

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1468/2011

ATAS/432/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mars 2012

5ème Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

demandeur

contre

X_____ CAISSE DE PENSION, sise à Baden

défenderesse

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____, ressortissant espagnol né en 1948, a été engagé du 3 janvier 1978 au 31 décembre 2000 chez X_____ SA en qualité de monteur en transformateurs.
2. L'intéressé a subi en 1975 et 1976 des ménisectomies au genou droit. En 1984, une ménisectomie du genou gauche a été réalisée. Cette intervention a provoqué une incapacité de travail de 100 %, puis de 50 % du 20 novembre 1984 jusqu'au 26 février 1985.
3. Le 23 janvier 1996, il a été victime d'un accident de travail en heurtant violemment un radiateur du transformateur avec son coude droit. Le diagnostic posé était celui de neurapraxie partielle cubitale (interne) droite, avec des paresthésies, une tuméfaction du coude ainsi qu'une diminution de la force de préhension de la main droite. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA).
4. Suite à cet accident, l'assuré a normalement repris le travail. Dès le 26 octobre 1999, le Dr A_____ a attesté une incapacité de travail totale et dès le 13 décembre 1999 une incapacité de 50%. L'assuré a repris le travail en plein dès le 21 décembre 1999 jusqu'au 22 mars 2000. Depuis le 23 mars 2000, il était en alternance en incapacité de travail à 100 et à 50%, puis totalement pour une durée indéterminée à partir du 18 décembre 2000 (cf. note d'entretien du 21 septembre 2001 de la SUVA avec l'infirmière et le responsable direct de l'assuré chez X_____ ; pièce 19 p. 33 du dossier AI). L'assuré a été licencié avec effet au 31 décembre 2000 pour des raisons économiques.
5. Dans un rapport de consultation du 15 septembre 2000, le Dr B_____, spécialiste en chirurgie de la main, a retenu le diagnostic d'épicondylalgie.
6. Le 31 janvier 2001, le Dr B_____ a pratiqué une intervention chirurgicale au niveau du coude droit.
7. En date du 8 juin 2001, le Dr B_____ a adressé son patient au Dr C_____, spécialiste en chirurgie de la main, lequel a conclu que l'assuré ne pouvait reprendre son ancienne activité mais conservait un certain potentiel qu'il convenait d'évaluer par le biais d'une expertise.
8. Selon la note d'entretien du 26 septembre 2001, relative à un entretien du 21 écoulé, de la SUVA avec l'infirmière et le responsable direct de l'assuré chez X_____, le Dr A_____ avait demandé, lors de la reprise du travail en date du 21 décembre 1999, que l'assuré soit ménagé dans son travail et qu'il n'effectue que des tâches légères la première semaine. Il portait la première semaine

un bracelet de protection et cela se passait bien. Toutes les périodes d'incapacité de travail étaient en rapport avec les troubles au coude gauche. Les travaux se faisaient principalement debout, à l'horizontale. Dès 1998, le poids maximum des pièces à manier ne dépassaient pas 6 kilos environ.

9. L'assuré a requis des prestations d'assurance-invalidité le 28 mars 2002, en raison d'une épicondylalgie chronique et d'une atteinte du tunnel carpien.
10. Du 27 février au 31 mai 2002, l'assuré a suivi un stage à l'Atelier de Réadaptation Préprofessionnelle de la Clinique de réadaptation des HUG. Il ne ressort pas du rapport du 29 août 2002 y relatif s'il devait effectuer des travaux debout. Les activités ont consisté en démontage d'appareil électrique, fabrication de planches de transfert (limes et ponçage) et divers travaux à l'établi. L'assuré s'est uniquement plaint de douleurs au bras gauche. Selon les responsables du stage, il ne pourra jamais reprendre une activité professionnelle à charge même moyenne.
11. Dans son rapport à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) du 22 avril 2002, le médecin traitant, le Dr D_____, médecin-adjoint au Département de chirurgie, unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a confirmé le diagnostic d'épicondylalgie bilatérale opérée à droite et de syndrome du tunnel carpien bilatéral existant depuis 1996. L'assuré souffrait en outre d'une hernie discale L5-S1 sans répercussion sur la capacité de travail. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 50%. Sa capacité était entière dans une activité adaptée depuis avril 2002.
12. Dans son rapport à l'OAI du 13 mai 2002, le Dr B_____ a rappelé le diagnostic d'épicondylalgies bilatérales et a noté que le syndrome de tunnel carpien bilatéral n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Son patient était limité dans l'utilisation des deux bras, s'agissant de mouvements de force et répétitifs.
13. Dans le rapport du 25 février 2003, le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a notamment constaté que l'épicondylite droite traitée depuis 2000 ne constituait pas une rechute de 1996 et que la symptomatologie des coudes ne représentait pas une maladie professionnelle. Il ressort par ailleurs de ce rapport qu'une radiographie du genou droit de 1997 montrait une gonarthrose tricompartmentale avancée à droite.
14. Dans son courrier du 6 juin 2005, le Dr A_____, chiropraticien, a confirmé les diagnostics d'épicondylite bilatérale, de rachialgies occasionnelles et de gonarthrose bilatérale dans un contexte d'anciennes méniscectomies. Un reclassement était d'autant plus problématique qu'il existait une gonarthrose avancée à droite.

