

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/913/2015

ATAS/313/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 avril 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI

demandeur

contre

CAISSE DE PENSION DES CFF, sise Zieglerstrasse 29, BERNE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Alain
PFULG

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1956, a travaillé en tant qu'employé d'exploitation auprès des chemins de fer fédéraux (ci-après les CFF) depuis 1990. À ce titre, il était affilié (sous le nom de B_____) pour la prévoyance professionnelle auprès de la caisse de pension des Chemins de fer fédéraux suisses (ci-après la caisse ou l'intimée).
2. Souffrant de diverses atteintes à la santé, notamment de rachialgies depuis 1994, ainsi que de séquelles d'une entorse au poignet droit depuis 1997, l'assuré, d'abord chargé du nettoyage des voitures, a été affecté au comptage des voyageurs, activité plus légère. À nouveau en incapacité de travail depuis le 13 novembre 1998, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) au mois de mars 1999.
3. Dans un rapport du 21 mars 2000 à l'attention de l'employeur, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin attitré des CFF, relevait, après avoir examiné l'assuré, qu'il présentait les atteintes à la santé suivantes : gastrite à répétition, colopathie fonctionnelle, status après traumatisme au niveau du poignet droit avec pseudarthrose ancienne du scaphoïde, rachialgies diffuses avec sciatalgies droites. Un essai de reprise de travail même pour une activité modérée s'était soldée par un échec. Il lui semblait tout à fait aléatoire d'envisager une reprise d'activité. Le Dr C_____ partageait l'avis du médecin traitant en ce sens qu'une retraite anticipée était justifiée sur le plan médical.
4. Dans son avis du 5 avril 2000, le docteur D_____, médecin-chef auprès du service médical des CFF, soulignait que mis à part de multiples douleurs à de multiples niveaux, l'assuré n'était âgé que de 44 ans, de sorte qu'il fallait à tout prix chercher le contact avec l'AI afin de savoir si de leur côté des investigations complémentaires étaient prévues dans le sens d'une réinsertion professionnelle. Dans l'attente d'une prise de position claire de l'AI, il désirait surseoir à toute proposition d'une mise à la retraite anticipée totale.
5. Le 26 juillet 2001, le docteur E_____, du service médical des CFF, a requis l'apport du dossier AI de l'assuré et en particulier le rapport d'expertise du docteur F_____. Figuraient au dossier notamment les documents suivants :
 - un rapport de l'institut de radiologie de la Clinique des Grangettes du 20 novembre 1996, concluant à une ébauche de spondylose lombaire, avec un léger pincement intersomatique L2-L3 et L4-L5 ;
 - un scanner de la région lombo-sacrée du 10 mars 1997 révélant une hernie discale postéro-latérale L4-L5 et de discrètes protrusions discales en L3-L4 et L5-S1 ;
 - un rapport radiologique du 15 octobre 1997 concluant à un conflit postérieur cervical C2-C4 et une ébauche de spondylose C4-C5 et C6-C7 ;

- une tomographie du poignet droit du 17 février 1998 mettant en évidence un status après fracture du scaphoïde droit avec pseudarthrose ;
 - les rapports du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, des 22 octobre 1998 et 13 avril 1999, relevant notamment que les douleurs diffuses étaient intégrées dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique ;
 - le rapport d'expertise du professeur F_____, spécialiste FMH en médecine de rééducation, reçu par l'OAI le 19 avril 2001. L'expert avait diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une pseudarthrose du scaphoïde du poignet droit avec status post intervention pour dénervation du carpe. Les lombalgies chroniques, les cervicalgies, les dorsalgies et la gastrite étaient sans influence sur la capacité de travail. L'assuré n'était plus capable d'exercer l'activité habituelle de nettoyeur. Toutefois, tant sur le plan physique que psychique, l'expert avait précisé que l'assuré devait pouvoir exercer une activité légère n'impliquant pas d'efforts physiques et permettant l'alternance des positions assise/debout (surveillance ou contrôle, par exemple), à raison de 75 %. L'assuré était en effet capable de rester debout un certain temps et pouvait certainement rester assis une demi-heure sans problème. Le poignet droit restait suffisamment fonctionnel pour écrire, appuyer sur des boutons ou utiliser une calculatrice. Des mesures de réadaptation professionnelle semblaient illusoires, faute de motivation de la part de l'assuré et de l'arrêt de travail depuis trois ans.
 - le projet d'acceptation de rente du 25 juillet 2001, aux termes duquel l'OAI reconnaissait à l'assuré un degré d'invalidité de 50 % ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 1999. L'OAI s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr F_____ retenant une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée et un salaire avec invalidité dans une activité sérielle de type B de CHF 31'687.- Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était de 50 %.
6. Le prononcé de l'OAI du 20 août 2001 reconnaissant un degré d'invalidité de 50 % à l'assuré depuis le 22 janvier 1999 a été communiqué à la caisse.
 7. Dans son courrier du 17 septembre 2001 adressé au coach personnel, le docteur H_____, du service médical des CFF, a confirmé une capacité de travail résiduelle à 50 % au moins, l'AI s'étant prononcée en faveur d'une invalidité à 50 %. Il indiquait qu'une retraite anticipée partielle à 50 % pouvait être justifiée pour des raisons médicales. Il fallait évaluer les possibilités de l'employé dans un autre domaine à 50 %. Si cela ne se révélait pas nécessaire, le nouveau règlement CCT devrait être appliqué comme si une capacité résiduelle de travail existait encore.
 8. Par courrier du 28 septembre 2001 à l'attention du coach personnel P-RS région Genève, le Dr H_____, se référant aux expertises, indiquait qu'étant donné la situation médicale, le cours de la maladie et le pronostic, la mise à la retraite anticipée partielle à 50 % était justifiée médicalement. Il convenait d'entreprendre les démarches nécessaires pour réaliser la capacité de travail résiduelle de 50 %

dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles, par exemple dans le comptage des voyageurs. Au bas de ce courrier, le docteur D_____, médecin-conseil CP CFF, a confirmé l'existence d'une invalidité pour incapacité de gain à 50 % selon l'art. 20 du règlement de la caisse de pension des CFF.

9. En septembre 2001, l'assuré a été mis à la retraite anticipée partielle (50 %) en raison de ses problèmes de santé.
10. Le 19 novembre 2001, le coach P-RS a interpellé le service médical des CFF, expliquant qu'un test de travail à l'installation du défilé du nettoyage des trains en gare de Genève s'était soldé par un échec. Dès lors qu'il n'y avait plus de possibilité d'occupation pour l'employé, il demandait si le service médical maintenait sa décision de « capacité résistante » à 50 %, auquel cas les rapports de travail seraient résiliés.
11. Par courrier du 20 novembre 2001, le conseil de l'assuré a informé l'employeur que la symptomatologie douloureuse de son mandant s'était aggravée suite à l'essai de reprise du travail du 15 novembre 2001.
12. Le 27 décembre 2001, le Dr E_____, du service médical des CFF, a interpellé le docteur I_____, FMH en médecine interne, médecin traitant, afin d'obtenir des renseignements complémentaires sur l'état de santé de son patient et de donner les raisons pour lesquelles l'employé ne pourrait pas continuer à être occupé à 50 % dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles.
13. Dans son rapport du 27 janvier 2002 à l'attention du Dr E_____, le Dr I_____ a indiqué que suite au blocage du dos, il avait réintroduit un traitement de Mydocalm et Dafalgan et un traitement de physiothérapie en piscine. Il était très peu optimiste quant à la reprise, même partielle, d'une activité. Si une reprise de 50 % lui paraissait plausible au vu des problèmes physiques du patient, l'état psychique et l'installation dans « l'hyperalgie chronique » du patient semblaient rendre illusoire le retour à une activité professionnelle.
14. Par décision du 11 février 2002, entrée en force suite au retrait du recours de l'assuré (ATAS/878/2005), l'OAI, conformément à son projet d'acceptation de rente, a octroyé à l'assuré (sous le nom de B_____) une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 1999, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.
15. À la demande du Dr E_____, le Dr C_____, médecin attitré, a examiné à nouveau l'assuré en date du 7 mars 2002. Dans son rapport du 18 mars 2002, il a conclu que compte tenu de l'évolution du problème et de l'impossibilité d'employer l'assuré, une retraite anticipée totale était justifiée médicalement. Il ne pensait pas que l'on puisse envisager une capacité de travail même modérée et n'estimait pas nécessaire d'organiser des investigations spécialisées auprès d'un confrère psychiatre.
16. Par courrier du 28 mars 2002 adressé au coach du personnel des CFF P-RS région sud-ouest-Genève, le Dr E_____ l'a informé qu'il partageait l'avis du médecin

attitré des CFF, à savoir qu'en raison de la mauvaise évolution de l'état de santé de l'assuré et de l'échec d'une reprise de l'activité professionnelle très allégée, on ne pouvait pas s'attendre dans le futur à une amélioration de son état de santé qui lui permettrait une augmentation de sa capacité de travail. Il ne restait donc plus qu'à proposer une augmentation de la retraite anticipée du demandeur de 50 % à 100 %. Au bas de ce courrier, le Dr J_____, médecin-conseil des CFF, attestait que cet employé remplissait les conditions d'une invalidité professionnelle totale selon l'art. 20 du règlement de la caisse de pension des CFF.

