

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1781/2004

ATAS/1034/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 16 novembre 2005

En la cause

Monsieur F _____, comparant avec élection de domicile en
l'Etude de Maître Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN

demandeur

contre

CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET
DE LA CONSTRUCTION, rue de Malatrex 14, 1201 GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'Etude de
Maître Jacques-André SCHNEIDER

défenderesse

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur F_____ est né en 1959, au Portugal. Après sa scolarité obligatoire, il a exercé l'activité d'aide-maçon, puis de maçon. En 1985, il est venu en Suisse au bénéfice d'un statut de saisonnier. En 1989, il a commencé à travailler pour l'entreprise du bâtiment J.-P. CONTI, affiliée à la CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (ci-après : CPPIC), située rue de Malatrex 14, dans les locaux de la Caisse de compensation de la SSE (ci-après : Caisse SSE).
2. En 1991, l'assuré a souffert de lombalgies et de sciatalgies qui ont entraîné une incapacité de travail totale de juillet à octobre.
3. Les radiographies de la colonne vertébrale effectuées en septembre 1991 ont révélé des troubles statiques cervico-dorso-lombaires et des séquelles de maladie de Scheuermann en D8 et D12. Le scanner lombaire pratiqué le 3 octobre 1991 a montré un canal lombaire étroit en L3-L5.
4. Dès l'automne 1992, la symptomatologie douloureuse s'est fortement aggravée tout en restant intermittente. Puis, au début 1993, elle est devenue continue avec localisation jusque dans la nuque.
5. Le 3 mai 1993, l'assuré a consulté le Dr A_____, rhumatologue, qui a constaté des signes manifestes d'un état dépressif réactionnel liés à son divorce. Dans son rapport du 16 mars 1994, ce spécialiste a diagnostiqué des rachialgies diffuses chroniques, nettement prédominantes au niveau lombaire, consécutives à des troubles statiques séquellaires d'une ancienne maladie de Scheuermann, une discopathie L4-L5 débutante dans le contexte d'un canal étroit congénital essentiellement L4-L5, des épigastralgies sur oesophagite peptique stade II, une hernie hiatale, une gastrite chronique, des difficultés respiratoires sur syndrome obstructif modéré et un état dépressif réactionnel. Une incapacité de travail entière a été reconnue dès le 16 avril 1993.
6. Sur le plan psychique, l'assuré a été suivi de mai 1993 jusqu'en été 1994 par le Dr B_____, psychiatre et psychothérapeute, qui, dans son rapport du 4 mai 1994, a diagnostiqué un état dépressif réactionnel de gravité moyenne.
7. Le Dr C_____, neurochirurgien, a examiné l'assuré le 15 octobre 1993 et a estimé qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'un canal étroit cliniquement significatif. En outre, il a diagnostiqué des lombalgies banales basses dans le contexte d'une discopathie débutante L4-L5, aggravée par la situation psychologique du patient.

8. Le 25 février 1994, l'assuré a déposé une demande de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité.
9. Le 28 juillet 1994, en raison de l'état de santé de l'assuré, l'entreprise J.-P. CONTI a mis un terme aux relations de travail avec effet au 1^{er} août 1994.
10. Du 12 décembre 1994 au 17 février 1995, dans le cadre de l'assurance-invalidité, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle. Les responsables du stage ont constaté qu'il était fixé sur ses douleurs et non sur la tâche, ce qui entraînait un manque d'engagement qui limitait considérablement ses capacités d'adaptation et d'apprentissage. Le 13 février 1995, l'assuré est entré en atelier de dessin pour un stage de trois mois qu'il a arrêté au bout de cinq jours en raison d'une augmentation des douleurs.
11. Le 24 avril 1995, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de la CPPIC.
12. Le 21 septembre 1995, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a mis en œuvre une expertise médicale auprès du centre multidisciplinaire de la douleur à Genolier.
13. Dans leur rapport d'expertise du 8 janvier 1996, les Drs D_____, psychosomaticien, et E_____, rhumatologue, ont posé les diagnostics de sinistrose compensée proche d'une situation de simulation, sans état dépressif franc actuel, et de lombosciatalgie gauche entrant dans le cadre d'une somatisation. Ils ont précisé que l'origine du processus devait être recherchée dans le conflit conjugal qui devait être considéré comme le vrai facteur pré-morbide et ils ont estimé que la capacité résiduelle de l'assuré était totale dans une activité ne sollicitant pas trop le dos.
14. Dans son projet du 21 mars 1997, l'OCAI a considéré que des mesures de réadaptation professionnelles n'entraient pas en ligne de compte et que la perte de gain dans des activités adaptées était insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.
15. Par décision du 29 mai 1997, l'OCAI a maintenu son projet du 21 mars 1997 et rejeté la demande de prestations.
16. Le 27 juin 1997, l'assuré a recouru contre cette décision et, par jugement du 15 juillet 1999, la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI pour mise en place de mesures de réadaptation professionnelle à l'échéance de la procédure de divorce.
17. La fin du mois de février 1998, l'assuré a fait une chute sur un tapis qui a provoqué des douleurs au poignet droit. Un syndrome douloureux chronique du poignet s'est alors installé.

