

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3909/2013

ATAS/646/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 août 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, représenté par la  
Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés (FSIH)

demandeur

contre

FONDATION RETRAITE+ en faveur du personnel des sociétés  
affiliées à B\_\_\_\_\_ SA, p.a. K\_\_\_\_\_ SA; sise à CAROUGE

FONDATION INSTITUTION SUPPLETIVE LPP, Service  
Juridique, Weststrasse 50, ZURICH

défenderesses

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1953, a travaillé en tant que maçon chef d'équipe pour B\_\_\_\_\_ SA dès le mois d'avril 2003. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation Retraite+ en faveur du personnel des sociétés affiliées à B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la défenderesse principale).
2. Le 3 décembre 2013, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement concluant, sous suite de dépens, au versement dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 par la défenderesse principale ou, alternativement, par la Fondation institution supplétive LPP (ci-après : la défenderesse subsidiaire) d'une rente d'invalidité entière, d'un montant à fixer à dires de justice, avec intérêts moratoires de 5% l'an dès l'ouverture de l'action.

Le demandeur fait valoir que l'assurance-invalidité (OAI) lui a reconnu le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006 - sur la base de rapports de la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, ayant conclu à des cervicobrachialgies, à des lombosciatalgies et à un état dépressif réactionnel (cf. son rapport du 19 mars 2008) - puis à une rente entière, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 - sur la base des rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_ et du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, faisant état d'une aggravation survenue en mars 2011, due à l'ensemble des troubles somatiques et physiques (*recte* : psychiques).

Le demandeur invoque également un rapport du 15 août 2012 de son médecin-traitant, évoquant une aggravation de son trouble dépressif et anxieux, ainsi qu'un rapport rédigé le 8 octobre 2012 par son psychiatre, diagnostiquant un trouble anxieux et dépressif mixte « dans le cadre de maladies physiques ».

Le demandeur reproche à la défenderesse principale d'avoir refusé d'augmenter la rente qu'elle lui servait, alors qu'en cas d'augmentation ultérieure du degré d'invalidité, une institution de prévoyance ne peut refuser de prester que si l'aggravation est imputable à une atteinte à la santé distincte. Or, selon lui, on ne saurait affirmer que c'est un trouble nouveau qui est à l'origine de l'augmentation de la rente servie par l'assurance-invalidité. Au contraire, il ressort des rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ que la cause de l'aggravation de son état réside en une augmentation en intensité des troubles déjà présents au moment de l'octroi d'un quart de rente ; par ailleurs, ses troubles anxio-dépressifs sont secondaires aux problèmes de santé physiques ayant conduit à l'allocation d'un quart de rente.

Le demandeur ajoute que s'il devait cependant apparaître que c'est une maladie nouvelle qui est à l'origine de la dégradation de son état de santé, ce serait alors à la

défenderesse subsidiaire de prester pour l'augmentation du taux d'invalidité, puisqu'il était au bénéfice d'indemnités de chômage pour sa capacité de travail résiduelle de 55% au moment de cette aggravation ; le demandeur a en effet reçu des indemnités de l'assurance-chômage jusqu'à fin mars 2011, avant de bénéficier de prestations cantonales en cas de maladie.

A l'appui de sa demande, l'assuré produit :

- a. un décompte de prestations cantonales en cas de maladie pour septembre 2011 ;
  - b. un décompte d'avril 2011 de la caisse de chômage SIT, dont il ressort que 22 indemnités lui ont été versées en avril 2011 et que 104 indemnités journalières et 22 indemnités en cas de maladie lui ont été accordées durant son délai-cadre d'indemnisation, du 25 novembre 2010 au 24 novembre 2012 ;
  - c. un courrier que lui a adressé le 19 avril 2013 la défenderesse principale, soutenant que l'aggravation de son invalidité est consécutive à un nouveau diagnostic ;
  - d. le courrier que lui a adressé la défenderesse principale en date du 14 août 2013, refusant d'entrer en matière sur sa demande de prestations au motif que le diagnostic nouveau ayant entraîné l'aggravation n'apparaissait pas dans les rapports médicaux établis alors que le demandeur lui était affilié et le renvoyant à agir auprès de l'institution de prévoyance de l'Office cantonal de l'emploi (OCE).
3. Invitée à se déterminer, la défenderesse principale, dans sa réponse du 10 mars 2014, a conclu au rejet de la demande sous suite de dépens.

La défenderesse principale rappelle que le demandeur lui a été affilié jusqu'au 31 octobre 2007.

Elle relève les éléments suivants :

- selon la Dresse C\_\_\_\_\_, le demandeur a récupéré une pleine capacité de travail dès juin 2006 dans une activité adaptée ;
- la Dresse C\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation le 30 août 2007, avec l'apparition d'un diabète de type II traité et d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs ;
- le 1<sup>er</sup> novembre 2007, ce même médecin a confirmé une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux limitations physiques du demandeur ;
- dans le cadre de la procédure de révision lancée par l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) en mars 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ et le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, ont indiqué que l'état du demandeur était stationnaire ;
- le demandeur a sollicité une révision de son droit à la rente en novembre 2011, en signalant notamment suivre un traitement pour une dépression et une anxiété

importante ; son psychiatre a alors attesté d'une incapacité de travail entière depuis mars 2011 ; les autres rapports médicaux recueillis par l'OAI faisaient essentiellement état de douleurs aggravées s'accompagnant d'une symptomatologie dépressive sévère et de limitations tant psychologiques que physiques ;

- le Service médical régional de l'OAI (SMR) a retenu une aggravation significative depuis mars 2011 et estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle depuis cette date, vu la manifestation de troubles psychiques anxieux et dépressifs mixtes et un affaiblissement cognitif.

La défenderesse principale soutient qu'en matière de prévoyance professionnelle obligatoire, l'événement assuré est l'invalidité et non l'incapacité de travail à l'origine de celle-ci (sic), ce que confirment ses dispositions réglementaires. Elle en tire la conclusion que le début de l'incapacité de travail doit survenir alors que la personne lui est encore affiliée et qu'une étroite connexité, tant matérielle que temporelle, doit exister entre l'incapacité de travail initiale et l'invalidité.

