RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/882/2021 **ATAS/62/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2022

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à Frangy, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN	demandeur

contre

FONDATION DE PRÉVOYANCE EN FAVEUR DES EMPLOYÉS INTERNATIONAUX DE L'ASSOCIATION DU B_____ (B_____), sise à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Charles LOPEZ	défendeur

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1960 et domicilié en France, a travaillé en tant que technicien de maintenance au bureau de Genève de l'Association du B_____ (B_____; ci-après: l'employeur) depuis le 1er janvier 2001. À ce titre, il était affilié à la Fondation de prévoyance suisse en faveur des fonctionnaires de B_____, laquelle est devenue ensuite la Fondation de prévoyance en faveur des employeurs internationaux de B_____ (ci-après: la fondation), selon l'inscription au registre du commerce du 15 mars 2013.

2. Depuis le 18 février 2010, l'assuré est en arrêt de travail total suite à une sténose canalaire L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'une sténose foraminale ayant nécessité une opération en date du 31 mai 2011 consistant en plif et arthrodèse postérieure après réduction d'un listhésis L4-L5, une lamino-arthrectomie L4-L5 et L3-L4, plif et arthrodèse postérieure L3-L4, selon le compte-rendu opératoire. Le 8 octobre 2013, il s'est soumis à une ablation du matériel et à une lamino-arthrectomie avec ostéosynthèse L3-L4.

3. Le 11 septembre 2012, l'assuré a requis l'octroi d'une rente d'invalidité de la part de la fondation au motif que son poste de travail impliquait le port de lourdes charges (déménagement de dossier, meubles etc.), la transformation de mobilier et cloisons, des réceptions et l'envoi de marchandises. Or, ces activités étaient médicalement contrindiquées.

4. Selon le rapport du 22 septembre 2012 du docteur C_____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, celui-ci souffrait d'une dépression réactionnelle à ses problèmes de santé et de lombalgies. Il a mentionné à titre de limitations fonctionnelles l'absence de port de charges et de position debout prolongée. L'assuré souffrait également d'une perte de concentration. Son incapacité se poursuivait pour une durée indéterminée. Il ne pourrait pas reprendre son poste habituel.

5. Le 28 novembre 2012, l'employeur a attesté que l'assuré était chargé dans son poste de travail des déménagements internes des bureaux et de différents travaux de maintenance technique dans les domaines de l'électricité, du téléphone, de la plomberie, de la menuiserie, du chauffage et de la ventilation.

6. Le 12 décembre 2013, la fondation, par l'intermédiaire de son gestionnaire administratif Trianon SA, a informé l'assuré qu'elle lui octroyait une rente d'invalidité entière du 15 octobre 2012 au 31 mai 2013, ce qui avait été confirmé par son nouvel assureur, la Generali Assurances. La poursuite du paiement de la rente après cette date faisait alors l'objet d'un réexamen par son nouvel assureur.

7. Selon le rapport du 26 mars 2014 du docteur D_____, spécialiste en chirurgie du membre inférieur et du sport, ainsi que du rachis à l'Infirmerie protestante à Caluire en France, l'évolution suite à l'intervention du 8 octobre 2013 était satisfaisante

avec encore des douleurs et des difficultés sur le positionnement adapté. Une rééducation était proposée avec un bon pronostic. Une stabilisation ne pourrait être obtenue qu'après au moins un an après l'opération. L'incapacité de travail était liée aux problèmes lombaires en rapport avec un travail exigeant un minimum de force. Dès lors que l'assuré ne pourra pas exercer son ancien métier, une reconversion professionnelle devait être envisagée dans une activité légère.

8. Les 29 avril 2014 et 12 janvier 2015, la fondation a informé l'assuré que son réassureur avait confirmé son droit à une rente entière d'invalidité pour les périodes du 1er février au 30 septembre 2014 et du 1er octobre 2014 au 30 novembre 2015.

9. Le 27 octobre 2014, le Dr D_____ a attesté que l'assuré suivait toujours une rééducation avec un traitement antalgique adapté. Une reprise de travail ne sera possible que dans une activité adaptée. Il y avait des limitations fonctionnelles pour la position statique prolongée, les rotations, en particulier à vitesse rapide, se pencher et la position de porte-à-faux, la marche prolongée et le port de charges supérieures à 8 kg. L'extraction rapide et fréquente d'un véhicule, le travail en hauteur et en position d'équilibre étaient également prohibés.

10. À la demande de la fondation, l'assuré a fait l'objet le 3 juin 2015 d'une expertise psychiatrique par le docteur E_____, praticien hospitalier au service de psychiatrie adulte du Centre hospitalier de la région d'Annecy. Selon ce médecin, l'expertisé présentait une altération dysthymique de l'humeur largement réactionnelle à ses problèmes somatiques et à l'incertitude de son avenir. L'incapacité de travail en rapport avec l'atteinte psychiatrique était de 10%, étant précisé que les symptômes physiques apparaissaient nettement au premier plan dans les répercussions péjoratives des habilités dont l'importance devait être évaluée par un expert spécialiste.

11. Par courriel du 2 juillet 2015, le réassureur a informé la fondation que, selon l'expertise, l'assuré a une capacité de travail de 90%, si bien qu'il n'avait plus droit aux prestations, tout en relevant que la définition de l'invalidité avait changé en octobre 2014. Dorénavant, l'invalidité présupposait que l'assuré était incapable d'exercer toute activité. S'il contestait cette appréciation, il lui appartenait d'apporter la preuve de son invalidité.