18. Une IRM lombaire, pratiquée le 14 juin 1999, a montré, notamment, une protrusion discale discrète en L3-L4 et prononcée en L4-L5, de localisation médiane et paramédiane, ainsi que des lésions dégénératives interapophysaires postérieures.
19. Le 22 mars 2001, l'OCAI a demandé au centre d'intégration professionnelle de procéder à un stage d'observation professionnelle de trois mois qui devait débiter le 26 mars 2001.
20. Le 15 mars 2001, lors de la visite médicale préliminaire au stage, le Dr G_____, médecin-consultant du centre d'intégration professionnelle, a considéré qu'une observation professionnelle n'était clairement pas réalisable, car la situation clinique s'était détériorée depuis le dernier stage. Il a conseillé de clore le dossier sur la base d'une expertise.
21. Dans son rapport intermédiaire du 27 septembre 2001, le Dr A_____ a considéré que l'état du patient était stationnaire depuis son rapport du 22 juin 1995 et il a diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux chroniques, des rachialgies diffuses chroniques à prédominance lombaire, un syndrome douloureux chronique du poignet droit et un possible état dépressif masqué. Il a estimé qu'une nouvelle expertise psychiatrique serait utile, eu égard à la présence de plusieurs pathologies organiques et aux appréciations différentes des troubles psychiques.
22. Le 13 décembre 2001, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au COMAI de Lausanne.
23. Dans le cadre du mandat d'expertise, les Desses H_____ et I_____, spécialistes en médecine interne, ont requis des examens spécialisés tant en psychiatrie auprès des Drs J_____ et K_____, qu'en rhumatologie auprès du Prof. L_____. Dans leur rapport d'expertise du 19 février 2003, les experts ont diagnostiqué, avec influence essentielle sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux persistant (F. 45.4) de l'hémicorps gauche et du rachis ainsi qu'un trouble dépressif récurrent sans symptôme psychotique (F 33.2). Ils ont également diagnostiqué, sans influence essentielle sur la capacité de travail, des migraines, une broncho-pneumopathie chronique obstructive stable, des antécédents d'hernie hiatale opérée en 2001 et d'œsophagite peptique de stade II, une obésité de grade I. Ils ont expliqué qu'ils avaient retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant parce qu'ils sont convaincus de l'authenticité de la souffrance du patient qui est fortement limité par les douleurs à tel point que, depuis bientôt neuf ans, il n'avait pas trouvé les ressources adaptatives nécessaires pour se réinsérer dans le milieu du travail. Ils ont précisé qu'ils n'avaient pas d'argument pour conclure à une simulation ou à un trouble factice. Ils ont constaté que le patient souffre d'une atteinte à la santé mixte, tant physique sous forme de trouble somatoforme douloureux persistant, que psychique sous forme d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est de degré sévère. Ils ont relevé que

certaines carences vécues dans l'enfance par l'assuré avaient pu inhiber son développement affectif et que l'échec de son premier mariage ainsi que le fait de n'avoir pas pu revoir ses enfants depuis six ans avaient joué un rôle dans le développement du symptôme algique comme expression d'une souffrance. Ils ont conclu à une capacité de travail raisonnablement exigible de 30 % au maximum dans une activité de type plutôt occupationnelle.