Ces principes s'appliquant de manière analogue lors d'une augmentation ultérieure du degré d'invalidité, des prestations ne sont dues pour une augmentation ultérieure du degré d'invalidité qu'à la condition que l'incapacité de travail déterminante ait débuté pendant la période d'assurance et sous réserve d'une disposition réglementaire contraire. Ceci vaut également lorsque l'augmentation n'intervient qu'après la fin de la relation de prévoyance ou qu'une nouvelle relation de prévoyance a été établie.

La défenderesse se réfère à son règlement, lequel prévoit la réduction des prestations au minimum légal si l'aggravation survenue après la fin des rapports de prévoyance est due à la même cause que celle à la base de l'invalidité survenue pendant la durée d'assurance.

En l'occurrence, selon la défenderesse principale, il ne fait aucun doute, au vu du dossier médical, que l'invalidité initiale est due exclusivement à des raisons somatiques. L'aggravation du degré d'invalidité dès le 1er novembre 2011 se fonde sur une aggravation pour des motifs psychiques survenue en mars 2011, après la fin des rapports d'assurance. La Dresse C\_\_\_\_\_ avait certes déjà noté un état dépressif réactionnel en 2008, mais aucun traitement auprès d'un psychiatre ni aucune incapacité de travail d'origine psychique n'ont été attestés avant mars 2011. Au demeurant, même si l'on devait admettre une influence des troubles psychiques sur la capacité de travail du demandeur en 2008 déjà, il n'en demeurerait pas moins que l'intéressé ne lui était plus affilié à ce moment-là. La défenderesse principale rappelle qu'en cas de concours d'atteintes somatiques et psychiques, le Tribunal fédéral considère comme condition nécessaire mais pas suffisante le fait que les problèmes psychiques se soient déjà manifestés pendant le rapport de prévoyance et qu'ils aient visiblement contribué au déroulement de la maladie. Si l'invalidité donnant droit à une rente repose sur plusieurs causes liées à la santé, mais dont une

seule avait des effets sur la capacité de travail pendant la couverture de prévoyance, l'institution de prévoyance doit prendre en charge uniquement l'invalidité qui résulte de celle-ci. En l'occurrence, la défenderesse considère qu'il n'existe pas de connexité matérielle entre l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité en 2006 et l'augmentation du degré d'invalidité à 100 % en 2011.

A l'appui de ses écritures, la défenderesse principale a requis l'édition du dossier de l'OAI et produit le certificat de prévoyance du demandeur au 1<sup>er</sup> septembre 2005.

4. Egalement invitée à se déterminer, la défenderesse subsidiaire, dans sa réponse du 12 mars 2015, a conclu au rejet de la demande.

La défenderesse subsidiaire relève que le demandeur, dans sa demande de révision adressée à l'OAI le 3 novembre 2011, invoquait des difficultés croissantes à marcher, une arthrose importante de la colonne lombaire et une aggravation de la circulation dans les jambes ; il se plaignait de la progression de son arthrose cervicale et de douleurs dans les bras incessantes ; il devait se faire opérer du pouce gauche, souffrait du diabète et de problèmes cardiaques ; il était également traité pour une dépression et une anxiété importante ; le Dr D\_\_\_\_\_ évoquait une souffrance psychologique réveillée par les problèmes de santé physiques, expliquant que l'anxiété et la dépression étaient une conséquence des difficultés et des limitations physiques ; les douleurs avaient évolué de façon chronique et défavorable ; quant à la Dresse C\_\_\_\_\_, elle signalait, dans un rapport du 6 février 2012, des lombalgies incessantes et des limitations cervicales importantes, ayant un impact significatif sur le psychisme du demandeur, chez qui elle diagnostiquait un état dépressif modéré.

La défenderesse subsidiaire en tire la conclusion qu'il y a bel et bien connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue au mois de septembre 2005 et l'aggravation reconnue par l'OAI dès mars 2011, puisque les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont indiqué que l'origine de cette aggravation était d'origine physique et non psychique. Selon elle, les conclusions du demandeur à l'encontre de la défenderesse principale sont donc légitimes.

La défenderesse subsidiaire ajoute que si sa responsabilité devait néanmoins être reconnue, il devrait être dit que l'intérêt moratoire dû est égal au taux légal, conformément à son règlement.

La défenderesse subsidiaire a versé à la procédure un aperçu des indemnités journalières versées au demandeur, dont il ressort que ce dernier a perçu des indemnités de chômage du 8 novembre 2007 au 31 octobre 2009 et du 25 novembre 2010 au 19 avril 2011.

5. Dans sa réplique du 14 avril 2014, le demandeur a relevé que, dans leurs rapports des 15 août et 8 octobre 2012, les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ avaient indiqué que l'absence d'amélioration de son état physique avait entraîné une aggravation de son trouble dépressif.

Il en tire la conclusion qu'un lien de connexité matérielle existe donc entre l'incapacité de travail survenue au mois de septembre 2005 et l'aggravation de l'invalidité remontant à mars 2011.

Il suggère qu'en cas de doute, les auteurs de ces rapports soient entendus et que, par ailleurs, les défenderesses soient interpellées sur les montants des rentes qu'elles pourraient être condamnées à lui verser.

6. La défenderesse subsidiaire, par écriture du 2 juin 2014, a produit le calcul de la rente d'invalidité du demandeur, en précisant qu'il ne tenait pas compte de l'avoir de vieillesse acquis avant le début de l'assurance, si bien que la rente effective devrait être plus élevée. Elle a persisté dans ses conclusions pour le surplus.
7. Par écriture du 30 juin 2014, la défenderesse principale a persisté dans ses conclusions.

Selon elle, il ressort clairement du dossier de l'OAI que la décision d'augmentation de rente se fonde sur des restrictions de nature psychiatrique, s'ajoutant aux limitations somatiques préexistantes.

Pour le reste, la défenderesse principale s'est dit dans l'impossibilité de chiffrer l'éventuelle rente d'invalidité à laquelle pourrait prétendre le demandeur de sa part. Il s'agirait au plus des prestations légales. A titre illustratif et sans reconnaissance de droit, elle produit un calcul établi sur la base des données disponibles au 1<sup>er</sup> septembre 2005, en précisant que le capital-vieillesse devrait être réduit en partant de la valeur créditée au 31 décembre 2004 et non de celle ressortant du certificat de prévoyance au 1<sup>er</sup> septembre 2005, ce qui entraînera une réduction des autres valeurs contenues dans le calcul.