17. Par courrier du 6 mai 2002, les CFF ont informé l'assuré avoir pris acte de ce qu'il n'était plus apte à reprendre une quelconque activité professionnelle. Compte tenu du fait que l'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de l'état de santé dans le futur et qu'aucune réorientation professionnelle n'était envisageable, les conditions d'une résiliation de ses rapport de travail dans le sens d'une mise à la pension anticipée complète pour raisons de santé étaient remplies. Son contrat individuel de travail prendrait par conséquent fin le 30 novembre 2002 au soir et à partir du 1^{er} juin 2002, il recevrait une rente conformément au règlement de la caisse de pension.
18. La caisse a alloué à l'assuré dès juin 2002 une rente entière d'invalidité (invalidité professionnelle à 100 %), se fondant sur son règlement de prévoyance pour les assurés de plus de 50 ans.
19. Le 8 août 2003, la caisse a requis une nouvelle appréciation de son service médical ; en effet, étant donné que l'assuré n'avait pas 50 ans, il ne pouvait dès lors s'agir que d'une invalidité pour incapacité de gain. L'assurance-invalidité allouait en effet une demi-rente AI sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.
20. Par réponse du 14 août 2003, le Dr J_____ a admis qu'il y avait eu une erreur en mars 2002. En effet, selon l'appréciation du service médical, une incapacité de travail durable de plus de 66 2/3 % avait été admise et il était étonné de la décision de l'AI qui n'avait octroyé qu'une demi-rente. Cela étant, au vu de la décision de l'office AI, valable à compter du 1^{er} janvier 1999 et de la révision planifiée pour janvier 2006, il y avait lieu d'admettre une invalidité de 50 % (traduction libre).
21. Le 29 août 2003, la caisse a informé l'assuré que son degré d'invalidité devait être adapté à celui décidé par l'AI et a réduit la rente à 50 % depuis le 1^{er} septembre 2003, l'invalidité professionnelle ayant été accordée à tort. Sa rente s'élèverait dorénavant à CHF 860.65.
22. Par acte du 24 février 2004, l'assuré a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent, d'une demande en paiement à l'encontre de la caisse, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2003.
23. Par arrêt du 17 janvier 2006 (ATAS/20/2006), entré en force, le TCAS a rejeté la demande en paiement de l'assuré, motif pris que la caisse avait appliqué à tort les règles relatives à l'invalidité professionnelle dans la mesure où le demandeur ne

remplissait pas les conditions d'âge. Les conclusions du Dr C_____ avaient été analysées sous l'angle de l'invalidité professionnelle. Or, seules les règles relatives à l'invalidité pour perte de gain s'appliquaient, de sorte que la caisse avait la faculté d'adapter le taux d'invalidité à celui de l'OAI.

24. En août 2006, l'assuré (toujours sous le nom de B_____) a déposé une demande de révision auprès de l'OAI, alléguant une aggravation de son état de santé, qui a été rejetée. Suite au recours de l'assuré et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire au centre d'observation médical AI (COMAI), les parties se sont mises d'accord pour que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire, ce dont le TCAS a pris acte par décision du 16 septembre 2008 (ATAS/1028/2008).
25. Après avoir mis en œuvre une expertise au CEMED, l'OAI a rejeté la demande de révision, considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé (décision du 14 octobre 2010).
26. Par arrêt du 6 octobre 2011 (ATAS/944/2011) entré en force, la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assuré (sous le nom de A_____) à l'encontre de la décision précitée et reconnu son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2006. Se fondant sur le rapport d'expertise judiciaire bi-disciplinaire du 31 mai 2011, effectuée par les docteurs K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, elle a admis une aggravation de l'état de santé entraînant, sur le plan psychique en particulier, une incapacité totale de travailler, à tout le moins depuis décembre 2004, justifiant l'augmentation de la rente d'invalidité qui lui avait été octroyée en raison de problèmes somatiques. La demande de révision ayant été déposée le 28 août 2006, la rente entière d'invalidité a été allouée à compter du 1^{er} août 2006.
27. Par décisions des 24 mai et 13 juin 2012, l'OAI a notifié à l'assuré l'augmentation de sa rente d'invalidité à 100 % dès le 1^{er} août 2006.
28. Le 4 juin 2012, le conseil de l'assuré a communiqué à la caisse les décisions de rente d'invalidité à 100 %, sollicitant la correction du degré d'invalidité et l'augmentation de la rente qu'elle allouait à l'assuré.
29. Par communication du 4 juillet 2012, la caisse a notifié à l'assuré le montant de sa pension d'invalidité partielle.
30. Le 18 juillet 2012, le conseil de l'assuré est intervenu auprès de la caisse, la priant de lui fournir toute précision quant à l'octroi d'une rente partielle d'invalidité. La défenderesse a répondu le 24 du même mois vouloir examiner si l'augmentation de la rente se justifiait. Sans nouvelle de la caisse, le conseil l'a relancée à plusieurs reprises (cf. notamment courriers des 5 mars 2013 et 4 juillet 2013).
31. Par courrier circonstancié du 12 juillet 2013, le conseil de la caisse de pension CFF a opposé au conseil de l'assuré une fin de non-recevoir, faute de connexité étroite matérielle et temporelle. L'aggravation de l'état de santé psychique était en effet intervenue plus de deux ans après l'octroi de sa demi-rente pour cause somatique.