24. Dans son rapport du 10 avril 2003, le Dr M _____ du service médical régional AI a retenu un syndrome douloureux chronique sous-tendu par une co-morbidité psychiatrique de trouble dépressif récurrent sur un terrain de personnalité certainement vulnérable. Il a admis l'existence d'une maladie de longue durée dès le 13 avril 1993, un début du droit aux prestations dès le 1^{er} avril 1994 et une incapacité de travail de 100% dès cette époque pour raison psychiatrique très probablement définitive.
25. Par prononcé du 24 avril 2003, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité à 100% dès le 19 avril 1994. L'OCAI a également adressé cette communication à la CPPIC et à la Caisse SSE.
26. Par décisions du 20 novembre 2003, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière ordinaire simple d'invalidité dès le 1^{er} avril 1994. La Caisse SSE a versé la rente dès le 1^{er} avril 1994, sous imputation de 122'650 fr. 20 remboursés à la Caisse de maladie du Groupe Mutuel, à l'Office cantonal pour les personnes âgées et à l'Hospice Général.
27. Le 4 mars 2004, l'assuré a demandé à la CPPIC de lui adresser copie des décisions de prestations du deuxième pilier en sa faveur.
28. Le 17 mars 2004, la CPPIC lui a répondu qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité de sa part, en l'absence de connexités matérielle et temporelle entre l'invalidité et la période d'assurance. Elle a soutenu que l'arrêt de travail en 1993 avait conduit à une décision de l'assurance-invalidité de refus de rente, en mars 1997, et que c'est l'expertise du COMAI de fin 2002 qui avait permis l'octroi d'une rente d'invalidité, essentiellement en raison de problèmes de sinistrose.
29. Par courrier du 26 mars 2004 adressé à la CPPIC, l'assuré a précisé qu'il était affilié auprès de cette institution lorsque l'incapacité de travail avait débuté. De plus, il a expliqué que la condition des connexités matérielle et temporelle était réalisée, puisqu'il avait subi une incapacité de travail sans interruption depuis 1993 et qu'à cette période, il souffrait déjà de rachialgies ainsi que d'un état dépressif, à savoir des mêmes troubles que ceux qui ont justifié l'octroi d'une rente d'invalidité par l'OCAI.
30. Le 11 mai 2004, la CPPIC a maintenu sa position, estimant que l'état dépressif invalidant avait été diagnostiqué en mai 1994, soit plus d'une année après la fin des

rapports de travail. Elle a considéré que la condition de la connexité matérielle n'était pas remplie car la rente était due essentiellement à des problèmes de sinistrose.