12. La fondation a néanmoins continué à verser la rente d'invalidité à l'assuré.

13. Le 11 mai 2016, la fondation a fait part à l'assuré que son réassureur avait suspendu le remboursement de sa rente depuis novembre 2014 au motif que l'assuré était capable de travailler. Afin de réexaminer le droit à la rente, elle l'a invité à la contacter pour une entrevue.

14. Le 1er février 2018, le nouveau réassureur de la fondation, AXA Vie SA (ci-après: AXA), a répondu à une demande d'expertise de la fondation concernant l'invalidité de l'assuré et l'a rejetée, en considérant que celui-ci ne présentait aucune incapacité de travail justifiant une perte économique.

15. Par courrier du 21 septembre 2018, la fondation a communiqué à l'assuré la position de son réassureur, en indiquant que celui-ci l'avait informée "des conclusions de [son] expertise". Néanmoins, elle avait décidé de maintenir le paiement de la rente d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2018, date à laquelle l'assuré sera en mesure de prendre une retraite anticipée.

16. Par courrier du 17 décembre 2018, l'assuré s'est étonné d'avoir fait l'objet d'une expertise. Celle-ci ne lui ayant pas été communiquée, son droit d'être entendu avait été violé. Quoi qu'il en soit, il était toujours invalide et ne souhaitait pas prendre une retraite anticipée. Aussi, il a demandé la poursuite du paiement de la rente et de lui faire parvenir les statuts et règlements applicables.

17. Par courrier du 2 mai 2019, la fondation a envoyé à l'assuré notamment le règlement concernant les prestations du plan de prévoyance et lui a fait savoir qu'elle avait continué à payer la rente d'invalidité à bien plaire depuis la suspension du remboursement de cette rente par le réassureur dès novembre 2014, tout en relevant que l'assuré n'avait pas diligenté une expertise médicale privée afin d'attester son incapacité de travail. Cette situation n'étant plus soutenable, elle l'a informé qu'elle suspendait ses prestations dès juin 2019.

18. Par courrier du 23 mai 2019, l'assuré a invité la fondation à lui transmettre le rapport du médecin-conseil d'AXA et a réclamé la poursuite du paiement de la rente. Il a par ailleurs attiré son attention sur le fait que le règlement de la fondation prévoyait une invalidité de fonction. Dans la mesure où son poste de technicien de maintenance n'était pas adapté à ses limitations fonctionnelles, il devait être considéré comme invalide au sens de ce règlement.

19. Par courrier du 7 juin 2019, la fondation a considéré qu'il appartenait à l'assuré de documenter sa capacité de travail.

20. Le 21 juin 2019, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré n'avait montré aucune évolution favorable depuis 2014 et 2015 et que le poste de technicien en maintenance était totalement contrindiqué.

21. Après que l'assuré ait relancé la fondation à plusieurs reprises afin qu'elle lui transmette son dossier médical complet, celle-ci l'a invité à s'adresser directement à ses deux réassureurs, tout en mettant en exergue que l'assuré n'avait pas requis une expertise médicale pour contester leurs conclusions. La fondation avait ainsi versé les rentes sans cause juridique. Aussi, elle a enjoint l'assuré à lui restituer les rentes indûment perçues.

22. Le 19 septembre 2019, le docteur F_____ au service de rhumatologie de l'Infirmerie protestante, a attesté que les deux opérations subies au dos avaient amélioré les douleurs radiculaires de l'assuré, mais que des lombalgies invalidantes persistaient avec parfois des accès douloureux aigus et une sciatalgie droite tronquée. L'assuré avait pris divers antalgiques et suivi une kinésithérapie, arrêtée en 2018. En dépit de la médication antalgique, il était très gêné dans la vie quotidienne. À l'examen clinique, ce médecin a constaté l'absence du réflexe

achilléen gauche, une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse droite, un Lasègue lombaire bilatéral, une raideur lombaire avec Schober à 2 cm, douloureuse à la mobilisation avec des points douloureux lombaires paramédians droits. Même si l'électromyogramme (ci-après: EMG) était normal, cela n'excluait pas une certaine souffrance radiculaire. L'assuré présentait une invalidité lombalgique et était incapable de travailler.

23. Le 7 octobre 2019, le Dr F_____ a confirmé l'invalidité de l'assuré et a précisé qu'il présentait des limitations fonctionnelles pour la position assise prolongée et la position debout, la marche et la voiture. L'assuré devait souvent changer de position. L'incapacité de travail valait pour toute activité professionnelle, pas seulement pour les activités physiques, en raison de l'apparition de lombalgies, même en position assise.

24. Par courriel du 1er mai 2020, le Dr F_____ a confirmé ses précédents rapports et a précisé que l'assuré portait un corset semi-rigide par intermittence, ce qui le soulageait. La position assise pouvait être tenue pendant 20-30 minutes, le périmètre de marche était limité à 2 km et la conduite de la voiture à 100 km. Il ne pouvait pas non plus faire un effort de soulèvement. Dans une activité de type tertiaire, sa capacité de travail était de 50%. Le Dr F_____ ne pouvait se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2015, ne connaissant le patient que depuis octobre 2019. Cependant, "Il [était] tout à fait possible dans les affections rachidiennes chroniques multi-opérées qu'il n'y ait pas d'amélioration sur quelques années avec un état chronique stable".