15. Dans son expertise du 30 juin 2005, le Dr F _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics d'épicondylalgies bilatérales évoluant depuis 1999 et d'épitrôchléalgies droites évoluant depuis 1996, de status quatre ans après tentative de cure chirurgicale de syndrome épicondylite droit et décompression du nerf médian au niveau du poignet droit, de status après double ménissectomie au genou droit et ménissectomie au genou gauche et de notion de discopathies L5-S1. Sur le plan purement objectif, les limitations étaient les suivantes: charges limitées à 15 kilos pour chaque bras, absence de mouvements de traction, torsion et serrage répétés des deux membres supérieurs, aménagement de temps de pause durant la journée afin d'éviter une éventuelle décompensation du problème lombaire et des deux genoux. Dans une activité légère, la capacité de travail de l'assuré était entière.
16. Par décision du 24 octobre 2005, l'OAI a reconnu à l'intéressé le droit à une rente entière du 15 septembre 2001 au 31 juillet 2002.
17. Après le rejet de son opposition, l'assuré a contesté cette décision par voie de recours. Dans le cadre de cette procédure, le Dr D _____ a notamment déclaré, lors de son audition en date du 4 septembre 2007 devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice), que l'assuré l'avait consulté en 2002 pour des épicondylalgies. Il a précisé avoir examiné l'assuré qu'en regard de cette affection et qu'il était possible que l'état des genoux avec l'arthrose puisse également avoir influencé la capacité de travail.
18. Selon le rapport du Dr G _____ du 28 septembre 2007, l'assuré présentait une tendinopathie chronique du deuxième radial aux deux coudes. S'agissant des gonalgies, l'assuré s'était plaint de douleurs en février 2006, plus importantes à droite. Un syndrome fémoro-patellaire, avec synovite et une toute petite lame liquidienne pouvait être mis cliniquement en évidence. Il a revu le patient en juillet 2007 alors qu'il présentait une exacerbation des douleurs du genou droit. Les radiographies effectuées le 17 juillet 2007 révélaient une arthrose des trois compartiments, sévère, bilatérale et plus marquée à droite. La symptomatologie douloureuse des genoux s'était récemment exacerbée avec une limitation de la marche et lors de la position debout prolongée.
19. Par arrêt du 20 novembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré, au motif que son taux d'invalidité n'était que de 32,8 %. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral, par arrêt du 7 octobre 2008.
20. En date du 29 avril 2009, le Dr G _____ a communiqué au mandataire de l'assuré que l'évolution de la gonarthrose bilatérale était progressivement défavorable, entraînant une limitation à la marche. En février 2008, il avait dû pratiquer une ponction du genou droit lors d'un épisode aigu. Il envisageait éventuellement une prothèse totale du genou droit. Il avait également vu l'assuré

depuis deux ans pour une simple traumatologie douloureuse des deux pouces qui s'était péjorée. Celle-ci était secondaire à une rhizarthrose bilatérale objectivée sur les radiographies effectuées en juillet 2007. Quant à l'évolution des épicondylites, elle avait été relativement stable avec, parfois, des épisodes douloureux qui n'avaient toutefois pas nécessité ces deux dernières années des infiltrations. La capacité de travail elle était de 50 %, avec probablement un rendement diminué de 20 %.