31. Le 18 juin 2004, l'assuré a contesté cette position.
32. Le 16 juillet 2004, la CPPIC a maintenu son refus en invoquant l'entrée en force du jugement relatif à la décision de l'assurance-invalidité de mars 1997 qui avait refusé une rente en raison de l'existence d'une capacité de travail. Elle a considéré que la maladie invalidante n'avait été constatée qu'en février 2003 et que la rente avait été allouée pour des raisons essentiellement psychiques, et non pas pour les douleurs lombaires qui permettaient la reprise du travail dans un autre domaine.
33. Par demande en paiement du 26 août 2004, formée devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, l'assuré conclut au versement par la CPPIC d'une rente d'invalidité complète depuis le 1^{er} avril 1994, avec intérêt à 5% dès chaque échéance mensuelle, sous suite de dépens. A l'appui de ses conclusions, il soutient que les conditions de la connexité tant temporelle que matérielle sont réalisées. Notamment, il considère que le jugement de 1997 n'est pas pertinent pour la question de la connexité matérielle, car il se fondait sur le diagnostic erroné de sinistrose qui a été exclu par l'expertise de février 2003. De plus, l'assurance-invalidité a alloué une rente tant pour des raisons psychiques que pour des douleurs lombaires, à savoir les mêmes affections que celles qui existaient au début de l'incapacité de travail de 1993-1994.
34. Dans sa réponse du 7 octobre 2004, la défenderesse relève que l'OCAI a alloué une rente sept ans après avoir refusé une telle prestation et après la confirmation de ce refus de rente par jugement de la Commission de recours. Elle considère comme peu crédible de se baser sur une expertise réalisée en 2003 pour apprécier l'état de santé de 1993. Elle observe qu'elle n'est pas liée par la décision de l'OCAI, car elle ne lui a pas été notifiée. Elle estime que la cause principale de l'invalidité est la sinistrose qui a débuté au plus tôt en octobre 1993, soit après l'incapacité de travail d'avril 1993 due à des problèmes de dos. Elle conclut à l'absence de connexité matérielle et au rejet de la demande de rente d'invalidité.
35. Dans sa réplique du 2 novembre 2004, le demandeur a contesté l'affirmation selon laquelle la défenderesse n'aurait pas reçu le prononcé de l'OCAI. Il a relevé les contradictions de l'argumentation de la défenderesse quant au début de la « sinistrose ». Il a précisé que, selon le rapport du COMAI, la cause principale de l'invalidité n'est pas la « sinistrose », mais l'état dépressif. Pour le surplus, il a contesté les autres arguments de la défenderesse.
36. Dans sa duplique du 1^{er} décembre 2004, la défenderesse a relevé que le jugement de la Commission cantonale de recours de 1999 excluait l'octroi d'une rente dans son dernier considérant. Elle a également souligné que les diagnostics posés par le

COMAI ayant une influence sur la capacité de travail concernaient uniquement des affections psychiques et que les auteurs de l'expertise avaient procédé à une appréciation médicale rétrospective sans avoir examiné l'assuré en 1993 et 1994. En outre, elle a admis avoir reçu une copie du prononcé de l'OCAI. Au surplus, elle a maintenu sa position.

37. Par ordonnance du 11 mai 2005, le Tribunal de céans a ordonné l'apport à la procédure du dossier de l'OCAI. Ce dernier l'a transmis le 17 mai 2005.
38. Le 14 juin 2005, la défenderesse a renoncé à se déterminer sur le dossier de l'OCAI.
39. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 31 août 2005. La défenderesse a admis avoir reçu en copie la communication de la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente à l'assuré. Elle a précisé qu'elle n'avait pas formé opposition contre la décision de l'OCAI accordant une rente d'invalidité à l'assuré. Elle a contesté les conclusions de l'expertise du COMAI effectuée en 2003 en tant qu'elle remettait en cause le diagnostic qui avait été posé plusieurs années auparavant et qui avait motivé le rejet de la demande de rente de l'assurance-invalidité. Le demandeur a confirmé que son état de santé était globalement le même depuis le début de son incapacité de travail, le 16 avril 1993. Au surplus, les parties ont confirmé leur position.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. b LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 que des prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations du 30 mars 1911; art. 52, 56a al. 1, 73 al. 1 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 – LPP; art. 142 du Code civil suisse du 10 décembre 1907).

L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (SPIRA, Le contentieux des assurances sociales

fédérales et la procédure cantonale, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19 ; SCHWARZENBACH-HANHART, Die Rechtspflege nach dem BVG, SZS 1983, p. 182).

Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP). En l'espèce, le siège de la défenderesse, tout comme le lieu d'exploitation dans laquelle le requérant avait été engagé, se trouvent à Genève. La compétence razione materiae et loci du Tribunal de céans est ainsi établie.

La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (1ère révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1^{er} avril 1994, soit antérieurement à l'entrée en vigueur de la nouvelle qui ne s'applique donc pas. Dans la mesure où elles ont été modifiées par la nouvelle, les dispositions ci-après sont citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2005.