25. En annexe à un courriel du 11 juillet 2020, la fondation a transmis à l'assuré l'avis non signé de son médecin-conseil, le docteur G_____, avis qui figure dans un courriel du 24 juin 2015 de ce médecin. Celui-ci a fait état de ce que le Dr D_____ avait confirmé que l'assuré présentait une capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à l'expert psychiatre, il avait attesté une capacité de travail de 90%. Le Dr G_____ en a conclu que l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée.

26. Le 5 octobre 2020, le nouveau réassureur de la fondation, H_____ Limited, dont le siège est à Saint Peter Port en Guernsey du Bailiwick de Guernsey, a fait part au mandataire de la fondation que la définition de l'invalidité avait changé dans la police d'octobre 2014 et que depuis cette date l'assuré devait également présenter une incapacité de travail pour toute autre activité que celle stipulée dans le contrat. C'était sur cette base que le réassureur avait pris la décision de mettre fin au remboursement des rentes en 2015. À cet égard, l'avis d'un "expert" obtenu plusieurs années après le moment où sa capacité de travail avait été constatée mi-2015, avait une valeur probante restreinte par rapport aux conclusions de l'expert émises à l'époque. De surcroît, le Dr F_____ n'avait connu l'assuré seulement qu'en 2019. Partant, la preuve n'était pas établie pour une incapacité de travail au-delà de mi-octobre 2015. Enfin, le réassureur a relevé que l'assuré avait contesté sa décision seulement après quatre années et demi.

27. Par courriel du 23 novembre 2020, la fondation a donné connaissance à l'assuré de la lettre précitée du réassureur et lui a demandé s'il avait fait les démarches pour l'obtention de sa retraite anticipée, tout en lui rappelant que le réassureur exigeait une expertise médicale attestant son incapacité de travail en 2015.

28. Par courriel du 24 novembre 2020 à la fondation, l'assuré s'est étonné de l'exigence d'une évaluation médicale remontant à 2015, alors que la fondation avait continué à verser ses prestations jusqu'au 31 mai 2019. Dans la mesure où il demandait le paiement de la rente dès le 1er juin 2019, sa prétention devait être fondée sur des éléments médicaux démontrant son invalidité à cette date et au-delà. Au demeurant, le Dr D_____ avait déjà confirmé dans son rapport du 27 octobre 2014 qu'une reprise de l'emploi ne pouvait être envisagée que dans un poste adapté, ce qui constituait la preuve que sa capacité de travail était nulle dans son poste habituel.

29. Le 10 mars 2020, l'assuré a fait notifier à la fondation un commandement de payer la somme de CHF 34'776.-, correspondant aux rentes d'invalidité dues dès le 1er juin 2019 jusqu'au 29 février 2020. Celle-ci y a formé opposition.

30. Le 9 mars 2021, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande à l'encontre de la fondation, en concluant à la condamnation de celle-ci au paiement de CHF 85'008.- avec intérêts moratoires de 5% l'an dès le 30 avril 2020, sous réserve d'amplification et en amplifiant d'ores et déjà sa demande de CHF 3'864.- pour avril 2021, et à la levée de l'opposition formée au commandement de payer, sous suite de dépens. Préalablement, il a requis qu'il fût ordonné à la défenderesse de produire le calcul de la rente due en 2020 et 2021. Dès lors que la défenderesse avait versé la rente d'invalidité sans réserves jusqu'au 31 mai 2019, il y avait lieu de déterminer si l'invalidité se poursuivait sans modification dès cette date. La preuve du contraire devait être apportée par la défenderesse, ce qu'elle n'était pas parvenue à faire. Quant au demandeur, il avait entièrement collaboré dans l'établissement des faits litigieux, en produisant plusieurs avis médicaux démontrant qu'il ne pouvait plus assumer le cahier des charges de son poste auprès de l'employeur. Enfin, selon le règlement, le droit à une rente d'invalidité ne prenait fin qu'à la date de la retraite normale. La défenderesse ne pouvait donc contraindre le demandeur à solliciter une retraite anticipée pour mettre fin au versement de la rente d'invalidité.

31. Dans sa réponse du 7 juin 2021, la défenderesse a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et principalement au rejet de la demande, sous suite de dépens. Elle a également conclu à l'appel en cause de H_____ Limited, subsidiairement à la dénonciation d'instance à cette société, à la condamnation de l'appelée en cause à relever la défenderesse de toute condamnation prononcée à son encontre du chef des conclusions du demandeur, à payer à la défenderesse la somme minimale de CHF 85'008 avec intérêts moratoires moyens à 5% l'an dès le 30 avril 2020, et à payer la somme minimale de CHF 3'864.- par mois dès le mois d'avril 2021 avec intérêts à 5% l'an dès le dernier jour du mois précédant celui pour lequel ce montant était dû, jusqu'au prononcé du jugement, sous réserve d'amplification de la demande et sous suite de dépens.

