; pour les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle commence le jour où ils perçoivent pour la première fois une indemnité de chômage (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'art. 8 al. 3, à l'âge ordinaire de la retraite (art. 13) (let. a) ; en cas de dissolution des rapports de travail (let. b) ; lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (let. c) ; lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint (let. d) (al. 2). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité (al. 3). Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 4).

   En l'espèce, le demandeur a travaillé, du 9 août 1999 au 31 décembre 2002, auprès de l'entreprise C_____ SA, qui l'a licencié. À ce titre, il a été assuré pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse jusqu'au 31 janvier 2003, soit un mois après la fin des rapports de travail (cf. art. 10 al. 3 LPP).

   Il convient d'examiner, ci-après, si le demandeur était assuré auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité.

6. Conformément à l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI.

   Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est − ou était − affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; les

mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires. Selon la jurisprudence, 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 au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a ; ATF 118 V 45 consid. 5).

Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1).

Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail. L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.48/05 du 25 avril 2006 consid. 4).

La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. Il peut également être tenu compte du comportement de la personne assurée dans le monde du travail, tel que, par exemple, le fait qu'elle perçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demanderesse d'emploi pleinement apte au placement, étant précisé que les périodes de chômage indemnisées ne sauraient être pleinement assimilées à des périodes de travail effectif (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.3). La connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80 % dans une activité adaptée pendant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4) et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2 et les références citées).

7. a. Selon la jurisprudence, l'on entend par incapacité de travail toute perte ou diminution de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son domaine d'activité. Afin que cette perte puisse devenir pertinente pour le droit de la prévoyance, elle doit qualitativement atteindre une certaine importance. Ainsi, une perte d'au moins 20 % est exigée, d'après une pratique bien établie (ATF 144 V 58 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2 ; Marc HÜRZELER, in SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER, Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, Berne, 2020, n. 8 ad art. 23 LPP). De plus, la diminution de rendement doit être durable, dans le sens que le dommage à la santé à la base de cette diminution est susceptible, à long terme, de porter gravement atteinte à la capacité de travail de la personne assurée. Cette exigence n'est en principe pas remplie en cas d'absences répétées de courte durée pour cause de maladie de peu de jours ou de semaines isolées. En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffira pour le rattachement selon l'art. 23 LPP ; en particulier, des symptômes qui se sont déjà manifestés auparavant n'entraînent pas nécessairement une incapacité de travail (arrêts du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.3.1 ; 9C_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3). Une incapacité de travail pertinente au sens de l'art. 23 LPP n'est pas donnée uniquement lorsque la personne assurée ne peut plus ou que partiellement exercer l'activité précédente pour des raisons de santé. Elle existe aussi lorsque l'activité ne peut plus être poursuivie sans aggraver l'état de santé de la personne (arrêt du Tribunal fédéral 9C_18/2009 consid. 4.2).

b. Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. En droit de la prévoyance professionnelle, on ne peut renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne sa survenance (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 11 ad art. 23 LPP). Selon la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans le domaine, une perte de la capacité fonctionnelle de rendement est « en règle générale, mais pas obligatoirement », prouvée de manière satisfaisante par une incapacité de travail attestée en temps réel (« echtzeitlich ») par un médecin. Des suppositions ultérieures ainsi que des réflexions médicales spéculatives, telles que par exemple une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médico-théorique après de nombreuses années, ne suffisent pas (arrêts du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2 ; 9C_653/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.4 et les références citées ; 9C_420/2015 du 26 janvier 2016 consid. 4.2.1). Est plutôt déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 88/06 du 13 août 2007 consid. 5.1 ; B 61/06 du 23 octobre 2006 consid. 2.2 ; RSAS 2007 p. 480). L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur le rapport de travail,