8. Le 15 décembre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier constitué par l'OAI s'agissant du demandeur.
9. L'OAI s'est exécuté en date du 6 janvier 2015. Les éléments suivants ressortent de son dossier :
  - a. Le 13 février 2006, le demandeur a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant des problèmes à la colonne vertébrale.
  - b. Selon le rapport de l'employeur du 9 mars 2006, le demandeur a été en incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005.
  - c. Le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a été mandaté par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour procéder à l'expertise du demandeur. Dans son rapport du 7 novembre 2005, il a diagnostiqué une cervico-brachialgie C6-C7 gauche, une uncodiscarthrose sévère C6-C7 avec sténose foraminale bilatérale et un canal lombaire étroit L4-L5 et L5-S1. Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée. Il a préconisé des mesures de reclassement et d'éviter le

port de charges. Une reprise de la profession habituelle lui paraissait peu probable.

- d. Dans son rapport du 9 avril 2006, la Dresse C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervicobrachialgies sur discopathie étagée, un status post-discotomie et spondylodèse C6-C7, des lombosciatalgies récidivantes et une hernie discale L5-S1 avec répercussions sur la capacité de travail. Elle mentionnait également, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : une méniscectomie en 1996, un infarctus en 1996, un syndrome obstructif modéré depuis 2005, une maladie diverticulaire du sigmoïde depuis 2005 et une cure hémorroïdaire en 2005. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. En revanche, une activité adaptée (c'est-à-dire n'impliquant ni travaux de force, ni mouvements répétés en flexion du tronc) était possible à 100%, sans diminution de rendement.
- e. Le 30 août 2007, la Dresse C\_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI une aggravation de l'état de santé du demandeur (apparition d'un diabète de type II et d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs).
- f. Selon un rapport établi par le Centre d'intégration professionnelle (CIP) du 10 octobre 2007, le demandeur pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations physiques, avec un rendement se situant entre 80% et 100%.
- g. Dans un certificat du 1<sup>er</sup> novembre 2007, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un travail à 100% était exigible. Les contre-indications à respecter étaient les suivantes : pas de port de charges, pas de mouvements répétés des bras et du tronc, pas d'accroupissement et de relèvement répétitifs.
- h. Le 12 novembre 2007, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité du demandeur et l'a fixé à 45%, en tenant compte d'une diminution de rendement de 15% et d'une réduction supplémentaire du salaire d'invalidité de 15%. Par décision du 21 février 2008, l'OAI a octroyé un quart de rente au demandeur dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006.
- i. Dans un rapport du 19 mars 2008 par l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué, en sus des atteintes somatiques déjà signalées, un état dépressif réactionnel, apparu progressivement en raison de l'atteinte à la santé et de l'avenir incertain du demandeur. Le médecin notait une aggravation globale de l'état de son patient (apparition d'un diabète de type II, d'un syndrome d'apnées du sommeil et de l'état dépressif). Les limitations professionnelles étaient essentiellement dues aux atteintes cervico-lombaires. Le demandeur restait capable d'exercer régulièrement des travaux légers.
- j. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a fait état d'une rhizarthrose de stade II dans son rapport du 24 janvier 2008.

- k. Le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a admis le recours interjeté par le demandeur à l'encontre de la décision de l'OAI par arrêt du 12 mars 2009 (ATAS/311/2009) et lui a reconnu le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006. Il a en substance retenu que l'abattement de 15% sur le salaire statistique d'invalide opéré par l'OAI ne tenait pas suffisamment compte des limitations, et l'a augmenté à 20%, ce qui portait le degré d'invalidité à 51%.
- l. Saisi d'un recours de l'OAI contre l'arrêt du 12 mars 2009, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 20 janvier 2010 (9C\_337/2009). Il a considéré qu'en opérant un abattement de 15% sur le revenu statistique d'invalide, l'OAI n'avait pas excédé ou abusé de
- m. Dans son rapport du 14 avril 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de santé du demandeur de stationnaire. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient ceux de cervicobrachialgies sur discopathie étagée sévère, de lombosciatalgies et d'insuffisance artérielle des membres inférieurs. Le pronostic était mauvais et le demandeur était toujours limité par ses douleurs aux membres supérieurs et la mobilité des membres inférieurs.
- n. Le 10 mai 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état du demandeur était stationnaire au plan cardiaque. Les atteintes influençant sur sa capacité de travail étaient une insuffisance artérielle des membres inférieurs et une claudication sévère.
- o. Dans son rapport du 16 mai 2011, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin au Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a relaté que le demandeur se plaignait des cervicales, des lombaires et des membres inférieurs. Il décrivait des douleurs dans les deux épaules depuis qu'il avait essayé de reprendre un travail dans un EMS en novembre 2009. Il continuait de se plaindre de lombalgies chroniques et de douleurs bilatérales dans les jambes. Le demandeur présentait une symptomatologie cervico-brachiale gauche et des douleurs dans les deux épaules, de sémiologie diffuse et pas clairement radiculaire. Ses symptômes lombaires et ses douleurs dans les jambes ne semblaient pas être dus à une claudication neurogène typique et n'étaient pas corrélés par une sténose lombaire très significative. Le Dr H\_\_\_\_\_ était d'avis que la constellation des problèmes pouvait avoir une origine partiellement rachidienne cervicale ou lombaire, mais ceci n'expliquait pas tous les symptômes et il y avait probablement aussi une composante musculo-tendineuse locale si d'autres pistes (vasculaires) avaient été écartées.
- p. Le 3 novembre 2011, le demandeur a sollicité de l'OAI une révision de son droit à la rente. Il a signalé des difficultés croissantes à marcher sans douleurs, une arthrose de la colonne lombaire importante, et une aggravation de la circulation dans les jambes. L'arthrose des cervicales progressait également et les douleurs étaient incessantes. Il devait également se faire opérer du pouce

gauche. Il suivait de plus un traitement pour une dépression et une anxiété importante.