Elle a considéré que l'appel en cause devait être admise du fait que la chambre de céans était compétente matériellement pour statuer sur ses prétentions à l'encontre de son réassureur, dans la mesure où le fondement de ces prétentions concernait des prestations de prévoyance. La chambre de céans était également compétente ratione loci dès lors que la loi prévoyait un for notamment au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré avait été engagé, lequel était en l'occurrence dans le canton de Genève. Les dispositions sur le for étant impératives, le réassureur ne pouvait y déroger dans le contrat conclu avec la défenderesse, contrat selon lequel le for était Guernsey. Au cas où la requête en appel en cause devait être rejetée, il y avait lieu de dénoncer l'instance au réassureur, ce qui était admis en procédure administrative par la jurisprudence. Sur le fond, la défenderesse a fait valoir qu'il appartenait au demandeur de prouver son invalidité à compter du 1er juin 2019 et qu'il avait échoué dans cette preuve. En effet, le règlement de la défenderesse exigeait des certificats médicaux délivrés par un médecin exerçant en Suisse et le demandeur n'avait produit que des certificats émanant de médecins français. Au demeurant, le réassureur demandait également des attestations établies par un médecin suisse. Cela étant, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Enfin, au cas où la défenderesse serait condamnée au versement de prestations, un intérêt moratoire de 1% devait être appliqué, lequel correspondait au taux d'intérêt minimal fixé par le Conseil fédéral en la matière.

32. Dans sa réplique du 22 juin 2021, le demandeur a maintenu ses conclusions. Il a reproché à la défenderesse d'être de mauvaise foi en exigeant des certificats médicaux émanant d'un médecin suisse, n'ayant jamais émis une telle demande auparavant. Au contraire, elle avait toujours accepté que son incapacité de travail fût justifiée par des médecins français et avait de surcroît mandaté un médecin en France pour une expertise psychiatrique. Par ailleurs, il a persisté à considérer que la preuve de sa capacité de travail devait être apportée par la défenderesse, selon les règles sur le fardeau de la preuve. Or, elle n'avait procédé à aucune investigation pour établir qu'il était capable de travailler. Dans ces circonstances, il n'appartenait pas à la chambre de céans de pallier à l'insuffisance de l'instruction de la défenderesse. Quoi qu'il en soit, le dossier médical établissait qu'il ne pouvait plus travailler à son poste habituel de technicien de maintenance, de sorte que son invalidité de fonction était démontrée.

33. Par duplique du 9 juillet 2021, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que l'exigence de produire des certificats médicaux émanant de médecins pratiquant en Suisse résultait de son règlement. Par ailleurs, dans la mesure où elle considérait que l'invalidité du demandeur n'existait plus, la preuve du contraire devait être apportée par ce dernier, puisqu'il en tirait sa prétention.

34. Le 11 novembre 2021, la défenderesse a produit le règlement concernant les prestations du plan de prévoyance de la Fondation de prévoyance suisse en faveur des fonctionnaires de B_____ du 1er janvier 2009, en précisant que ce règlement était en vigueur jusqu'en 2012 et qu'il n'y avait en 2009 qu'une seule caisse de prévoyance pour les employés suisses et non suisses, ce qui expliquait que le nom de la fondation de prévoyance était différent. Les caisses de prévoyances avaient été scindées en deux en 2011.

35. Sur ce, 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), 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 331*e* du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56*a*, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142a du Code civil [CC - RS 210]).

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

   L'art. 73 LPP est applicable au domaine de la prévoyance obligatoire, de la prévoyance pré-obligatoire, sous-obligatoire et de la prévoyance plus étendue auquel participent les institutions de prévoyance enregistrées de droit public et de droit privé, de même qu'aux institutions de prévoyance non enregistrées (arrêt 9C_130/2017 du Tribunal fédéral du 20 novembre 2017 consid. 3.1). Cette compétence suppose que la contestation entre les parties porte sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large, soit une contestation qui concerne spécifiquement le droit de la prévoyance professionnelle et a pour objet le rapport de prévoyance entre un ayant droit et une institution de prévoyance. Tel est notamment le cas des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage et des cotisations. Les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement juridique autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance. Afin d'établir si une question spécifique de la prévoyance professionnelle se pose, il faut se fonder sur les conclusions de la demande et sur les faits invoqués à l'appui de ces conclusions (ATF 141 V 170 consid. 3 p. 172 s. et les références).

   S'agissant d'une institution non enregistrée, la voie de droit de l'art. 73 LPP n'est ouverte que pour les litiges concernant la prévoyance professionnelle au sens étroit, soit se rapportant à la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, selon l'art. 89a

al. 6 ch. 19 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210; ATF 117 V 216 consid.1a)).

b. Les institutions de prévoyance professionnelle qui entendent participer à l'application du régime de l'assurance obligatoire doivent s'inscrire dans le registre de prévoyance professionnelle. Seules les institutions de prévoyance actives exclusivement dans le régime sur-, sous- ou pré-obligatoire sont libérées de cette obligation (art. 48 al. 1 LPP).

Aux termes de l'art. 5 LPP, cette loi ne s'applique qu'aux personnes qui sont assurées à l'assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS; al. 1) et aux institutions de prévoyance enregistrées au sens de l'art. 48 LPP, sous réserves de certaines dispositions légales pour les institutions non enregistrées soumise à la loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 17 décembre 1993 (loi sur le libre passage, LFLP - RS 831.42).

c. Le for de l'action est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans lequel l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

2. a. En l'occurrence, B_____ a conclu avec le Conseil fédéral le 20 décembre 1976 un accord pour régler le statut fiscal des services et du personnel de cette organisation en Suisse (RS 0.192.122.748). Aux termes de cet accord, les membres du personnel de celle-ci qui n'ont pas la nationalité suisse et qui bénéficient des exonérations fiscales prévues à l'art. 5 de l'accord, ne sont pas soumis à la législation suisse sur l'assurance-vieillesse et survivants, l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage, le régime des allocations pour perte de gain et la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité obligatoire (art. 5bis al. 1). L'art. 5 al. 1 de l'accord prescrit que les membres du personnel de B_____ sont exonérés, pendant la durée de leurs fonctions, du paiement des impôts.