3. Il n'est pas contesté que le demandeur est invalide dans une proportion d'au moins 70%, ce qui lui ouvre droit à une rente entière de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 LAI) et fonde en principe le droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle (art. 24 al. 1 LPP en corrélation avec l'art. 28 al. 1 LAI). Le litige porte sur le point de savoir si l'incapacité de travail qui est à l'origine de cette invalidité est ou non survenue à une époque où le demandeur était encore assuré auprès de la Caisse défenderesse.
4. Selon l'art. 10 al. 2 LPP, l'obligation d'être assuré cesse, entre autres éventualités, en cas de dissolution des rapports de travail. Pour avoir droit à des prestations de la prévoyance professionnelle après la dissolution des rapports de travail et lorsqu'il n'y a pas d'affiliation à une nouvelle institution de prévoyance, il est nécessaire qu'une incapacité de travail d'une certaine importance soit survenue à un moment où l'intéressé était encore assuré pour le risque d'invalidité auprès de son ancienne institution de prévoyance. Ce moment se situe au plus tard dans la période d'un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance (art. 10 al. 3 LPP).

L'incapacité de travail est la perte ou la diminution de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activité habituelle. Pour être prise en considération, la diminution du rendement professionnel doit être sensible et indiscutable; en outre, cet état de fait doit être durable (ATF 105 V 159 consid. 2a).

5. a) Ont droit à des prestations d'invalidité les invalides qui étaient assurés lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23, 2e partie de la phrase, 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. 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 263 consid. 1a, 118 V 45 consid. 5).

b) 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 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 123 V 264 consid. 1c, 120 V 117 consid. 2c/aa).

6. a) Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité faite par les organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). Cependant, dans un arrêt récent (ATF 129 V 73), le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'office AI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas lié par l'évaluation

de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (cf. sur ces questions Piegai, Nouveautés concernant l'invalidité dans la prévoyance professionnelle, in PJA 2003 no 3 p. 294-302).

b) Ce principe de la force contraignante trouve sa limite lorsque la décision de l'assurance-invalidité n'est pas soutenable (ATF 120 V 108 consid. 3c) et lorsque la décision des organes de l'assurance-invalidité est fondée sur des éléments sans pertinence pour la détermination du droit à une pension de prévoyance. Tel est précisément le cas, lorsque le degré d'invalidité fixé par les organes de l'assurance-invalidité résulte de plusieurs causes dont seules certaines sont à l'origine d'une incapacité de travail survenue durant l'affiliation à une institution de prévoyance au sens de l'art. 23 LPP (ATFA du 15 novembre 2001, B 34/01, consid. 2b). Cette force contraignante peut poser problème quand la demande de rente de l'assurance-invalidité intervient plusieurs mois ou plusieurs années après la dissolution des rapports de travail et que les données médicales recueillies après coup par l'assurance-invalidité se fondent essentiellement sur les renseignements fournis par l'assuré, qui affirme avoir dû cesser le travail pour des raisons de santé. Il arrive que l'assurance-invalidité fasse remonter, sans autres vérifications, le début de l'incapacité de travail immédiatement après la fin des rapports de travail, soit à un moment qui se situe encore dans le délai d'un mois selon l'art. 10 al. 3 LPP. Si l'institution de prévoyance conteste devoir verser une rente, elle devra alors démontrer que la constatation de l'assurance-invalidité relative au début de l'incapacité de travail n'est pas soutenable. Le caractère insoutenable de cette appréciation pourra être admis si l'assuré n'a pas connu de périodes durables d'incapacité de travail, ou du moins pas de diminution notable de sa capacité de rendement, avant la fin des rapports de travail, et qu'il n'apparaît pas que son état de santé se soit subitement détérioré pendant le délai de prolongation de l'assurance d'un mois (J.-M. Frésard, Questions de coordination en matière de prévoyance professionnelle, in RJN 2000 p. 25-26).

7. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le règlement de la défenderesse se réfère aux dispositions de l'assurance-invalidité (cf. art. 35 et suivants du règlement, en vigueur depuis le 1er janvier 1990 ; ATFA du 3 mai 2004, B 93/02, consid. 3.2), de sorte que l'estimation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité lie la défenderesse aussi bien quant à son principe, son taux qu'au début du droit. Selon la décision de l'OCAI, l'assuré est entièrement invalide à la suite d'une maladie de longue durée et son incapacité totale de travail a débuté le 13 avril 1993, ce qui justifie l'ouverture du droit à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} avril 1994. Etant donné que l'assuré était au service de l'entreprise du bâtiment J.-P. CONTI au moment où a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, on doit donc constater que le cas d'assurance est survenu pendant l'affiliation de l'employeur auprès de la CCPIC.

b) La défenderesse soutient qu'elle n'est pas liée par l'appréciation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité, car la condition de la connexité matérielle n'est pas réalisée. Elle considère que l'incapacité de travail qui a débuté le 16 avril 1993 était due à des problèmes de dos, alors que l'octroi de la rente d'invalidité est consécutif au diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et trouble dépressif récurrent sans symptôme psychotique avec épisode actuel sévère.