c'est-à-dire que la perte de la capacité fonctionnelle de rendement doit s'être manifestée dans des aspects de droit du travail, par exemple, par une baisse de rendement qui a été constatée par l'employeur, voire un avertissement de l'employeur, ou des absences au travail pour des raisons de santé, qui sortent de l'ordinaire de par leur fréquence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_420/2015 du 26 janvier 2016 consid. 4.2.1 et les références citées). Cela étant, des évaluations médicales établies rétrospectivement, peuvent, dans certains cas, représenter un complément de preuve important, en particulier en cas de tableaux cliniques avec une évolution instable, pour lesquels la succession de périodes d'incapacité de travail et de capacité de travail ne peut être évaluée de manière fiable qu'à la lumière de constatations ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2013 du 24 février 2014 consid. 4.2.2).

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

8. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la 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 de l'assurance-invalidité (ce qui est le cas en l'espèce, cf. art. 8 du règlement de prévoyance de la défenderesse, édition 1990), 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). 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). Cependant, l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération

(ATF 129 V 73). 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.

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

10. En l'espèce, le demandeur réclame le versement, de la part de la défenderesse, d'une rente entière d'invalidité et de rentes complémentaires pour enfants, ce que la défenderesse refuse d'allouer, en invoquant l'absence de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail invoquée par le demandeur dès le mois de mars 2002 (suite à son opération du genou gauche) et l'invalidité qui lui a été reconnue par la CJCAS dès le mois de septembre 2007.

    Il convient donc d'examiner s'il existe un lien de connexité entre les pathologies ayant justifié l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le mois de septembre 2007 et celles qui étaient à l'origine de l'incapacité de travail invoquée dès le mois de mars 2002, c'est-à-dire pendant l'affiliation auprès de la défenderesse (laquelle s'est étendue du 9 août 1999 au 31 janvier 2003).

11. a. Il ressort de l'arrêt entré en force du 8 avril 2014 que la CJCAS a accordé la rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2007, sur la base des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr P_____. Après avoir diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1), une modification durable de la personnalité consécutive à une expérience de catastrophe (F 62.0), et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2), l'expert judiciaire a conclu que le demandeur présentait, depuis qu'il avait été hospitalisé en septembre 2006, une incapacité de travail dans toute activité de 80 % à 90 % au minimum, et de 90 % à 100 % lors de rechutes dépressives. À cet égard, l'expert a précisé que l'état psychique du demandeur s'était « dramatiquement effondré » en 2006, dans le contexte d'une séparation, puis d'un divorce et enfin de la perte par l'intéressé de la garde de son fils, ce dont il avait résulté un effondrement narcissique important, avec des troubles du comportement tendant à la violence et un épisode dépressif sévère (expertise du Dr P_____, p. 13). Il appert ainsi que l'octroi de la rente

d'invalidité dès le 1er septembre 2007 est fondé sur une incapacité de travail d'ordre psychique ayant débuté en septembre 2006.

b. Contrairement à ce que soutient le demandeur, on ne saurait déduire de l'expertise du Dr P_____ que l'incapacité de travail de nature psychique à l'origine de l'invalidité aurait débuté en mars 2002, c'est-à-dire à l'occasion d'une opération du genou gauche (méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne et plastie du ligament croisé antérieur). En effet, l'expert psychiatre a expressément situé le début de l'incapacité de travail, non pas en mars 2002, mais au moment où le demandeur avait été hospitalisé à Belle-Idée, en septembre 2006 (cf. expertise du Dr P_____, p. 14). Par ailleurs, l'expert a indiqué que si des symptômes avaient pu exister depuis l'arrivée en Suisse de l'intéressé, ce dernier n'avait jamais récupéré depuis la décompensation psychique ayant nécessité des soins aigus au Centre de thérapies brèves, puis une hospitalisation en 2006. L'expert a précisé que c'était cette décompensation qui constituait « la période de référence de la maladie » (cf. expertise précitée, p. 13), ce par quoi il faut comprendre l'événement ayant déclenché l'incapacité de travail. S'il est vrai que, comme l'invoque le demandeur, l'expert a indiqué que la capacité de travail pourrait avoir été diminuée déjà « lors des interventions chirurgicales » – donc antérieurement à l'hospitalisation à Belle-Idée –, le Dr P_____ n'a évoqué à cet égard qu'une simple hypothèse et non un fait établi, puisqu'il a parallèlement souligné le fait qu'aucune évaluation psychiatrique n'avait été effectuée à l'époque desdites interventions (cf. expertise précitée, p. 16). La simple mention par l'expert du fait que « l'assuré ne s'est jamais sorti de cette intervention », en référence à l'opération de 2002, ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. Dans ce contexte, il est décisif que l'expert n'ait pas retenu d'incapacité de travail d'ordre psychique avant le mois de septembre 2006, comme on l'a déjà dit.