21. Par acte du 18 juin 2009, l'assuré a demandé une révision des précédentes décisions de l'OAI sur la base notamment du courrier précité du Dr G_____.
22. Le 27 octobre 2009, l'assuré a été soumis à l'examen clinique rhumatologique par le Dr H_____, spécialiste en médecine-interne et rhumatologie au Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans le préambule de son rapport du 30 octobre 2009, ce médecin a indiqué que le Dr G_____ attestait d'une aggravation de l'état de santé et retenait deux nouveaux diagnostics, à savoir une gonarthrose bilatérale sévère et une rhizarthrose bilatérale. Lors de la première instruction, les diagnostics d'épicondylgie bilatérale, de status après opération du tunnel carpien à droite, de discopathie L5-S1 et de status après deux méniscectomies du genou droit et après méniscectomie du genou gauche avaient été retenus. Il ressortait par ailleurs de l'anamnèse que, malgré les opérations au genou droit, les douleurs de ce genou avaient persisté. Les gonalgies à gauche avaient également persisté de manière intermittente. Actuellement, l'assuré présentait en permanence des gonalgies bilatérales et parfois des tuméfactions du genou droit. Le périmètre de marche était limité à une heure et la position debout à 40 minutes. Dans l'appréciation des cas, il était noté que l'assuré se plaignait actuellement surtout de douleurs de la base des deux pouces et de gonalgies bilatérales. Il signalait également des épicondylgies bilatérales, ainsi que des lombalgies. Le médecin examinateur a évalué la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée.
23. Par courrier du 19 février 2010, l'assuré a demandé à la caisse de pension de son dernier employeur de lui octroyer une rente d'invalidité du 2^{ème} pilier, tout en précisant qu'il avait demandé à l'OAI, de lui octroyer une rente entière au lieu d'un trois-quarts de rente.
24. Par décision du 23 avril 2010, l'assurance-invalidité a octroyé à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité.
25. Par courrier du 21 mai 2010, l'intéressé a demandé à nouveau à la caisse de pension de son dernier employeur de lui octroyer une rente du 2^{ème} pilier correspondant à la rente de trois-quarts de l'assurance-invalidité. Il a réitéré sa demande le 4 juin 2010.
26. Par courrier du 4 juin 2010, X_____ (ci-après la caisse, puis la défenderesse) a refusé de donner suite à cette demande, au motif que la rente d'invalidité entière

dont celui-ci avait bénéficié de septembre 2001 à juillet 2002 avait été accordée en raison d'une incapacité de travail consécutive à une épicondylgie chronique et à une atteinte au tunnel carpien bilatérale. Or, ce n'était pas l'aggravation de ces atteintes, mais les gonalgies et la rhizarthrose qui avaient justifié l'octroi d'un trois-quarts de rente en 2010.