Cela étant, dès lors qu'il n'est pas contesté que le demandeur n'est pas de nationalité suisse, il n'est pas soumis à LPP en vertu de l'accord précité.

b. Selon les statuts de la défenderesse adoptés le 20 novembre 2012, il s'agit d'"une fondation au sens des articles 80 et suivants du Code Civil Suisse régie par les articles 331 et suivants du Code des obligations Suisse et par les présents statuts" (art. 1). Elle a pour but de prémunir les employés internationaux de l'employeur et leurs ayants droits, aux conditions prévues par les règlements de la fondation, contre les conséquences économiques de la vieillesse, de l'invalidité, du décès, des accidents et de la maladie (art. 2 ch. 1).

La défense n'a donc pas été fondée selon les dispositions relatives à l'obligation de prévoyance de l'employeur. Elle constitue ainsi une institution de prévoyance non enregistrée. Par ailleurs, elle est figure dans le répertoire des institutions de prévoyance non enregistrées du canton de Genève.

c. Le litige a trait au droit à une rente d'invalidité du demandeur. Par conséquent, il s'agit d'une question de prévoyance professionnelle au sens étroit. Enfin, le litige oppose une institution de prévoyance à un ayant droit, de sorte que la compétence ratione materiae de la chambre de céans doit être admise.

d. La défenderesse ayant son siège dans le canton de Genève, la compétence ratione loci de la chambre de céans est également établie.

3. L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 al. 1 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai (Raymond SPIRA, Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale, Recueil de jurisprudence neuchâteloise, 1984; Commentaire des assurances sociales suisse op.cit. ad art. 73 N 78).

   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).

4. L'objet du litige est le droit du demandeur à une rente d'invalidité dès le 1er juin 2019, ainsi que la recevabilité de l'appel en cause du réassureur respectivement la dénonciation du litige à celui-ci.

5. a. Aux termes de l'art. 71 LPA, l'autorité peut ordonner, d'office ou sur requête, l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure ; la décision leur devient dans ce cas opposable (al. 1). L'appelé en cause peut exercer les droits qui sont conférés aux parties (al. 2).

   Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'autorité saisie a la faculté d'ordonner l'appel en cause, mais n'en a pas l'obligation, sous réserve de l'arbitraire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2012 du 22 août 2012 consid. 4)

   Lorsque le domicile de la personne appelée en cause est à l'étranger, il peut être renoncé à l'appel en cause (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 144/05 du 6 septembre 2006 consid. 3.1).

   Quant à la dénonciation du litige en procédure administrative, pour autant qu'elle soit prévue par les dispositions légales, elle suppose que le juge des assurances sociales soit compétent pour connaître de celle-ci (*ibidem*).

   b. En l'occurrence, il convient en premier lieu de constater que le siège de H_____ Limited est à l'étranger, soit à Saint Peter Port en Guernsey du Bailiwick de Guernsey, de sorte qu'il y a lieu de renoncer à son appel en cause déjà pour ce motif.

   Par ailleurs, la chambre de céans n'a pas la compétence matérielle pour se prononcer sur les rapports juridiques entre une caisse de pension et son réassureur. En effet, les sociétés de réassurance participant à la prévoyance professionnelle ne peuvent être partie à la procédure, selon l'art. 73 LPP (CASS – SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER, art. 73, N 23).

   Partant, la requête en appel en cause sera rejetée.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent

l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

7. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3

et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. La LPP n'étant pas applicable in casu, le droit aux prestations du demandeur doit être uniquement déterminé sur la base des statuts et des règlements de la défenderesse.

   Selon les principes généraux du droit, 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 126 V 163 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 72/05 du 24 octobre 2006 consid. 4.1).

   En matière de prestations pour invalidité, les dispositions réglementaires applicables sont celles qui étaient en force au moment de la naissance du droit à ces prestations, et non celles qui étaient en force au début de l'incapacité de travail qui a conduit à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 63/99 du 26 octobre 2001 consid. 5c).

   Le Tribunal fédéral a admis dans le cas d'assurés percevant une rente d'invalidité et ayant atteint l'âge de la retraite, ce qui relevait d'un nouveau cas d'assurance selon les règlements de leurs institutions de prévoyance, que le règlement applicable au calcul de la surindemnisation était celui en vigueur à l'âge de la retraite (arrêts du Tribunal fédéral 9C_615/2014 du 15 juin 2015 consid. 5.2 et 9C_855/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1). Dans un litige en lien avec des prestations de retraite, notre Haute Cour a considéré que le règlement applicable était celui en vigueur lorsque l'âge de la retraite avait été atteint (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2009 du 4 février 2010 consid. 5.3).

10. a. En l'occurrence, le demandeur se fonde sur le règlement concernant les prestations du plan de prévoyance valable dès le 25 mai 2018 (ci-après: le règlement), lequel s'applique aux employés ayant commencé de travailler le 1er juin 2007 et qui ont opté de rester dans ce plan. Toutefois, dès lors que le demandeur est en incapacité de travail depuis février 2010, il y a lieu d'appliquer le règlement en vigueur au moment de la naissance du droit éventuel à la rente d'invalidité.