Il ne fait aucun doute que l'incapacité de travail a commencé à l'époque où l'assuré était affilié à la défenderesse et que la condition de la connexité temporelle est réalisée. En effet, dans leur rapport du 19 février 2003, les médecins du COMAI ont conclu à l'incapacité totale de travail du demandeur dès le 16 avril 1993 même dans une activité légère compte tenu de ses douleurs généralisées et d'un état dépressif. De plus, le demandeur n'a pas été affilié à une nouvelle institution de prévoyance depuis son licenciement à fin juillet 1994. Dans un tel cas, la défenderesse reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, seulement s'il existe une connexité matérielle entre l'invalidité et l'incapacité de travail qui a débuté au moment où l'assuré était affilié auprès de l'institution de prévoyance.

Contrairement à ce que soutient la défenderesse, l'incapacité de travail qui a débuté le 16 avril 1993 n'était pas due exclusivement à des rachialgies, mais également à un état dépressif réactionnel qui, à l'époque, était considéré comme étant en relation avec le conflit de couple. En effet, dans son rapport du 16 mars 1994, le Dr A _____ a précisé que le patient présentait au mois de mai 1993 de fortes douleurs continues dans la région lombaire remontant jusque dans la nuque et des signes manifestes d'un état dépressif réactionnel liés à des problèmes familiaux, raison pour laquelle il l'avait adressé au Dr B _____, psychiatre. Dans son rapport d'expertise du 16 juin 1994, mentionné par le rapport d'expertise des Drs Rosatti et Roux du 8 janvier 1996 (p. 5), le Dr Dupont avait déjà précisé à l'époque que le patient ne pouvait pas reprendre son travail habituel mais que les éléments objectifs manquaient pour éclaircir ce point. Il avait ajouté que la dépression à elle seule n'expliquait pas l'incapacité de travail. En conséquence, il faut admettre que très tôt, soit déjà en mai 1993, les médecins avaient constaté un état dépressif et avaient estimé que les douleurs vertébrales n'expliquaient pas l'incapacité de travail. Autrement dit, déjà à l'époque, il existait des douleurs mal systématisées et un état dépressif réactionnel typiques du trouble somatoforme douloureux.

Or, selon le Tribunal fédéral (ATFA du 21 avril 2005, B 127/04, consid. 4.3.1) s'agissant de troubles somatoformes douloureux, on ne saurait isoler les troubles physiques - au demeurant tout à fait secondaires - et l'atteinte à la santé psychique. En effet, les atteintes psychiques sont si étroitement liées à des problèmes physiques qu'on ne peut vraiment dissocier selon leur nature les effets des troubles sur la capacité de travail (voir sous ch. F 45.4 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM-IV-TR], 4ème éd., texte révisé, Paris, 2003).

De plus, selon le rapport d'expertise du COMAI du 19 février 2003, d'une part, l'assuré a vécu dans l'enfance certaines carences qui ont pu inhiber son développement affectif et, d'autre part, l'échec de son premier mariage rompu après avoir appris que sa femme le trompait et le fait de n'avoir pas pu revoir ses enfants ont joué un rôle dans le développement du syndrome algique comme expression d'une souffrance. Or, l'évolution de l'état de santé de l'assuré montre que ses rachialgies se sont aggravées à partir de septembre 1992, soit dès qu'il s'est séparé de sa première femme, ce qui confirme l'appréciation des experts, à savoir que la souffrance vertébrale a été provoquée par l'état dépressif.