32. Les parties ont procédé à plusieurs échanges de courriers, sans parvenir à un accord.
33. Par acte du 18 mars 2015, l'assuré, représenté par son mandataire, a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement à l'encontre de la caisse de pension CFF. Il se réfère aux considérants de l'arrêt de la chambre de céans du 6 octobre 2011, selon lequel son état de santé s'était aggravé en 2003, stabilisé entre 2005 et 2010, puis à nouveau aggravé en 2011. Elle a ainsi retenu une incapacité de travail totale à tout le moins depuis décembre 2004. Selon le demandeur, il convient de tenir compte de cette aggravation bien avant le délai de deux ans depuis l'octroi d'une demi-rente versée par l'intimée, d'ajuster sa rente et de la fixer à 100 % depuis le 1^{er} août 2006.
34. Par réponse du 15 juin 2015, la caisse a conclu principalement au rejet de la demande, subsidiairement au rejet de toute prétention éventuellement due dans la mesure où elle serait antérieure au 18 mars 2010 (prescription). La défenderesse expose en substance qu'il n'y a pas de connexité matérielle entre les troubles initiaux ayant justifié l'octroi d'une demi-rente AI et, partant, d'une pension d'invalidité de 50 % et les troubles essentiellement psychiques ayant provoqué l'augmentation du taux d'invalidité à 100 %. Elle se réfère aux pièces du dossier AI, notamment aux expertises du Dr F_____, du COMAI et du CHUV, à teneur desquelles le demandeur ne présentait pas d'atteinte psychique invalidante, la dysthymie relevée en 2005 par les experts du COMAI et l'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne diagnostiquée en 2009 par le Dr M_____ étant sans influence sur la capacité de travail. De même, la connexité temporelle étroite fait défaut, l'incapacité de travail n'ayant jamais été vraiment interrompue pour une durée plus longue. Le demandeur a été considéré comme apte au travail à 75 % dans le cadre d'un emploi adapté jusqu'en 2009 au minimum, selon l'expertise du COMAI. Les problèmes psychiques reconnus invalidants depuis décembre 2004 par l'expert L_____ dans son rapport du 31 mai 2011 sont survenus au plus tôt près de deux ans après le premier octroi de prestations AI. Par conséquent, en l'absence de lien de connexité matériel et temporel, l'intimée n'est pas tenue de prester. Pour le surplus, elle ne s'estime pas liée par l'arrêt de la chambre de céans du 6 octobre 2011, motif pris qu'elle n'a pas été incluse dans la procédure.
35. Dans sa réplique du 6 juillet 2015, le demandeur maintient ses arguments, selon lesquels la péjoration de son état psychique est bien antérieure au mois de décembre 2004. Il rejette pour le surplus l'exception de prescription soulevée par l'intimée, dès lors qu'il ne lui a pas été possible de fonder ses conclusions avant le 18 mars 2010, l'arrêt de la chambre de céans ayant été rendu seulement en octobre 2011.
36. Par duplique du 17 juillet 2015, la défenderesse relève que le rapport du Dr I_____ du 14 janvier 2004 figure au dossier AI et qu'il était connu tant des différents experts que de la chambre de céans qui a rendu son jugement le 6 octobre 2011. C'est au plus tôt au mois de décembre 2004 que le demandeur a consulté un psychiatre et que l'incapacité est survenue. S'agissant de la prescription, La

défenderesse relève que le demandeur n'a rien entrepris pour l'interrompre, de sorte qu'elle est acquise pour toute prestation éventuelle antérieure à cinq ans à partir du dépôt de la demande.