Aussi bien le règlement valable dès le 25 mai 2018 que celui en vigueur entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2012 prévoient à leur art. 5.2 que la rente d'invalidité n'est versée qu'après une période d'attente de 24 mois, lorsque l'incapacité de travail est considérée comme permanente. Partant, le droit à la rente est né en l'espèce au plus tôt en février 2012, si bien qu'il y a lieu d'appliquer le règlement valable en 2012, soit celui concernant les prestations du plan de prévoyance de la Fondation de prévoyance suisse en faveur des fonctionnaires de B_____ du 1er janvier 2009 (ci-après: le règlement). Quoi qu'il en soit, la teneur de ces deux règlements est quasi identique.

b. Les art. 5.1 et 5.2 du règlement ont la teneur suivante:

5.1 INVALIDITÉ AVANT LA DATE DE RETRAITE

"Un PARTICIPANT atteint d'invalidité avant sa date de retraite normale et qui, en raison de ladite invalidité, ne peut continuer à s'acquitter de ses fonctions ordinaires auprès de B_____ sera considéré comme invalide au sens de ce règlement jusqu'à la première des dates suivantes:

- La date à laquelle le PARTICIPANT recouvre partiellement ou totalement sa capacité de travail
- La date de retraite normale.

5.2 PÉRIODE D'ATTENTE ET PREUVE DE L'INVALIDITÉ

La rente d'invalidité peut être versée après une période d'attente de 24 mois, lorsque l'incapacité de travail du PARTICIPANT est alléguée permanente. Pour les PARTICIPANTS de nationalité suisse, le degré d'invalidité correspond au degré d'invalidité fixé par l'AI. Pour les PARTICIPANTS de nationalité non suisse, le degré d'invalidité est déterminé par le Conseil de Fondation sur la base des décisions du médecin-conseil de la Fondation et du réassureur de la Fondation. Les PARTICIPANTS sont tenus de fournir tous (sic) les demandes de preuves d'invalidité formulés (sic) par la Fondation ou le réassureur. Les PARTICIPANTS suisses devront, en plus, fournir tous les documents demandés par l'AI. Un certificat médical délivré par un médecin exerçant en Suisse sera exigé. En outre, la Fondation se réserve le droit de faire effectuer une contre-expertise par un praticien de son choix.

[…]

La Fondation se réserve le droit de procéder à une réévaluation du degré d'invalidité tous les six mois ou plus souvent si nécessaire."

c. En l'espèce, la défenderesse a octroyé au demandeur une rente d'invalidité entière du 15 octobre 2012 jusqu'au 31 mai 2019. À cette date, elle a cessé ses prestations au motif que le demandeur n'a pas prouvé son invalidité en mettant en œuvre une expertise médicale. Néanmoins, elle n'invoque aucun motif de révision, tel une amélioration de l'état de santé ou un fait ou moyen de preuve nouveau.

Il convient ainsi de déterminer si, sur la base du règlement et du dossier médical, le droit aux prestations doit être considéré comme établi au-delà de mai 2019, ainsi que les conditions de révision de ce droit.

11. a. En premier lieu, il sied de déterminer quelle est la définition de l'invalidité au sens du règlement.

L'art 5.1 du règlement stipule que l'assuré qui ne peut continuer à s'acquitter de ses fonctions ordinaires auprès de l'employeur à cause de son invalidité, est considéré comme invalide. Cette notion d'invalidité va plus loin que celle définie à l'art. 23 let. a LPP qui est fondée sur la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). En effet, dans la LPGA, l'invalidité est définie comme une incapacité de gain partielle ou totale qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1), alors que, selon le règlement, une incapacité de travail pour des fonctions ordinaires, soit dans le poste habituel est suffisante.

Toutefois, il est également prévu dans le règlement que, pour les assurés suisses, le degré d'invalidité correspond au degré d'invalidité fixé par l'assurance-invalidité. Il y a ainsi une contradiction entre les deux premières phrases de l'art. 5.1 du règlement, du moins pour les assurés suisses, et éventuellement une inégalité de traitement entre assurés suisses et non suisses. Il y a dès lors lieu d'interpréter ce règlement.

b. Dans le cadre de la prévoyance qui va au-delà des prestations obligatoires de la LPP, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (sui generis) dit de prévoyance (ATF 131 V 27 consid. 2.1). Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé de ce contrat, à savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concluants. Il doit ainsi être interprété selon les règles générales sur l'interprétation des contrats. Il y a lieu de rechercher, tout d'abord, la réelle et commune intention des parties (art. 18 al. 1 CO), ce qui en matière de prévoyance professionnelle vaut avant tout pour les conventions contractuelles particulières (ATF 129 V 145 consid. 3.1). Lorsque cette intention ne peut être établie, il faut tenter de découvrir la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations selon le sens que le destinataire de celles-ci pouvait et devait raisonnablement leur donner selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). L'interprétation en application de ce principe, dite objective ou normative, consiste à établir le sens que chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du contrat (ou du règlement) avant de l'examiner dans son contexte ; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération (ATF 132 V 286 consid. 3.2.1 et les références ; ATF 129 III 118 consid. 2.5). À titre subsidiaire, il peut également être tenu compte du mode d'interprétation spécifique aux conditions générales, notamment la règle de la clause ambiguë (*in dubio contra stipulatorem* ; ATF 131 V 27 consid. 2.2 ; ATF 122 V 142 consid. 4c).

c. En l'occurrence, la réelle et commune intention des parties était certainement en premier lieu d'offrir aux assurés suisses des prestations de prévoyance professionnelle conformes au droit suisse, ce qui n'exclut cependant pas d'accorder des prestations qui vont au-delà des prestations obligatoires prescrites par la LPP. Il peut par ailleurs être supposé que les parties n'avaient pas l'intention d'avantager les assurés non suisses par rapport aux assurés suisses. Toutefois, cela ne permet pas encore de déterminer si, dans le sens du règlement, l'intention des parties étaient d'offrir des prestations déjà en cas d'une invalidité de fonction et pas seulement lorsque l'assuré présente une incapacité de gain totale dans toute activité.