27. Par courrier du 11 juin 2010, l'intéressé a attiré l'attention de la caisse sur le fait que les gonalgies avaient déjà existé à l'époque où il avait été employé de X_____ et avaient entraîné, elles-aussi, des périodes d'incapacité de travail, tout comme les épicondylites et les lombalgies. Il a ainsi estimé que la rente du 2^{ème} pilier devait être versée.
28. Dans sa réponse du 12 juillet 2010, la caisse a persisté à contester la connexité matérielle entre l'incapacité de travail initiale et l'incapacité de travail justifiant l'octroi d'un trois-quarts de rente, dès lors que les affections étaient différentes. A cet égard, elle a indiqué que l'épicondylgie bilatérale et le syndrome du tunnel carpien étaient exclusivement mentionnés comme diagnostics, respectivement comme causes d'incapacité de travail dans les certificats médicaux établis en 2000 et en 2001. Par ailleurs, l'intéressé lui-même avait indiqué, dans sa demande de prestations d'assurance-invalidité datée du 28 mars 2002, souffrir d'une épicondylgie chronique et d'une atteinte des tunnels carpiens bilatérale, sans mentionner les autres problèmes de santé. Dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 18 juin 2009, l'intéressé avait certes indiqué qu'il souffrait d'une gonarthrose et d'une rhizarthrose. Cependant, tant que l'intéressé était employé de X_____, ses affections n'avaient pas engendré une incapacité de travail de longue durée et une telle incapacité n'avait vraisemblablement débuté qu'en juillet 2007. Par ailleurs, aucune aggravation de l'épicondylgie bilatérale ou de l'atteinte du tunnel carpien bilatérale n'avait été signalée. Au contraire, il ressortait des rapports médicaux que l'épicondylgie était restée stationnaire.
29. Dans son courrier du 1^{er} octobre 2010 au mandataire de l'intéressé, le Dr G_____ a déclaré qu'il existait déjà, à l'époque où le patient travaillait chez X_____ SA, un problème de gonalgies bilatérales. La ménisectomie subie en 1984 constituait par ailleurs un facteur aggravant au développement d'une pathologie arthrosique. Les autres atteintes, à savoir les épicondylites bilatérales et les rhizarthroses, ont augmenté au fil des années et ont entraîné progressivement une invalidité. Ces atteintes, ainsi que les lombalgies dans le cadre de troubles statiques étaient déjà présentes avant que le patient quitte son dernier employeur, et avaient donné lieu à des incapacités de travail.
30. Par courrier du 25 octobre 2010, l'intéressé a maintenu ses prétentions. Il a soutenu en particulier que les trois interventions aux genoux pratiquées entre 1975 et 1984 avaient provoqué des incapacités de travail et n'avaient jamais amené une guérison complète. En effet, les douleurs avaient persisté et les atteintes aux genoux avaient

évolué vers une gonarthrose bilatérale constatée déjà en 1997. Par ailleurs, le trois-quarts de rente avait été octroyé sur la base de l'intégralité des pathologies diagnostiquées, soit également des épicondyalgies.

31. Dans sa lettre du 30 novembre 2010, la caisse a persisté dans sa position.
32. Le 8 avril 2011, le Dr G_____ a attesté au mandataire de l'intéressé notamment que la gonarthrose à gauche avait déjà été présente en 1984 et qu'elle avait entraîné un arrêt de travail total de quatre mois.
33. Le 17 mai 2011, l'intéressé saisit la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande à l'encontre de la caisse, par l'intermédiaire de son conseil. Il conclut à la condamnation de celle-ci au paiement d'une rente LPP complémentaire au trois-quarts de rente d'invalidité, sous suite de dépens. Préparatoirement, il demande qu'une comparution personnelle des parties et l'audition en qualité de témoin du Dr G_____ soient ordonnées. Le demandeur reprend son argumentation antérieure et persiste à dire que c'est l'aggravation de l'ensemble des pathologies existant depuis de nombreuses années qui est la cause de son degré d'invalidité de 69 % et la reconnaissance d'un trois-quarts de rente d'invalidité.
34. Dans sa réponse du 16 juin 2011, la défenderesse conclut au rejet de la demande, sous suite de dépens. Elle reprend ses précédents arguments et relève en particulier que le degré d'invalidité de 33,8 %, à partir du 1^{er} août 2002, était exclusivement dû à l'épicondyalgie et que la demande de révision était fondée sur une gonarthrose et une rhizarthrose, comme le demandeur lui-même l'a indiqué dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 18 juin 2009. Toutefois, elle continue à admettre une connexité temporelle entre l'incapacité de travail dès le 15 septembre 2000 et celle qui s'est déclarée en juillet 2007, mais persiste à nier une connexité matérielle. Selon la défenderesse, avant cette dernière date, les atteintes aux genoux n'ont jamais entraîné une incapacité de travail de longue durée et celle-ci n'a débuté que longtemps après que le demandeur ait quitté la caisse. Par ailleurs, si l'incapacité de travail qui justifie l'octroi d'une rente est due à plusieurs causes médicales, dont certaines seulement ont entraîné l'incapacité de travail initiale, l'institution de prévoyance ne doit prendre en charge que la part de l'invalidité globale qui résulte de ces atteintes initiales à la santé. Ainsi, l'intimée estime qu'elle serait uniquement tenue de verser une rente si le degré d'invalidité était provoqué à 40 % au moins par l'épicondyalgie bilatérale.
35. Dans sa réplique du 27 juillet 2011, le demandeur persiste dans ses conclusions. Il met en exergue que les gonarthroses, constatées en 1997 déjà, se sont certainement aggravées dans les années 1998 à 2000, de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'elles entraînaient une forte diminution de rendement dans sa profession de monteur en transformateurs qui nécessitait non seulement des efforts physiques, mais surtout des stations debout permanentes. S'il ne s'en est pas plaint ouvertement à ses