- q. Dans son rapport du 10 janvier 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics psychiatriques de trouble anxieux dépressif mixte (F 41.2) et d'affaiblissement cognitif à investiguer. Les diagnostics et les limitations somatiques devaient être vérifiés avec la Dresse C\_\_\_\_\_. Le psychiatre a précisé qu'il suivait le demandeur depuis le 14 septembre 2011. Les symptômes physiques apparus en 2002 avaient réveillé des angoisses et des sentiments d'insuffisance et d'impuissance. La souffrance psychologique était réveillée par les problèmes de santé physique. L'anxiété et la souffrance dépressive étaient une conséquence des difficultés et des limitations physiques du demandeur. Les douleurs ostéo-musculaires et probablement vasculaires avaient évolué de façon chronique et défavorable, empêchant le demandeur de récupérer sa capacité de travail, nulle depuis mars 2011. Parmi les limitations fonctionnelles, le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné une distractibilité et une perte de motivation. Au vu des déficits cognitifs suspectés, un examen neuropsychologique était préconisé pour exclure une pathologie psycho-organique associée.
- r. Le 6 février 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que le demandeur avait bénéficié d'un stent de l'artère iliaque en novembre 2011 afin d'améliorer les douleurs ressenties à la marche. Ce traitement n'avait toutefois pas eu l'effet escompté. Il avait également été opéré de l'articulation trapézo-métacarpienne en décembre 2011 en raison de l'arthrose. Concrètement, il présentait des lombalgies incessantes avec des douleurs irradiant dans les membres inférieurs après 10 à 15 minutes de marche. La position assise était difficile à maintenir. Les douleurs cervicales étaient permanentes. Les douleurs et les limitations avaient un impact important sur le psychisme du demandeur, lequel présentait un état dépressif modéré. Une révision de la rente était indiquée.
- s. Le docteur I\_\_\_\_\_, médecin au Service de rhumatologie des HUG, a noté dans son rapport du 25 mai 2012 les diagnostics suivants : claudication des membres inférieurs plus probablement d'origine vasculaire ; lombalgies communes chroniques ; cervicalgies communes chroniques post-discectomie et spondylodèse C6 - C7 en 2001 ; douleurs chroniques trapézo-métacarpiennes gauches post-intervention chirurgicale en 2011 ; état dépressif sévère. Il existait deux problèmes principaux : les douleurs des mollets, et les cervicalgies décrites comme intenses et chroniques. Le demandeur décrivait également des douleurs lombaires, moins invalidantes. Il était également gêné par une rhizarthrose gauche qui n'avait pas été améliorée par la récente intervention. Le problème principal semblait être la claudication des membres inférieurs. La description clinique n'était pas en faveur d'une origine neurologique, et l'imagerie lombaire ne permettait en aucun cas d'expliquer

une symptomatologie si sévère. Tous les éléments cliniques plaidaient pour un problème artériel, malgré l'absence de réponse à deux stents proximaux et l'absence d'image nette de rétrécissement sur l'angiographie.

- t. Dans son rapport du 15 août 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif et anxieux sévère, de claudication des membres inférieurs d'origine peu claire, de stent iliaque externe gauche en novembre 2008 sans amélioration notable, de stent iliaque externe droit en novembre 2011 sans amélioration notable, de status post-discectomie et spondylodèse par cage C6-C7, de cervico-brachialgies récidivantes, canal cervical étroit, de lombalgies chroniques irradiant vers les fessiers, de canal lombaire étroit modéré de L3 à L5, de dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1 avec canal plus rétréci à ces deux niveaux, d'opération d'arthrose trapézo-métacarpienne du pouce gauche en décembre 2011 avec persistance de douleurs locales. Ont également été mentionnés en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle, une hyperlipidémie, une dysfonction érectile, un infarctus en mai 1996, un syndrome obstructif modéré, un syndrome d'apnées du sommeil, la résection de deux adénomes tubulaires, une diverticulose sigmoïdienne, un status hémorroïdaire, un micropolype du rectum réséqué, un adénome papillaire au niveau sigmoïdien, un status post-ligature des hémorroïdes en octobre 2005, une gastrite chronique, un tunnel carpien gauche opéré en 2009 et un status post-arthroscopie pour résection du ménisque interne gauche. Malgré la physiothérapie entreprise, la pose d'un deuxième stent en novembre 2011, la marche tous les jours, le demandeur était de plus en plus limité par des cervicobrachialgies bilatérales et par des douleurs des membres inférieurs apparaissant à la marche et dont l'origine restait peu claire. Selon les neurochirurgiens, une origine neurologique semblait exclue et les bilans vasculaires répétés ne mettaient pas en évidence de lésion artérielle significative. Le bénéfice du premier stent n'avait pas été notable. L'intervention au pouce n'avait pas permis de récupérer une utilisation normale de la main gauche. La dégradation de l'état de santé du demandeur et l'absence d'amélioration entraînaient également une aggravation de son trouble dépressif et anxieux. Il n'était plus apte physiquement et psychiquement à exercer une activité professionnelle, même adaptée et à temps partiel.
- u. Le 8 octobre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de trouble anxieux dépressif mixte (dans le cadre de maladies physiques ; F 41.2) et de suspicion de pathologie psycho-organique. Le premier avait une incidence sur la capacité de travail, nulle depuis mars 2011.
- v. Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 24 octobre 2012 que l'aggravation de l'état de santé du demandeur était survenue en 2011, à l'échec clinique d'une tentative de revascularisation des membres inférieurs.

- w. Le 17 janvier 2013, le docteur J \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a mentionné une aggravation sous forme de nouveau diagnostic, citant un trouble anxieux et dépressif mixte et un affaiblissement cognitif. Il a noté que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis mars 2011.
  - x. Par décision du 11 juin 2013, l'OAI a mis le demandeur au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011.
10. Par écriture du 13 janvier 2015, le demandeur a précisé avoir pris connaissance du dossier de l'OAI avant le dépôt de sa demande.
  11. Le 22 janvier 2015, la défenderesse subsidiaire a renoncé à se déterminer en indiquant avoir déjà tenu compte du dossier de l'OAI dans ses précédentes écritures.
  12. Invité par la chambre de céans à chiffrer ses conclusions, le demandeur s'est déterminé en date du 11 février 2015.

Il relève que les défenderesses n'ont pu indiquer le montant exact des rentes qu'elles pourraient être appelées à lui verser.

Le demandeur modifie ses conclusions : il demande que la défenderesse principale soit condamnée à lui verser, avec intérêts à 5% l'an dès le 3 décembre 2013, une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 dont elle devra fixer le montant conformément aux dispositions légales et réglementaires, alternativement, à ce que la défenderesse subsidiaire soit condamnée à lui verser, avec intérêts à 5% l'an dès le 3 décembre 2013, une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011, dont elle devra fixer le montant conformément aux dispositions légales et réglementaires.