37. Le 30 novembre 2015, la chambre de céans a requis de la défenderesse l'apport de l'intégralité du dossier médical du demandeur constitué par son service médical, y compris les avis circonstanciés du médecin-conseil, ainsi que les règlements de la caisse de pension en vigueur en 2002 et toute(s) édition(s) subséquente(s) pertinente(s).
38. Les documents déposés par la défenderesse ont été mis à la disposition du demandeur qui n'a pas émis d'observations particulières dans le délai imparti.
39. Le 17 février 2016, la chambre de céans a demandé à la défenderesse de produire le dossier AI du demandeur ainsi que les pièces dont elle a fait état dans sa réponse.
40. La défenderesse a déposé à la procédure, en date du 2 mars 2016, le CD-Rom AI. Ce dernier a été mis à la disposition du demandeur.
41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC - RS 210]).
b. 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).
c. En l'espèce, le demandeur, qui avait été engagé comme employé d'exploitation des CFF auprès de la division « voyageurs » à Genève de 1990 au 30 novembre 2002, date à laquelle son contrat de travail a été résilié, conclut à l'augmentation de sa rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle versée par la défenderesse.
La compétence *ratione materiae* et *loci* de la chambre 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 (SPIRA, *Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale*, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984, p. 19). L'action déposée par le demandeur est dès lors recevable.

-
3. À teneur des conclusions de la demande, le litige porte sur le droit du demandeur à ce que sa demi-rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle versée par la défenderesse soit portée à une rente entière d'invalidité, suite à l'arrêt de la chambre de céans du 6 octobre 2011 lui reconnaissant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} août 2006 (date de la demande de révision) en raison de l'aggravation de son état de santé justifiant une incapacité de travail totale depuis décembre 2004.

Le demandeur a été affilié auprès de la caisse défenderesse de 1990 au 30 novembre 2002, date de la résiliation de son contrat de travail. Selon l'art. 10 al. 3 LPP, durant un mois après la fin des rapports de travail, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques décès et invalidité. En l'occurrence, le demandeur n'a pas repris d'emploi depuis la rupture des rapports de travail, de sorte qu'il est resté assuré auprès de la défenderesse jusqu'au 31 décembre 2002 inclus.

Il s'agit dès lors de déterminer s'il existe un lien de connexité matérielle entre l'invalidité reconnue dès le mois de décembre 2004 par la chambre de céans en matière d'assurance-invalidité à l'issue de la procédure de révision et l'incapacité de travail survenue jusqu'au 31 décembre 2002, singulièrement si les troubles psychiques à l'origine de l'aggravation de l'invalidité influençaient déjà la capacité de travail du demandeur durant les rapports de prévoyance.

4. a. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

En matière de prévoyance obligatoire, les conditions d'octroi de prestations d'invalidité sont décrites aux articles 23 ss LPP.

L'art. 23 LPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, applicable *ratione temporis* [cf. Dispositions transitoires de la modification du 3 octobre 2003 (1^{ère} révision LPP) let. f ; ATF 131 V 9 consid. 1 p. 11 et les arrêts cités]), disposait qu'ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 % (dès le 1^{er} janvier 2005 : 40 % au moins, cf. art. 23 let. a LPP) 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.

b. Selon l'art. 20 du règlement de prévoyance de la défenderesse, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2001 et valable jusqu'au 31 décembre 2003, la caisse décide de l'existence de l'invalidité et en définit le degré sur la base d'une appréciation de son médecin conseil. Le degré d'invalidité est adapté lorsque les conditions subissent des modifications substantielles, notamment lorsque l'AI adapte ses prestations (al. 2). En cas d'invalidité pour incapacité de gain, l'affilié a droit à un pourcentage de la pension complète d'invalidité correspondant au degré d'invalidité. Si l'invalidité

pour incapacité de gain dépasse 66 2/3 %, l'affilié a droit à une pension complète d'invalidité. Si elle n'atteint pas 25 %, l'affilié n'a droit à aucune pension d'invalidité (al. 3).

Le règlement en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004 n'a pas modifié la teneur de l'art. 20 al. 3. En revanche, dès le 1^{er} janvier 2005, l'art. 20 al. 3 du règlement a été modifié, en ce sens qu'à partir d'un taux d'invalidité pour incapacité de gain de 70 %, l'affilié a droit à une pension complète d'invalidité.

5. Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références ; 118 V 45 consid. 5). Cette interprétation littérale est conforme au sens et au but de la disposition légale en cause, laquelle vise à faire bénéficier de l'assurance le salarié qui, après une maladie d'une certaine durée, devient invalide alors qu'il n'est plus partie à un contrat de travail. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a ; 118 V 35 consid. 5). En effet, si l'institution de prévoyance verse une prestation d'invalidité pour une incapacité de travail qui est survenue pendant la période d'assurance, elle reste tenue de fournir - et d'augmenter - ses prestations si l'invalidité s'aggrave après la dissolution du rapport de prévoyance (ATF 123 V 262 consid. 1a ; 118 V 35 consid. 5). Cette jurisprudence se fonde sur le texte de l'art. 23 LPP qui fait référence à «l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité». Par cette notion, l'on entend aussi une augmentation sensible du degré de l'incapacité de travail postérieurement à la fin des rapports de travail et à la période d'assurance prolongée.

Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution des rapports de travail, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1 p. 275). 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 262 consid. 1c p. 264 ; 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117).

Lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_930/2011 du 14 décembre 2012 consid. 4 : arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 32/05 du 24 juillet 2006 consid. 6 et les références).

Le fait que les décisions de l'assurance-invalidité fédérale lient en principe les institutions de prévoyance (ATF 129 V 73 consid. 4.2 ; 123 V 269 consid. 2a ; 115 V 208 consid. 2b) n'y change rien. Ce principe trouve en effet sa limite lorsque la décision de l'assurance-invalidité n'est pas soutenable (ATF 126 V 308 consid. 1 i.f. ; 120 V 106 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 (arrêt précité B 32/05 du 24 juillet 2006).

6. En l'espèce, le demandeur a été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} août 2006, l'atteinte à la santé psychique justifiant à elle seule une invalidité de 100 %.

Le demandeur fait valoir qu'il présentait déjà des troubles psychiques depuis 2003, voire 2002 déjà, et que c'est suite à l'aggravation de ceux-ci qu'il a été reconnu totalement incapable de travailler depuis décembre 2004 à tout le moins. La défenderesse est ainsi liée par la décision de l'assurance-invalidité, de sorte qu'elle doit lui verser une rente entière de la prévoyance professionnelle.

La défenderesse conteste ce point de vue, considérant que la demi-rente d'invalidité qui lui a été accordée aussi bien par elle que par l'assurance-invalidité l'avait été pour des raisons somatiques uniquement. Faute de connexité matérielle et temporelle, elle n'est pas tenue d'augmenter la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

7. Il convient d'examiner en premier lieu les motifs ayant conduit la défenderesse à allouer au demandeur une rente de la prévoyance professionnelle pour une invalidité de 50 % en juin 2001, puis à nouveau dès le 1^{er} septembre 2003.

a. Selon les pièces figurant au dossier de la défenderesse, le demandeur avait été mis au bénéfice d'une retraite partielle à 50 % en septembre 2001. La défenderesse avait pris cette décision en se fondant sur les avis de ses médecins conseils, les docteurs C_____, H_____ et D_____, sur le dossier de l'assurance-invalidité et après réception de la communication du projet d'acceptation de rente de l'office AI. Or, à l'époque, les atteintes à la santé du demandeur étaient d'ordre somatique ; selon le rapport d'expertise du Dr F_____, la pseudarthrose du scaphoïde du poignet droit avait des répercussions sur la capacité de travail, les autres atteintes somatiques (cervicalgies, lombalgies chroniques, dorsalgies, gastrite) étant en revanche sans influence sur la capacité de travail. L'expert n'avait relevé aucune affection psychique et les plaintes du demandeur ne portaient pas sur le plan psychique. Sur cette base, l'assurance-invalidité avait retenu une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 50 %, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