employeurs, cela tient au fait qu'il craignait de perdre son emploi. Il s'en était plaint déjà bien avant 2007, comme cela ressort des rapports médicaux des Drs A_____ et F_____. Le recourant se fonde par ailleurs sur la lettre du Dr G_____ du 29 avril 2009 pour contester que les épicondylites étaient stationnaires au moment de la demande de prestations d'invalidité. En effet, ce médecin a certifié que l'état stationnaire était essentiellement dû au traitement anti-inflammatoire pris pour les autres problèmes ostéo-articulaires. Sans ce traitement, les épicondylites se seraient encore davantage péjorées.

36. Dans sa duplique du 30 août 2011, la défenderesse maintient ses précédentes conclusions et argumentation. Elle souligne essentiellement que la question de savoir si le demandeur a souffert de la gonarthrose et de la rhizarthrose depuis quelques temps déjà, n'est pas déterminante. Seul compte le moment à partir duquel ces troubles ont entraîné une incapacité de travail provoquant une invalidité, respectivement une augmentation du taux d'invalidité. L'intimée conteste en outre que le demandeur a déjà présenté des limitations fonctionnelles et une baisse de rendement à partir de 1997 en raison des gonarthroses, aucune incapacité de travail n'étant établie. Il en va de même pour la rhizarthrose. En ce qui concerne les lombalgies, elles n'ont pas conduit à une augmentation de l'incapacité de travail et du degré d'invalidité.
37. Après que la Cour de céans a demandé l'apport du dossier de l'assurance-invalidité, les parties ont maintenu leurs conclusions par écritures des 10 et 20 janvier 2012, le demandeur reprenant pour l'essentiel son ancienne argumentation.
38. Lors de son audition en date du 14 mars 2012, le demandeur a déclaré ce qui suit:

"Pendant la durée du contrat de travail chez X_____, j'avais, après les méniscectomies, des douleurs aux genoux en permanence. Vers la fin du contrat, mes genoux étaient également enflés le soir.

A cause des douleurs dans les mains, il m'est également arrivé de demander à un collègue de m'aider dans mon travail."

Son conseil a ajouté ce qui suit:

"Il y a eu une baisse de rendement à cause des genoux pendant la durée du contrat de travail, mais elle n'a pas été constatée médicalement et elle est difficile à quantifier postérieurement."

"En 1997, les limitations fonctionnelles à cause des genoux étaient identiques à celles de 2006. Toutefois, après son accident en 1996, le recourant n'a plus retravaillé, raison pour laquelle une incapacité de travail en raison des atteintes aux genoux n'a pas été constatée. Par ailleurs, le SMR a retenu que l'aggravation de l'ensemble des atteintes a conduit à une augmentation du degré d'invalidité."

Le demandeur a persisté à demander l'audition du Dr G_____. Quant à la défenderesse, elle a aussi contesté la connexité temporelle entre l'incapacité de travail provoquée par les atteintes aux genoux pendant la durée du contrat de travail et celle qui a été certifiée en 2007 en raison de ces mêmes atteintes.

39. Le 20 mars 2012, le recourant réitère sa demande d'entendre le Dr G_____ en tant que témoin et reprend pour l'essentiel ses arguments précédents. Il souligne notamment qu'il est certain qu'il ne pouvait pas avoir à l'époque, à savoir en 2000, un plein rendement, même s'il ne faisait pas état de sa fatigue et des douleurs par peur d'être licencié. Il estime dès lors que l'affirmation, selon laquelle les gonarthroses bilatérales n'auraient jamais entraîné d'incapacité de travail ou de baisse de rendement jusqu'au 31 décembre 2000 est contraire à la bonne foi la plus élémentaire. Enfin, c'est probablement en raison d'un malentendu qu'il a été noté au procès-verbal que le recourant n'a plus travaillé depuis son accident de 1996 et il ne l'a jamais affirmé. Au contraire, il a indiqué avoir repris son travail en 1996, craignant d'être licencié.
40. Sur ce, la cause a été gardée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du code des obligations ; 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; art. 142 code civil).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La demande respecte les conditions de forme prescrites par la loi, de sorte qu'elle est recevable (art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le demandeur peut prétendre à une rente d'invalidité de l'institution de prévoyance de son dernier employeur, question qui est liée au point de savoir s'il existe une connexité temporelle et matérielle entre les incapacités de travail survenues durant le contrat de travail et celle qui a donné lieu à l'octroi d'un trois-quarts de rente à compter du 17 juillet 2007.