La défenderesse ayant pour but d'assurer les employés d'une entité non suisse, il ne peut être présumé qu'elle connaissait la notion d'invalidité en droit des assurances sociales suisses et qu'elle était consciente de la différence entre une invalidité déterminée par l'assurance-invalidité sur la base de l'art. 8 al. 1 LPGA et une invalidité de fonction telle qu'elle est prévue dans le règlement pour les assurés non suisses. Il ne peut être exclu que, dans l'esprit des rédacteurs du règlement, la définition de l'invalidité était identique dans les deux cas et que la défenderesse avait uniquement l'intention de se décharger de l'instruction du dossier sur l'assurance-invalidité, en prévoyant que le degré d'invalidité fixé par cette assurance est déterminant. *A fortiori*, la différence entre la définition de l'invalidité en droit des assurances suisses et au sens du règlement, n'était pas reconnaissable pour l'assuré.

À n'en point douter, le demandeur, qui n'est pas de nationalité suisse, ne peut comprendre l'art. 5.1 du règlement que dans le sens qu'une invalidité dans son poste de travail est suffisant. À cela s'ajoute qu'en cas de doute une clause ambiguë doit être interprétée contre celui qui l'a rédigée, selon le principe *in dubio contra stipulatorem*.

Enfin, dans le règlement valable dès le 25 mai 2018 que le demandeur a produit et qui n'est applicable qu'aux assurés non suisses, il n'y a aucune ambiguïté. En effet, ce règlement prévoit uniquement à son art. 5.1 qu'un participant qui, avant l'âge de la retraite normale, ne peut continuer à s'acquitter de ses fonctions ordinaires auprès de B_____ est considéré comme invalide.

Cela étant, il y a lieu d'interpréter l'art. 5.1 du règlement dans le sens qu'une invalidité de fonction est suffisante pour le droit aux prestations.

12. Ainsi, il sied d'examiner si le demandeur présente une incapacité de travail durable, voire permanente, pour les fonctions ordinaires de son travail.

Le demandeur est en arrêt de travail depuis le 18 février 2010, suite à une sténose canalaire L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'une sténose foraminale ayant nécessité des opérations en date des 31 mai 2011 et 8 octobre 2013. À ses problèmes physiques s'est ajouté par la suite un état dépressif réactionnel, comme l'atteste le Dr C_____ le 22 septembre 2012.

Le 26 mars 2014, le Dr D_____ déclare que l'incapacité de travail est liée aux problèmes lombaires en rapport avec un travail exigeant un minimum de force et

que le demandeur ne pourra plus exercer son ancien métier. Dans son rapport du 27 octobre 2014, il confirme qu'une reprise de travail ne sera possible que dans une activité adaptée. Il mentionne des limitations fonctionnelles pour la position statique prolongée, les rotations, en particulier à vitesse rapide, se pencher et la position de porte-à-faux, la marche prolongée, le port de charges supérieures à 8 kg, l'extraction rapide et fréquente d'un véhicule, le travail en hauteur et en position d'équilibre.

Puis le demandeur a fait l'objet le 3 juin 2015 d'une expertise psychiatrique, laquelle arrive à la conclusion que la capacité de travail est diminuée de 10%, en prenant uniquement en considération les atteintes psychiques. L'expert psychiatre mentionne cependant aussi que l'assuré présente des limitations fonctionnelles dues aux problèmes de dos pour le port de charges et la position debout prolongée et considère que le demandeur ne pourrait pas reprendre son poste habituel. Les symptômes physiques sont au premier plan et leur répercussion sur la capacité de travail devrait être évaluée par un autre expert.

Le 21 juin 2019, le Dr C_____ atteste que l'état de santé du demandeur n'avait pas connu une évolution favorable depuis 2014 et 2015 et que le poste de technicien en maintenance est contrindiqué.

Selon le rapport du 19 septembre 2019 du Dr F_____, le demandeur présente une invalidité lombalgique et est incapable de travailler. Il le confirme le 7 octobre 2019, tout en précisant qu'il y a des limitations fonctionnelles pour la position assise prolongée et debout, la marche et la conduite d'une voiture. Dans son rapport du 1er mai 2019, ce médecin ajoute que le demandeur porte par intermittence un corset semi- rigide, que la position assise est limitée à 20-30 minutes, la marche à 2 km et la conduite de la voiture à 100 km. Il ne peut en outre soulever des charges. Dans une activité de type tertiaire, sa capacité de travail est de 50%.