En janvier 2002, le médecin traitant du demandeur, le Dr I_____, avait certes fait état de ce que l'état psychique et l'installation dans l'hyperalgie chronique semblaient rendre illusoire le retour à une activité professionnelle. Cela étant, l'état psychique, mentionné pour la première fois par le médecin traitant, n'était pas documenté, il n'y avait pas de suivi psychiatrique et les conséquences éventuelles sur la capacité de travail n'étaient pas mentionnées. Le tableau clinique était dominé par la symptomatologie douloureuse. En outre, le Dr C_____, médecin attitré de la défenderesse, avait examiné à nouveau le demandeur en date du 7 mars 2002 et relevait que l'essai de reprise du travail dans une activité sans effort physique n'avait pas pu être effectué en raison de l'apparition quasi immédiate des douleurs. Il n'estimait pas nécessaire d'organiser des investigations spécialisées auprès d'un confrère psychiatre. Aucune autre pièce médicale ne faisait alors état d'un problème psychique ; le Dr G_____ relevait que les douleurs diffuses étaient intégrées dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Il y a lieu de rappeler que l'expertise du COMAI du 8 août 2005 mise en œuvre suite au recours interjeté par le demandeur à l'encontre de la décision de l'OAI du 11 février 2002 avait nié le caractère invalidant de la dysthymie diagnostiquée en 2005 par l'expert psychiatre, de sorte que seules les atteintes somatiques avaient des répercussions sur la capacité de travail du demandeur. Or, après avoir pris connaissance de l'expertise du COMAI, le demandeur avait retiré son recours, de sorte que la décision de l'OAI du 11 février 2002 est entrée en force.

Le fait que la défenderesse ait par la suite octroyé une rente entière d'invalidité au demandeur en 2002 n'y change rien, dès lors qu'elle avait appliqué à tort les règles relatives à l'invalidité professionnelle des assurés de plus de 50 ans ; seule en effet entrant en ligne de compte l'invalidité pour perte de gain, comme la chambre de céans l'a admis par arrêt du 17 janvier 2006 (ATAS 20/2006), de sorte que c'est à juste titre qu'elle avait réduit la rente à 50 % depuis le 1^{er} septembre 2003, s'alignant ainsi sur la décision de l'OAI du 11 février 2002.

Par conséquent, il convient d'admettre que la rente de prévoyance professionnelle de 50 % allouée par la défenderesse était fondée sur l'incapacité de travail résultant des seules atteintes à la santé somatiques.

b. Au cours de la procédure de révision engagée par le demandeur en août 2006 auprès de l'assurance-invalidité, la problématique psychiatrique a été à nouveau investiguée. Le demandeur était suivi sur le plan psychiatrique depuis 2004 par la docteure N_____ qui diagnostiquait un trouble dépressif sévère, à tout le moins depuis 2004, avec influence sur la capacité de travail. Alors que les experts du centre d'expertise médicale (CEMed), mandatés par l'OAI, avaient nié en 2009 le caractère invalidant des troubles psychiques et conclu qu'au regard des atteintes somatiques, la capacité de travail était toujours de 75 % dans une activité adaptée, l'expertise judiciaire ordonnée par la chambre de céans dans le cadre de la procédure de recours a conclu, sur le plan psychique, à une aggravation progressive de l'état de santé du demandeur depuis 2003. La chambre de céans a jugé que la capacité de travail du demandeur était nulle, sur le plan psychiatrique, à tout le moins depuis décembre 2004.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que durant son affiliation auprès de la défenderesse, soit jusqu'au 31 décembre 2002, le demandeur n'a pas présenté de troubles psychiques à l'origine de l'incapacité de travail, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. arrêt B 32/05 du 24 juillet 2006, consid. 7.2 ; arrêt 9C_580/2013 du 29 novembre 2013). La connexité matérielle fait par conséquent défaut.

8. Reste à examiner si et dans quelle mesure, s'agissant des atteintes à la santé somatiques à l'origine de l'incapacité de travail survenue durant les rapports de prévoyance, une aggravation entre en ligne de compte.

La chambre de céans relève que du point de vue de l'assurance-invalidité, seules les atteintes au niveau du poignet droit, à savoir le status après fracture du scaphoïde droit avec pseudoarthrose et le status post intervention pour dénervation du carpe étaient à l'origine de l'incapacité de travail et de l'invalidité reconnue par l'assurance-invalidité et, par voie de conséquence, la défenderesse. Les autres atteintes à la santé (lombalgies chroniques, cervicalgies, dorsalgies et la gastrite) mentionnées dans le rapport d'expertise du Prof. F_____ étaient alors sans influence sur la capacité de travail.