4. 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).

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 (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).

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). 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 l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'ancienne institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines ou de nouvelles manifestations de la maladie plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail. Mais une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. On ne saurait considérer qu'une

interruption de trente jours consécutifs suffit déjà pour fonder la responsabilité de la nouvelle institution de prévoyance, du moins lorsqu'il est à prévoir que la diminution ou la disparition des symptômes de la maladie sera de courte durée. Cette interprétation de la loi restreindrait de manière inadmissible la portée de l'art. 23 LPP, notamment dans le cas d'assurés qui ne retrouvent pas immédiatement un emploi et qui, pour cette raison, ne sont plus affiliés à aucune institution de prévoyance. D'ailleurs, si l'on voulait s'inspirer des règles en matière d'assurance-invalidité, on devrait alors envisager une durée minimale d'interruption de l'activité de travail de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201).

Ces principes s'appliquent aussi lorsque plusieurs atteintes à la santé sont la cause de l'invalidité. Il ne suffit alors pas de constater la persistance d'une incapacité de gains ou d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour ouvrir le droit à une prestation de prévoyance. Au contraire, il y a lieu d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en résulte est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral P118/04 du 23 décembre 2005 consid. 3.3).

5. 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). Il y a lieu d'office d'examiner avec le plus grand soin si, bien que touchant son salaire, une personne se trouve effectivement frappée dans une mesure importante dans sa capacité de travail, si donc dans le cadre des rapports de travail - compte tenu de son domaine normal d'activité - elle fournit sa prestation habituelle ou n'en fournit plus qu'une réduite du fait de l'atteinte à la santé (MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, p. 289). Selon la jurisprudence, une baisse de rendement doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur. 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, 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).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a fait l'objet de trois méniscectomies en 1975, 1978 et 1984 qui ont entraîné des incapacités de travail pendant la durée de l'affiliation à l'intimée. Pour la dernière intervention est notamment établie une incapacité de travail du 20 novembre 1984 au 1^{er} mars 1985, d'abord à 100 % puis à 50 %. Toutefois, par la suite, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail. Par conséquent, aucune connexité temporelle ne saurait être admise entre les incapacités de travail dues aux méniscectomies et celle qui est à l'origine de l'octroi d'un quart de rente à partir de juillet 2007, plus de 22 ans s'étant écoulés depuis lors.
7. Se pose toutefois la question de savoir si l'incapacité de travail reconnue par l'assurance-invalidité du 1^{er} septembre 2000 au 31 juillet 2002 était également due aux affections du genou. La même question se pose pour la rhizarthrose et les lombalgies.

Il y a lieu de constater que les périodes d'incapacité de travail partielle ou totale certifiées depuis l'accident du demandeur en date du 23 janvier 1996 étaient toutes justifiées par l'affection du coude droit, puis des deux coudes. Par ailleurs, le recourant a motivé sa demande de prestations d'assurance-invalidité du 28 mars 2002 par une épicondyalgie chronique et une atteinte du tunnel carpien. A noter également que le Dr B _____ a estimé, dans son rapport du 13 mai 2002, que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité de magasinier, de vendeur ou de coursier, soit dans des activités qui ne sont en principe pas adaptées à des gonarthroses, dès lors qu'elles s'exercent en position debout. Dans son expertise du 30 juin 2005, le Dr F _____ n'a mentionné que des limitations concernant les membres supérieurs et ne voyait pas d'objections à ce que le demandeur travaille en position debout, tout en retenant dans les diagnostics un status après double méniscectomie. Aucun document médical n'atteste d'une incapacité de travail ou d'une diminution de rendement pendant la durée des services pour le dernier employeur en raison de gonalgies. Il ressort de surcroît du courrier du 28 septembre 2007 du Dr G _____ au mandataire du demandeur que c'est seulement en février 2006 que celui-ci s'est plaint de gonalgies bilatérales entraînant des limitations fonctionnelles pour des longues marches, la station debout prolongée et la flexion des genoux en charge.