En définitive, l'incapacité de travail qui a débuté le 16 avril 2003 était due à un syndrome algique exprimant une souffrance psychique et donc à une atteinte psychique étroitement liée à un problème physique. En conséquence, il est indéniable que l'affection invalidante a commencé alors que le demandeur était employé de l'entreprise J. - P. CONTI et donc qu'il était assuré en prévoyance professionnelle par la CCPIC, de sorte que la condition de la connexité matérielle est réalisée.

8. La défenderesse conteste la pertinence de l'expertise du COMAI quant à l'appréciation de l'état de santé de l'assuré au début de son incapacité de travail. Elle reproche aux auteurs de l'expertise d'avoir procédé à une appréciation médicale rétrospective sans avoir examiné l'assuré en 1993 et 1994.

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Par ailleurs, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c) En l'espèce, l'argument de la défenderesse n'est pas pertinent. En effet, tout d'abord, la défenderesse est liée par l'évaluation de l'OCAI dès lors qu'elle n'a pas formé d'opposition contre la décision d'octroi de rente d'invalidité. En conséquence, les décisions de l'OCAI du 20 novembre 2003 ont une force contraignante pour la défenderesse quant à la question de la naissance du droit à la rente. Par ailleurs, les experts ont exécuté leur mandat en ayant à disposition le dossier de l'OCAI contenant tous les rapports médicaux y compris ceux du début de l'incapacité de travail. Or, selon la jurisprudence l'expertise établie exclusivement sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante si celui-ci contient suffisamment d'appréciations médicales effectuées après examen personnel de l'assuré. Dès lors, s'ils n'ont pas examiné personnellement le demandeur en 1993 et 1994, les experts disposaient des rapports médicaux de l'époque établis après examen du patient, de sorte que leur appréciation a pleine valeur probante par analogie avec la jurisprudence relative à l'expertise établie sur la seule base du dossier.

Au demeurant, si la défenderesse contestait les conclusions des experts, il lui appartenait d'apporter une appréciation médicale motivée permettant de mettre en doute la pertinence de leurs conclusions, ce qu'elle n'a pas fait. Etant donné qu'il n'existe aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé de ces conclusions, il y a lieu de reconnaître au rapport d'expertise du COMAI une pleine valeur probante. En effet, il se distingue des autres avis médicaux par le fait que le diagnostic a été posé dans le cadre d'une classification reconnue et que les points litigieux y ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, basée sur des examens complets et pluridisciplinaires, notamment des consultations psychiatrique et rhumatologique. A cet égard, les experts du COMAI ont expliqué pourquoi ils se sont écartés des conclusions de l'expertise de 1996 en précisant qu'ils étaient convaincus de l'authenticité de la souffrance du patient et qu'ils n'avaient pas d'arguments pour conclure à une simulation ou à un trouble factice. Ils se sont donc fondés sur l'étude du dossier dont le rapport d'expertise de 1996, un examen clinique, une anamnèse approfondie du patient. Pour le surplus, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Enfin, la défenderesse ne prétend pas que le rapport d'expertise pluridisciplinaire présenterait des lacunes ou des contradictions propres à jeter un doute sur sa valeur probante. En conséquence, il n'existe aucun élément permettant de douter de la valeur probante de l'expertise du COMAI.

9. Etant donné que la CPPIC n'a pas attaqué la décision d'octroi de rente de l'OCAI, elle est en principe liée par ladite décision quant aux principes, taux et début du droit

à la rente, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. En l'espèce, l'estimation de l'invalidité n'apparaît pas d'emblée insoutenable puisqu'elle repose sur l'expertise pluridisciplinaire du COMAI et remplit les critères posés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (ATF 131 V 49 consid. 1.2 et 130 V 398 consid. 5.3 et consid. 6).