Dans le cadre de la révision de la rente d'invalidité, la Dresse K_____, expert rhumatologue, a relevé dans son rapport d'expertise du 31 mai 2011 que l'ENMG pratiquée en août 2007 montrait une aggravation modérée au niveau du poignet droit depuis 2006, les douleurs étant inchangées depuis des années. Les lombalgies chroniques étaient inchangées, avec une discrète aggravation des discopathies lombaires. Une recrudescence des cervicalgies était notée depuis 2006 et les examens radiologiques les plus récents montraient une aggravation de l'atteinte dégénérative de la colonne cervicale, avec apparition d'une protrusion discale. En

revanche, de nouvelles atteintes à la santé, sont mentionnées : atteinte au poignet gauche en août 2007, vertiges sur atteinte vestibulaire depuis 2004, chondropathie du genou gauche, l'IRM de 2006 objectivant une lésion du condyle fémoral interne, début de coxarthrose de la hanche gauche objectivée à l'IRM de mai 2005. Les anciennes activités de nettoyeur de wagons ou de comptage des passagers dans les trains ne sont plus possible. Selon l'expert rhumatologue, seuls les diagnostics de lombalgies chroniques, cervicalgies chroniques, douleurs chroniques du poignet droit et les vertiges avaient une influence sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 31 mai 2011, chiffre 4 c), p. 27) : l'ensemble des atteintes à la santé du point de vue somatique réduisait la capacité de travail du demandeur à 50 % en tout cas dans une activité adaptée.

Dans ce cas, à supposer que l'on tienne compte de tous les troubles somatiques, le résultat de la comparaison des gains serait le suivant : le salaire sans invalidité du recourant, de CHF 63'728.- en 1999, réactualisé à 2010 (année déterminante pour l'augmentation de la rente de la prévoyance professionnelle) s'élève à CHF 75'105.-. En l'absence d'un revenu réalisé, le revenu mensuel avec invalidité peut être déterminé en se référant aux statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ; pour un homme, ce salaire s'élève à 4'901.- en 2010 (ESS 2010, salaire réalisé par les hommes, dans une activité légère, tableau TA1, colonne 4) pour 40 heures par semaine. Ce montant doit être adapté à la durée moyenne de travail dans les entreprises en 2010, soit 41,6 heures par semaine (La Vie économique 7/8,- 2012, p. 91, tableau 10.3) ; le revenu d'invalidité s'élève à CHF 61'164.- par année, soit CHF 30'582.- par an pour un taux d'activité de 50 %.

Lorsque la comparaison des gains s'effectue sur la base des ESS, il convient en principe de procéder à un abattement. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). En l'occurrence, un abattement de 10% se justifierait, compte tenu du fait que seule une activité légère est désormais possible, de sorte que le revenu d'invalidité s'élève à CHF 27'524.-. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité s'élève ainsi à 63,35, arrondi à 63 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), pour l'ensemble des atteintes somatiques retenues par l'expert rhumatologue.

Dès lors que seules une partie des atteintes à la santé sur le plan somatique doivent être retenues comme incapacitantes au regard du lien de connexité matérielle, la

chambre de céans considère qu'il n'y a pas lieu d'admettre un abattement supplémentaire sur le salaire d'invalidé.

Toutefois, comme rappelé supra, la défenderesse ne répond que des atteintes à la santé qui justifiaient l'incapacité de travail survenue durant les rapports de prévoyance. Or, à cet égard, il convient de rappeler que selon l'expertise du Prof. F_____, seule l'atteinte du poignet droit avait des répercussions sur la capacité de travail du demandeur, qui était alors de 75% dans une activité adaptée. Après comparaison des gains, l'OAI a reconnu au demandeur un degré d'invalidité de 50%, taux sur lequel la défenderesse s'est alignée. Par conséquent, il s'agit de déterminer si l'atteinte à la santé du poignet droit - à l'origine de l'incapacité de travail survenue durant les rapports de prévoyance - s'est aggravée et, le cas échéant, dans quelle mesure. Sur ce point, la chambre de céans relève que la Dresse K a indiqué que l'ENMG pratiquée en 2007 montrait une aggravation modérée à droite depuis 2006 (cf. p. 10, in fine, du rapport d'expertise) et a conclu que les douleurs étaient inchangées depuis des années (cf. p. 25 du rapport d'expertise). Au regard des autres atteintes à la santé sur le plan somatique et notamment de l'apparition de nouvelles atteintes incapacitantes (poignet gauche, atteinte vestibulaire, début de coxarthrose à gauche, etc.), l'aggravation modérée du poignet droit n'a pas de répercussion significative sur la capacité de travail, au regard de la vraisemblance prépondérante, de sorte qu'elle ne peut être quantifiée en terme de capacité de travail et, par conséquent, de degré d'invalidité.

En conclusion, la chambre de céans considère que le degré d'invalidité du demandeur est toujours de 50%, ce qui n'entraîne aucune modification de sa rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle au regard des règlements en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2005.

9. Au vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.
10. Le demandeur, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité à titre de dépens (art. 89H al. 3 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-RS/GE - E 5 10).
11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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