13. Copie de cette écriture a été transmise aux défenderesses en date du 16 février 2015. 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO ; RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP ; RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC ; RS 210]).

Selon l'art. 73 al. 3 LPP, le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

Le demandeur ayant travaillé dans le canton de Genève, la compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (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 - E 5 10).

Partant, elle est recevable.

3. La nouvelle modifiant la LPP (première révision) du 3 octobre 2003, sous réserve de certaines dispositions, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle.

Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 445 consid. 1).

4. Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente entière d'invalidité, et, si ce droit devait lui être reconnu, sur la question de savoir laquelle des défenderesses serait tenue de la lui verser.
5. Selon l'art. 23 let. a LPP, dans sa teneur en force depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison 70% au moins au sens de l'AI.

Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a; ATF 118 V 45 consid. 5). Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance

---

ne prévoit rien d'autre (ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_807/2013 du 30 avril 2014 consid. 3.3).

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 (ATF 120 V 112 consid. 2c). 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.

6. Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c). 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 question de savoir s'il existe un rapport de causalité entre la maladie à la base de l'incapacité de travail et l'atteinte qui a provoqué l'invalidité n'a pas d'importance (dans le cas d'espèce une coxarthrose et des troubles psychiques). Il s'agit plutôt de déterminer si on se trouve en présence d'une maladie d'un autre type et à caractère essentiellement différent (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 42/02 du 11 février 2003 consid. 2.2). Lorsque les souffrances somatiques et psychiques peuvent être clairement distinguées, car l'atteinte à la capacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance n'était pas due aux éléments psychiques qui ont finalement conduit à l'invalidité, mais à des éléments somatiques, le rapport de connexité matériel n'est pas rempli. Si l'invalidité donnant droit à une rente repose sur plusieurs causes liées à la santé, mais dont une seule a eu des effets sur la capacité de travail de la personne assurée pendant les rapports de couverture, l'institution de prévoyance doit prendre en charge uniquement l'invalidité qui résulte de celle-ci. Pour la part de l'invalidité totale qui est due à des troubles qui ne se sont manifestés de sorte à donner lieu à des prestations qu'après que la personne assurée a quitté l'institution de prévoyance, la connexité matérielle nécessaire fait défaut (Marc HÜRZELER *in* Jacques-André SCHNEIDER / Thomas GEISER / Thomas GÄCHTER [édit.], Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 24 ad art. 23 LPP). La connexité matérielle doit être niée lorsque l'octroi d'une rente d'invalidité résulte uniquement de problèmes psychiques et que même une interprétation très

large des rapports médicaux et des expertises ne permet pas de retenir des indices en faveur de l'existence de tels troubles et - élément déterminant en matière de prévoyance professionnelle - d'une incapacité de travail qui en aurait résulté pendant les rapports d'assurance. Cela vaut quand bien même les problèmes somatiques à la base de l'incapacité de travail avaient déjà à l'époque une influence sur l'état psychique de la personne assurée et sur sa situation psychosociale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 9/06 du 21 novembre 2006 consid. 4.1 et 4.2). Le Tribunal fédéral a également nié un rapport de connexité matérielle dans le cas d'un assuré dont l'incapacité de travail survenue pendant le rapport de prévoyance reposait sur une lésion de la colonne vertébrale, alors qu'une maladie psychique avait en fin de compte fondé le droit à une rente d'invalidité, et qui aurait pu continuer d'exercer une activité légère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 62/01 du 24 juin 2002 consid. 4a). Il a en revanche confirmé la connexité matérielle lorsque des problèmes psychiques en rapport avec des douleurs dorsales, tous deux apparus et entraînant une incapacité de travail durant la couverture d'assurance, conduisent à l'allocation d'une rente d'invalidité, et ce même si l'incidence des problèmes d'ordre psychique s'est accrue après la résiliation des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 3/03 du 31 décembre 2003 consid. 2.2).

7. A l'instar des rentes de l'assurance-invalidité, celles de la prévoyance professionnelle obligatoire doivent être adaptées ou supprimées dans le cadre d'une révision lorsque les circonstances déterminant le droit aux prestations se sont modifiées (ATF 133 V 67 consid. 4.3.1). Une institution de prévoyance peut donc être tenue de verser une rente supérieure si le degré d'invalidité s'aggrave, et ce quelle que soit la période comprise entre le moment où l'assuré a bénéficié pour la première fois de la rente et l'aggravation de l'invalidité (Bulletin de la prévoyance professionnelle N° 36 du 16 septembre 1996, chiffre 207).

Pour que la question de savoir quelle institution de prévoyance doit prendre en charge les augmentations du taux d'invalidité pertinentes pour une révision puisse se poser, il faut qu'une personne assurée présente d'abord une invalidité partielle et jouisse de ce fait d'un droit à une rente partielle envers l'institution de prévoyance. L'avoir de vieillesse de la personne partiellement invalide a dans ce cas été traité par l'institution de prévoyance conformément aux règles de l'art. 15 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2 – RS 831.441.1) et transféré à l'institution suivante de la personne assurée à la fin du rapport de prévoyance, pour ce qui est de la partie active. Cependant, si le taux d'invalidité s'aggrave à un moment où la personne assurée a débuté un nouveau rapport de travail et donc également un nouveau rapport de prévoyance dans le cadre de sa capacité de travail restante, il est nécessaire de déterminer s'il revient à l'institution de prévoyance d'origine ou à la nouvelle institution de prévoyance de prendre en charge l'aggravation dans le cadre d'une procédure de révision. Pour répondre à cette question, un critère essentiel est celui de savoir si la

---

détérioration de la capacité de gain repose sur la même cause médicale que l'invalidité partielle préexistante, ou si l'aggravation a été provoquée par une nouvelle atteinte à la santé. Un autre point décisif est celui de savoir s'il s'agit d'opérer une augmentation des prestations légales minimales, selon les règles de la révision, ou d'accorder des prestations supplémentaires de la prévoyance étendue (HÜRZELER, *op. cit.*, n. 43 ad art. 23). Lorsque le bénéficiaire d'une rente partielle change de caisse de prévoyance, l'institution de prévoyance initiale reste compétente pour l'augmentation du degré d'invalidité, à condition qu'il existe une connexité matérielle en ce sens que c'est la même cause médicale qui est à l'origine de l'invalidité initiale et de l'augmentation ultérieure du degré d'invalidité. Un lien de connexité temporelle n'est pas exigé dans un tel cas (Isabelle VETTER-SCHREIBER, *Kommentar BVG/FZG*, 3<sup>ème</sup> éd. 2013, n. 45 ad art. 23 LPP). Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3). Dans l'assurance surobligatoire, le règlement de l'institution de prévoyance peut prévoir une limitation temporelle de la couverture en cas d'augmentation du taux d'invalidité après la fin du rapport de prévoyance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 91/02 du 24 avril 2003 consid. 4).

8. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI - RS 831.20) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Ainsi, si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente, par conséquent également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée d'une manière sensible (ATF 123 V 269 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 49/05 du 23 janvier 2007 consid. 4.2). En matière de prévoyance plus étendue, il est cependant loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion de l'invalidité différente que dans l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance-invalidité (ATF 120 V 106 consid. 2d). Si l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2007 du 9 octobre 2008 consid. 3.1). De plus, l'assureur qui rend une

---

décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA).

Lorsqu'elle n'est pas intégrée à la procédure de l'assurance-invalidité, l'institution de prévoyance - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 110/05 du 31 janvier 2007 consid. 6.2).

9. S'agissant plus particulièrement de la défenderesse principale, ses dispositions réglementaires définissent l'incapacité de gain ou l'invalidité en leur chiffre 6.3.1. Selon cette disposition, il y a incapacité de gain, et respectivement invalidité, lorsqu'un rapport médical peut démontrer objectivement que l'assuré n'est plus à même d'exercer, intégralement ou partiellement, sa profession ou une autre activité lucrative correspondant à sa situation sociale, ses connaissances et ses capacités, ou s'il est invalide au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI).

Aux termes de l'art. 7.2 chiffre 3 du règlement de la défenderesse principale, pour les cas d'assurance survenus après extinction de la couverture ultérieure, la [défenderesse principale] ne verse plus de prestations. Pour les aggravations dues à la même cause, survenant par la suite, la [défenderesse principale] verse au maximum les prestations minimales LPP.

10. L'art. 2 al. 3 LPP prévoit que les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage sont soumis à l'assurance obligatoire en ce qui concerne les risques de décès et d'invalidité.

Selon l'art. 22 al. 3 de la loi sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI - RS 837.0), la caisse déduit du montant de l'indemnité la part des cotisations à la prévoyance professionnelle, afin de garantir la couverture d'assurance en cas d'invalidité ou de décès de l'assuré, et la verse à l'institution supplétive de prévoyance professionnelle avec la part patronale dont elle doit s'acquitter. Le Conseil fédéral fixe le montant des cotisations en se référant aux principes de la technique des assurances, ainsi que la procédure.

L'art. 14 du règlement de la défenderesse subsidiaire dans sa version en vigueur en 2011 (disponible sur internet <http://www.chaeis.net/fr/ac-assurance-chomage/fragen-antworten/obligatorisch-versicherte.html>) dispose qu'un droit à des prestations d'invalidité existe, si elles sont assurées conformément au plan de prévoyance et que la personne assurée est invalide à 40 % au moins au sens de l'AI et dans la mesure où elle était assurée auprès de la Fondation au moment de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. a); présentait au début de son activité professionnelle, une incapacité de travail d'au moins 20%, mais inférieure à 40%, résultant d'une infirmité congénitale et dans la mesure où elle était assurée au moins à 40% au moment de l'augmentation de son incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. b); est

---

devenue invalide alors qu'elle était mineure (art. 8 al. 2 LPGA) et présentait, au début de son activité professionnelle, une incapacité de travail d'au moins 20%, mais inférieure à 40 %, et dans la mesure où elle était assurée au moins à 40 % au moment de l'augmentation de son incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (let. c).

Le plan de prévoyance chômeurs, qui peut également être consulté en ligne sur le site de la défenderesse subsidiaire, prévoit à son art. 7 que la rente d'invalidité dépend de l'avoir qui se compose de : l'avoir d'épargne que la personne assurée a acquis avant le début de la présente prévoyance (let. a) et la somme des bonifications d'épargne futures, conformément à la LPP, afférentes aux années manquantes entre le début de la prévoyance et l'âge ordinaire de la retraite, sans les intérêts (let. b), et des taux de conversion en vigueur pour la personne assurée à l'âge ordinaire de la retraite.

11. 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).

La preuve claire de la survenance de l'incapacité de travail ne peut être remplacée par des suppositions spéculatives ou des réflexions, mais doit être démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante usuel en assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 35/00 du 22 février 2002 consid. 1b). 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).

12. En l'espèce, bien que les défenderesses n'aient pas été associées à la procédure de l'OAI, elles ne nient pas que l'invalidité du demandeur est désormais totale ; elles ne contestent pas non plus la date retenue par l'OAI pour la survenance de l'aggravation de l'invalidité. L'appréciation de l'OAI sur ces points n'apparaît d'ailleurs pas manifestement erronée. Il n'existe de plus aucun élément médical qui justifierait que l'on s'en écarte. Partant, la chambre de céans s'en tiendra à la décision de l'OAI s'agissant du taux d'invalidité et de la naissance du droit à une rente entière.

Reste à déterminer si l'une des défenderesses doit répondre de l'aggravation de l'invalidité du demandeur.

La défenderesse principale rappelle que les rapports de prévoyance la liant au demandeur se sont achevés au 31 octobre 2007, ce que l'intéressé ne conteste pas.

Conformément à la jurisprudence et à la doctrine précitées, la responsabilité de la défenderesse principale devra être admise si l'incapacité de travail initiale et l'aggravation de l'invalidité survenue en mars 2011 sont imputables à la même pathologie, en d'autres termes s'il existe un rapport de connexité matérielle entre les motifs ayant conduit à la reconnaissance de l'invalidité partielle en 2006 puis totale en 2011.