En revanche, la procédure que l'OCAI a adoptée pour allouer une rente, après le jugement de la Commission de recours du 15 juillet 1999 lui renvoyant le dossier pour mise sur pied de mesures de réadaptation professionnelle et confirmant au surplus le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, ne manque pas de surprendre. En allouant une rente d'invalidité le 20 novembre 2003 avec effet rétroactif au 1^{er} avril 1994, l'OCAI est revenu sur sa décision de refus du 29 mai 1997, malgré l'entrée en force du jugement du 15 juillet 1999. A cet égard, il s'est basé sur l'expertise du COMAI retenant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif récurrent actuellement sévère, sans symptôme psychotique, ainsi que sur l'évaluation de son médecin, le Dr M_____, qui a également mentionné un terrain de personnalité certainement vulnérable. Sur la base de cette expertise, il a considéré qu'il devait revenir sur sa décision en tant qu'il existait des éléments nouveaux. Toutefois, si l'OCAI considérait que l'expertise du COMAI était un moyen de preuve nouveau susceptible de modifier sa décision antérieure, il ne pouvait pas rendre une nouvelle décision d'octroi de rente, mais il devait inviter l'assuré à déposer auprès du Tribunal de céans une demande de révision du jugement du 15 juillet 1999 de la Commission de recours.

Dans le cadre d'une demande de révision d'un jugement, une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraisse avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205).

En l'espèce, le rapport d'expertise des médecins du COMAI apporte des éléments nouveaux par rapport aux constatations des experts qui s'étaient prononcés en 1996. Lors de leur consilium psychiatrique du 28 novembre 2002, les Drs J_____ et K_____ ont relevé que le rapport d'expertise du 8 janvier 1996 se basait sur

un diagnostic d'évolution sinistrosique massive ressortant du test de Rorschach. Ils ont précisé que les publications du psychanalyste Rorschach et de ses successeurs n'ont jamais fait état de l'utilisation de ce test pour diagnostiquer un tel syndrome. Par ailleurs, dans leur rapport du 19 février 2003, les experts du COMAI ont considéré que certaines carences vécues par le patient dans l'enfance ont pu inhiber son développement affectif et que d'autres facteurs de stress extérieurs ont aussi joué un rôle dans le développement du syndrome algique comme expression d'une souffrance, à savoir l'échec de son premier mariage et le fait de n'avoir pas revu ses enfants depuis 1996. Ils ont estimé qu'ils n'avaient pas d'argument pour conclure à une simulation ou à un trouble factice. En définitive, le rapport d'expertise des médecins du COMAI n'est pas une nouvelle appréciation médicale d'une situation déjà connue, mais il apporte des éléments nouveaux en tant qu'il pose un nouveau diagnostic après avoir démontré que l'expertise de 1996 comportait des défauts objectifs et retient une capacité de travail résiduelle occupationnelle de 30%.

En conséquence, il faut admettre que les conditions d'une révision étaient réalisées, même si la procédure suivie par l'OCAI n'était pas correcte, de sorte que la décision de l'OCAI du 20 novembre 2003 ne peut pas être considérée comme manifestement insoutenable.

10. Le droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle ne peut naître avant le droit à la rente de l'assurance-invalidité, du moins dans le régime obligatoire (ATF 123 V 270 consid. 2 et les références). En l'espèce, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle est né en même temps que son droit à la rente de l'AI, soit à l'échéance de la période de carence d'une année prévue à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, applicable en vertu du renvoi de l'art. 26 al. 1 LPP (ATF 123 V 271 consid. 2a in fine; voir aussi p. 273).

Aux termes de l'art. 41 LPP, les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables. Le moyen tiré de la prescription n'a pas à être relevé d'office par le juge; il appartient au seul débiteur de le soulever (ATFA du 29 février 2000, B 66/99, consid. 2b; RSAS 1994 p. 389 consid. 3a et les références). En l'occurrence, la défenderesse n'a pas soulevé le moyen tiré de la prescription en procédure cantonale. Il n'y a donc pas lieu de l'examiner.

11. Compte tenu de ce qui précède, la demande doit être admise et le dossier renvoyé à la défenderesse pour calcul des prestations dues ainsi que des intérêts moratoires. Le demandeur obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 3 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne la CAISSE PARITAIRE DE PREVOYANCE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION à verser à Monsieur F_____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 1994, sous réserve de surindemnisation.
4. L'y condamne en tant que de besoin.
5. Renvoie la cause à la défenderesse pour calcul des prestations dans le sens des considérants.
6. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable.

Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

La présidente

Walid BEN AMER

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :

Philippe LE GRAND ROY

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