c. Il convient encore de rappeler que, selon la jurisprudence, ce n'est pas le moment où un phénomène pathologique a commencé à se développer qui est déterminant, mais celui où ce phénomène a atteint une gravité fondant une incapacité de travail significative et durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 et les références citées). Or, aucune incapacité de travail liée à une affection psychique n'a été attestée pendant la période d'affiliation à la défenderesse, soit jusqu'en janvier 2003. En particulier, le caractère incapacitant d'affections psychiques n'a été évoqué ni dans le rapport de la CRR du 6 mars 2003, ni dans le rapport établi par le Dr G_____ le 18 avril 2004 (lequel retenait une « dépression réactionnelle », mais sans répercussions sur la capacité de travail). Par ailleurs, le demandeur n'a consulté le Dr H_____ qu'à partir du mois de février 2005 et ce psychiatre n'a pas attesté d'un trouble psychique incapacitant dans son rapport du 13 janvier 2006. Ce n'est que dans le rapport établi en août 2007 par la Dresse K_____ qu'il a été attesté, en premier lieu, d'une incapacité de travail d'ordre psychique survenue dès le mois de septembre 2006, soit près de quatre ans après la fin de l'affiliation auprès de la défenderesse.

d. S'agissant enfin des troubles du genou gauche (lésions du ligament croisé antérieur, du ménisque et gonarthrose) remontant à la période d'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse – lesquels ont justifié une opération en mars 2002, puis la prescription par le Dr F_____ de divers certificats d'arrêt de travail – ils n'empêchent pas l'exercice à plein temps (moyennant une légère diminution de rendement de 10 à 15%) d'une activité sédentaire adaptée au membre inférieur gauche, conformément aux conclusions convergentes des experts J_____ et N_____. Dès lors que le demandeur a cessé d'être affilié à la défenderesse en janvier 2003, l'existence d'un lien de connexité matérielle et temporelle entre les problèmes de santé (somatiques) connus durant l'affiliation et l'incapacité de travail (d'ordre psychique) survenue en septembre 2006 doit être niée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_397/2018 du 28 août 2018 consid. 3 ss et 9C_731/2016 du 14 juillet 2017 consid. 5.1).

e. Il est superflu d'examiner si la perception par le demandeur d'indemnités de chômage dès le mois de janvier 2004 pourrait conduire à une rupture du lien de connexité temporelle, comme le soutient la défenderesse, dès lors que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité n'est quoi qu'il en soit pas en relation de connexité avec les troubles connus durant l'affiliation. La défenderesse n'étant pas tenue à prestations, il n'y a pas lieu non plus de se prononcer sur l'exception de prescription qu'elle soulève.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande doit être rejetée.

13. La défenderesse requiert l'octroi d'une indemnité de dépens.

    Elle ne peut toutefois y prétendre, dès lors que selon la jurisprudence (ATF 126 V 149 consid. 4), également applicable en matière de prévoyance professionnelle, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, en dehors d'exceptions non réalisées en l'espèce, telles qu'un recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré.

14. La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

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

La greffière — La présidente

Marie NIERMARÉCHAL — Marine WYSSENBACH

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