En 2006, l'OAI a octroyé au demandeur un quart de rente en raison de cervicobrachialgies et de lombosciatalgies, lesquelles restreignaient sa capacité de travail. Quant à l'aggravation de l'état de santé ayant conduit à l'augmentation de sa rente, il apparaît que l'OAI s'est fondé sur les troubles psychiques du demandeur, comme cela ressort de l'avis du Dr J\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2013. On peut se demander si l'insuffisance artérielle et les limitations fonctionnelles qu'elle génère ne seraient pas également de nature à restreindre la capacité de travail du demandeur, et ce malgré l'absence au dossier de l'OAI de certificats attestant d'une incapacité de travail en raison de cette pathologie. Cette question peut cependant rester ouverte s'agissant de la responsabilité de la défenderesse principale. En effet, il est incontestable que la diminution de la capacité de travail du demandeur durant les rapports de prévoyance, soit jusqu'au 31 octobre 2007, était imputable à ses seuls problèmes de rachis. S'il est vrai que la Dresse C\_\_\_\_\_ signalait en août 2007 déjà - alors que le demandeur était encore affilié auprès de la défenderesse principale - une insuffisance artérielle des membres inférieurs, elle n'a cependant décrit aucune incapacité de travail en lien avec cette nouvelle atteinte. Le CIP n'a pas non plus relevé de limitation en lien avec ce trouble à l'issue du stage réalisé par le demandeur en octobre 2007.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2007, soit après la fin des rapports de prévoyance, les seules limitations décrites par le médecin traitant du demandeur étaient liées aux problèmes dorsaux, et non à la claudication ou aux douleurs des membres inférieurs apparus par la suite, ce que cette praticienne a encore confirmé dans son rapport du 19 mars 2008. L'insuffisance artérielle des membres inférieurs n'a d'ailleurs pas eu d'incidence sur la capacité de travail jusqu'en avril 2010, si l'on se réfère au rapport rédigé à cette date par la Dresse C\_\_\_\_\_, dans lequel elle qualifie l'état de santé du demandeur de stationnaire, malgré ce diagnostic.

En ce qui concerne les troubles de nature psychique, force est également de constater qu'aucun médecin n'en a fait état durant l'affiliation auprès de la défenderesse principale. La première mention d'un état dépressif remonte en effet au rapport établi par la Dresse C\_\_\_\_\_ en mars 2008, qui n'a alors pas noté d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte. L'apparition de ces troubles et a

*fortiori* l'incapacité de travail qu'ils ont entraînée sont donc postérieures à la fin des rapports de prévoyance.

La formulation utilisée par le psychiatre traitant du demandeur ne permet pas de parvenir à une autre appréciation. Il est vrai que le psychiatre a fait état d'un lien de cause à effet entre l'état physique et psychique de son patient dans un rapport du 10 janvier 2012. Toutefois, même s'il fallait admettre que les troubles psychiques ont été causés par les souffrances physiques du demandeur, il ne s'agit pas là d'un élément suffisant pour admettre une connexité matérielle entre ces deux pathologies en l'absence d'incapacité de travail d'origine psychique durant les rapports de prévoyance, conformément à la doctrine et à la jurisprudence exposées ci-dessus. En l'espèce, l'incapacité de travail résultant des problèmes psychiques est attestée depuis mars 2011 seulement.

Enfin, on ne peut suivre le demandeur lorsqu'il affirme que c'est l'intensification des problèmes somatiques à l'origine de l'allocation du quart de rente qui a conduit à l'octroi d'une rente entière. En effet, aucun élément médical au dossier de l'OAI ne permet de conclure à une aggravation des cervicobrachialgies et des lombosciatalgies présentes en 2006, dont la persistance a justifié l'octroi d'un quart de rente. Le neurochirurgien des HUG consulté par le demandeur en 2011 n'a pas signalé de nouveau diagnostic au plan lombaire, ni même d'aggravation des atteintes existantes. Il a de plus exclu un lien entre les problèmes de dos du demandeur et ses douleurs aux membres inférieurs. Le Dr I\_\_\_\_\_ est parvenu aux mêmes conclusions dans son rapport du 25 mai 2012 et n'a pas non plus fait état d'une aggravation des douleurs lombaires et cervicales du demandeur. On ne peut ainsi considérer que les atteintes somatiques signalées par les médecins dès 2010 (notamment les douleurs aux jambes) relèveraient d'une aggravation des pathologies préexistantes en 2006. Par surabondance, leur incidence sur la capacité de travail n'est pas clairement attestée.

Compte tenu des éléments qui précèdent, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis que l'aggravation de l'état de santé du demandeur en mars 2011 est imputable à une cause médicale ayant déjà influencé sa capacité de travail durant les rapports d'assurance avec la défenderesse principale. Cela suffit à exclure la responsabilité de cette dernière, de sorte que les conclusions prises à son encontre par le demandeur doivent être rejetées. Partant, la chambre de céans ne fera pas droit à la requête du demandeur tendant à l'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. En effet, si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER,

---

ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, les rapports médicaux du dossier de l'OAI suffisent à statuer sur le lien de connexité matérielle, si bien que la mesure d'instruction proposée par le demandeur s'avère superflue.

13. Reste à déterminer si le demandeur a droit à une rente de la part de la défenderesse subsidiaire, à laquelle il a été affilié pour la prévoyance professionnelle durant son chômage, soit notamment du 25 novembre 2010 au 19 avril 2011.

Au moment de la survenance de l'incapacité de travail ayant conduit à la reconnaissance d'une aggravation par l'OAI, c'est-à-dire en mars 2011, le demandeur était donc assuré auprès de la défenderesse subsidiaire. Le lien de connexité temporelle est ainsi réalisé. La connexité matérielle doit également être admise, puisque l'incapacité de travail n'est pas liée aux affections préexistantes dont répond la défenderesse principale.