Le demandeur fait valoir que les atteintes aux genoux existaient déjà en 1997 et que les limitations fonctionnelles provoquées par ces atteintes étaient identiques en 1997 à celles existant en 2006. Il soutient que, n'ayant plus travaillé après son accident en 1996 en raison d'autres pathologies, cela n'a pas été médicalement constaté. Il doit certes être admis que le recourant présentait déjà en 1997 une gonarthrose tricompartmentale avancée au genou droit, comme cela ressort du

rapport du Dr E_____ du 25 février 2003. Néanmoins, après son accident de 1996, il a rapidement repris le travail, selon la note d'entretien du 21 septembre 2001 de la SUVA avec l'infirmière et le responsable direct de l'assuré chez X_____. Après une incapacité de travail totale, puis à 50% du 26 octobre au 13 décembre 1999, il a repris le travail jusqu'au 22 mars 2000, avant d'être de nouveau incapable de travailler. Il est donc inexact qu'il n'a plus exercé son métier longtemps avant d'être licencié, de sorte que les limitations fonctionnelles aux genoux ne pouvaient plus être constatées. Au contraire, en dépit de la gonarthrose au genou droit, présente depuis au moins 1997, il a pu encore travailler dans sa profession, sans à aucun moment faire état de gonalgies handicapantes. Son dernier employeur a en outre considéré que le demandeur a toujours effectué son travail à entière satisfaction, selon la note d'entretien précitée. Il ne s'est pas plus plaint de gonalgies pendant son stage du 27 février au 31 mai 2002 à l'Atelier de Réadaptation Préprofessionnelle de la Clinique de réadaptation des HUG. Il ne ressort toutefois pas du rapport y relatif, si le demandeur a dû travailler en position debout.

Partant, au degré de la vraisemblance prépondérante, il y a lieu d'admettre qu'en 2000/2001, le demandeur ne souffrait pas encore d'une gêne notable aux genoux limitant sa capacité de travail dans sa profession de monteur de transformateurs, même si l'existence d'atteintes aux genoux ne saurait être niée à cette époque.

Il en va de même pour la rhizarthrose et les lombalgies, de sorte qu'il y a lieu d'admettre qu'il n'y a aucune connexité matérielle entre les épicondylalgies constatées en 2000/2001 et les atteintes qui ont motivé le dépôt d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité en mai 2009.

Il sied enfin de rappeler qu'il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de travail qui a commencé pendant l'affiliation à l'institution de prévoyance, mais qu'il faut déterminer, pour chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en résulte est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et si elle est à l'origine d'une invalidité. Partant, même s'il doit être reconnu que la gonarthrose bilatérale, la rhizarthrose et les lombalgies contribuent à l'invalidité, une connexité matérielle ne peut être retenue pour autant, ces atteintes n'ayant pas provoqué, au degré de la vraisemblance prépondérante, un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8. Se pose encore la question de savoir si l'octroi d'un trois-quarts de rente est également justifié par une aggravation des épicondylalgies.

Selon le rapport du 29 avril 2009 que le Dr G_____ a adressé au mandataire du recourant, les épicondylites ont été relativement stables. Il y a eu des épisodes douloureux, mais ils n'ont pas nécessité des infiltrations. Toutefois, le traitement

anti-inflammatoire pris pour les autres problèmes ostéo-articulaires peut également expliquer cette stabilité.

Le recourant ne fournit aucune pièce médicale attestant d'une aggravation des atteintes aux coudes. Au contraire, le demandeur motive sa nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité uniquement par les gonarthroses.

Au vu de ces éléments, il ne peut pas non plus être établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les épicondylalgies se sont aggravées et qu'elle ont provoqué un degré d'invalidité de 40 % au moins.

9. Par conséquent, la demande doit être rejetée.
10. S'agissant des dépens, l'art. 89H de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10) prescrit qu'une indemnité est allouée uniquement au recourant, respectivement au demandeur, qui obtient gain de cause. Cela étant, la défenderesse n'est pas en droit de réclamer des dépens.
11. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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