Partant, la responsabilité de la défenderesse subsidiaire est engagée s'agissant de l'aggravation de l'invalidité du demandeur. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, le droit aux prestations de prévoyance de la défenderesse subsidiaire prend effet à la date fixée par l'OAI, soit dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

Le demandeur conclut à l'octroi d'une rente entière. On peut se demander si la défenderesse subsidiaire n'est pas tenue de lui verser uniquement un complément de trois quarts de rente, dès lors qu'il perçoit d'ores et déjà un quart de rente de la défenderesse principale. Tel n'est cependant pas le cas. Il convient sur ce point de rappeler que les personnes invalides au sens de l'AI à moins de 70% restent soumises à la LPP (art. 1j al. 1 let. d OPP 2 *a contrario*). Des aménagements sont certes prévus pour la prévoyance professionnelle des personnes partiellement invalides, sous forme de réduction des montants-limites fixés aux art. 2, 7, 8 al. 1 et 46 LPP, comme cela ressort de l'art. 4 OPP 2. Cette disposition a pour but de permettre lors du changement de poste d'une personne partiellement incapable de gain et du nouveau rapport de prévoyance qui en découle – dans le cadre de la capacité de gain résiduelle – que le salaire assurable le plus haut possible et le but de prévoyance poursuivi soient préservés, au cas où l'invalidité s'aggraverait par la suite en raison d'une nouvelle pathologie (Markus MOSER, *Teilzeitarbeitsbedingte Anwendungsprobleme im Leistungsbereich der beruflichen Vorsorge in PJA 2001* p. 1181). Ainsi, dans les limites légales et réglementaires, le revenu des assurés invalides à moins de 70% au sens de l'assurance-invalidité est assuré dans son intégralité, et non uniquement à raison de la fraction complétant le degré d'invalidité qui leur est d'ores et déjà reconnu. De plus, il faut rappeler que l'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Partant, lorsqu'un assuré déjà au bénéfice d'une rente partielle de l'assurance-invalidité a repris un emploi adapté et voit sa capacité de travail dans cette nouvelle activité et sa

---

capacité de gain résiduelle réduites à néant du fait d'une nouvelle atteinte à la santé, il subit une invalidité totale dans le cadre de ce rapport de travail et de prévoyance. Cela justifie l'octroi d'une rente entière de la nouvelle institution de prévoyance. Ainsi, la fraction de rente que doit l'institution de prévoyance – dans le cadre des prestations légales minimales – ne doit pas systématiquement correspondre à celle reconnue par l'OAI.

A titre d'exemple, s'agissant d'une assurée ayant exercé deux activités à 50% soumises à la prévoyance professionnelle, devenue invalide à 50% et ayant de ce fait abandonné l'un de ses emplois, le Tribunal fédéral a considéré que la caisse de prévoyance de l'employeur restant n'était pas tenue à prestations, alors que l'autre institution devait allouer une rente entière (ATF 129 V 132 consid. 4.3.3 et 4.4). De même, il a jugé que lorsqu'un assuré exerçant deux emplois à temps partiel devient totalement invalide, les deux institutions de prévoyance sont tenues de prester et doivent chacune verser une rente entière dans le cadre du rapport de prévoyance assuré (Hans-Ulrich STAUFFER, Berufliche Vorsorge, 2<sup>ème</sup> éd. 2012, n. 915 p. 334).

Partant, c'est bien une rente entière que doit verser la défenderesse subsidiaire.

14. S'agissant du montant des rentes à servir, le demandeur n'a pas émis de conclusions chiffrées. Son action tend principalement à ce que la chambre de céans détermine quelle institution de prévoyance est tenue de lui verser une rente d'invalidité, dont la quotité n'est pas litigieuse à ce stade de la procédure.

Les défenderesses n'ont pas articulé les montants exacts des rentes qu'elles pourraient être appelées à servir.

La chambre de céans ne dispose ainsi pas de tous les documents permettant de calculer le montant de la rente. Dans ces conditions, un renvoi à cette fin à la défenderesse subsidiaire respecte les principes de simplicité et d'économie de procédure ancrés à l'art. 73 al. 2 LPP (ATF 129 V 450 consid. 3.4).

Le demandeur a conclu au versement d'intérêts moratoires sur les rentes dues. En matière de rentes de prévoyance professionnelle, il convient selon la jurisprudence d'appliquer l'art. 105 al. 1 du code des obligations (CO – RS 220). Selon cette disposition, le débiteur en demeure pour le paiement d'intérêts, d'arrérages ou d'une somme dont il a fait donation, ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice (ATF 119 V 131 consid. 4c). Le taux de l'intérêt est fixé à 5% l'an en l'absence de dispositions statutaires de l'institution de prévoyance sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 25/04 du 26 janvier 2006 consid. 4.4).

La défenderesse subsidiaire a produit un extrait de son règlement en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, dont l'art. 34 prévoit que si la [défenderesse subsidiaire] est en retard dans la fourniture des prestations de prévoyance, l'intérêt moratoire correspond au taux LPP. La chambre de céans relève que les règlements de la défenderesse subsidiaire précédemment en vigueur ne contenaient aucune

disposition sur le taux de l'intérêt moratoire. Cependant, selon les principes généraux, on applique, en cas de changement de règles de droit, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions réglementaires ou statutaires des institutions de prévoyance. Leur application ne soulève pas de difficultés en présence d'un événement unique, qui peut être facilement isolé dans le temps. S'agissant par exemple des prestations de survivants, on applique les règles en vigueur au moment du décès de l'assuré, c'est-à-dire la date à laquelle naît le droit aux prestations du bénéficiaire (ATF 137 V 105 consid. 5.3.1, ATF 126 V 163 consid. 4b).

En l'espèce, eu égard au fait que la demande en justice a été déposée en 2013, c'est bien le règlement en force dès le 1<sup>er</sup> janvier de cette année qui s'applique. Le taux des intérêts moratoires est ainsi celui qui est prévu dans la loi. Selon l'art. 15 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LPP, le Conseil fédéral fixe le taux d'intérêt minimal. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 12 OPP 2, qui prévoit que l'avoir de vieillesse sera crédité d'un intérêt pour la période à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 jusqu'au 31 décembre 2013 : d'au moins 1,5 % (let. g); pour la période à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 : d'au moins 1,75 % (let. h).

15. Eu égard à ce qui précède, la demande est partiellement admise en tant qu'elle concerne la défenderesse subsidiaire.

Cette dernière devra verser au demandeur une indemnité de dépens de CHF 2'500.-.

La défenderesse principale a conclu à l'allocation de dépens. Or, selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 143 consid. 4 ; cf. également art. 73 al. 2 LPP). Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Condamne la Fondation institution supplétive LPP à verser au demandeur une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011, assortie d'intérêts moratoires courant dès le 3 décembre 2013 au taux de 1.5% jusqu'au 31 décembre 2013 et au taux de 1.75 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour les rentes échues à cette date, et dès la date de leur exigibilité pour les rentes suivantes.
4. Condamne la Fondation institution supplétive LPP à verser au demandeur une indemnité de dépens de CHF 2'500.-.
5. Rejette les conclusions du demandeur à l'encontre de la Fondation Retraite+ en faveur du personnel des sociétés affiliées à B\_\_\_\_\_ SA.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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