Il résulte de manière univoque des rapports médicaux précités que, sur le plan somatique, le recourant ne peut plus exercer un métier exigeant des efforts physiques et qu'il est incapable de travailler dans son ancien poste de travail. Certes, l'expert psychiatre conclut à une capacité de travail de 90%. Toutefois, il ne se prononce pas sur la capacité de travail au niveau physique. Au demeurant, cela n'était pas de son champ de compétence, dès lors qu'il n'est pas spécialisé en orthopédie. Son avis vaut ainsi seulement pour les atteintes psychiatriques et non pour les atteintes somatiques.

En tout état de cause, le médecin-conseil de la défenderesse, le Dr G_____, ne conteste pas l'incapacité de travail dans le poste de travail habituel, mais se contente de considérer que le demandeur dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

13. a. Quant à la valeur probante des rapports médicaux, ils émanent certes des médecins traitants. Toutefois, il n'y a aucun indice que les avis de ceux-ci soient influencés par le lien de confiance particulier qui les lient au recourant. En effet,

comme déjà constaté, ils sont unanimes. Quant à la défenderesse, elle n'a procédé à aucun examen des atteintes somatiques par un expert ou son médecin-conseil.

Les conclusions des médecins du demandeur se fondent sur des examens cliniques complets et une bonne connaissance du dossier médical, ainsi que sur les plaintes du recourant, d'autant plus que, pour la plupart, ils ont suivi le recourant pendant des années.

Leurs conclusions sont motivées et convaincantes. En effet, le Dr C_____ motive l'incapacité de travail dans le poste de travail habituel par le fait que le recourant ne peut plus porter des charges ni supporter la position débout prolongée. Quant au Dr D_____, qui est assurément un spécialiste en chirurgie orthopédique et qui a opéré le recourant le 8 octobre 2013, il motive l'incapacité de travail en tant que mécanicien de maintenance par les lourdes opérations subies consistant en une arthrodèse ostéosynthèse des lombaires avec quatre vis et les limitations fonctionnelles en résultant.

Il est à cet égard à relever que la description du poste de technicien de maintenance comprend l'entretien des locaux et des bureaux de l'employeur dans une équipe de trois, la modification de l'agencement des bureaux et des installations, des tâches techniques (travaux d'électricité, téléphonie, plomberie, menuiserie, chauffage et ventilation), des tâches du superviseur de maintenance, le maintien de l'inventaire du mobilier et la commande de matériel, ainsi que toute autre tâche confiée par le service administratif ou le manager, comme le remplacement du personnel administratif malade ou absent (par exemple chauffeur).

Il est vrai que certaines tâches ne demandent pas d'effort physique. Toutefois, la majorité des celles-ci se rapportent à des travaux de force, comme l'entretien, la réparation et le déménagement de bureaux. Ces tâches exigent également une certaine agilité dans des positions inconfortables, notamment pour l'électricité, la plomberie et la menuiserie.

Partant, les appréciations des médecins du recourant concernant sa capacité de travail dans le poste habituel sont convaincantes, même si le recourant pourrait encore effectuer certaines tâches. Cependant, le poste de travail forme un tout et l'employé ne peut choisir de n'effectuer que les tâches légères.

b. Les Drs C_____ et D_____ ont par ailleurs constaté son incapacité de travail en temps réel et non rétroactivement.

Par la suite, le Dr F_____ a apprécié l'état de santé du recourant en 2019 et 2020. Ce médecin travaille dans le même établissement que le Dr D_____ qui a opéré et suivi le demandeur précédemment, de sorte qu'il est à supposer qu'il a accès à l'intégralité du dossier médical. Étant rhumatologue, il doit être considéré comme un spécialiste pour apprécier les atteintes à la santé du recourant. Comme cela ressort de son rapport du 19 septembre 2019, il a procédé à des examens très complets et a pris en considération des plaintes du recourant. Ses conclusions concernant l'évolution de l'état de santé et sa capacité de travail sont motivées et convaincantes.

En effet, il constate à l'examen clinique notamment un lasègue lombaire bilatéral, une raideur lombaire et douloureuse à la mobilisation avec des points douloureux lombaires paramédians droits.

Il sied ainsi reconnaître aux rapports médicaux produits par le demandeur une pleine valeur probante.

c. La défenderesse se prévaut de l'art. 5.2 du règlement, selon lequel un certificat médical délivré par un médecin suisse est exigé. Quant au demandeur, il se prévaut de la protection de la bonne foi.

Selon l'art. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), chacun est tenu d'exercer ses droits et d'exécuter ses obligations selon les règles de la bonne foi (al. 1). L'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé (al. 2). Il s'agit d'un principe général qui s'applique également en dehors du droit civil (ATF 141 III 210 consid. 5.2 p. 216).

En premier lieu, il y a lieu de constater que la défenderesse s'est contentée de certificats émanant de médecins français pour statuer initialement sur la demande de rente accordée au recourant dès le 15 octobre 2012. Elle-même a par ailleurs mis en œuvre un expert français en 2015 en la personne du Dr E_____. L'exigence d'un certificat médical délivré par un médecin suisse constitue ainsi un *venire contra factum proprium*. Par ailleurs, le demandeur est domicilié en France et par conséquent soigné dans ce pays. S'il devait se rendre en Suisse pour obtenir les certificats médicaux établissant son invalidité, les frais y relatifs seraient à sa charge. Enfin, il n'appert pas pourquoi une attestation émanant d'un médecin suisse aurait une plus grande valeur probante que celle établie par un médecin français. Il paraît par conséquent chicanier d'exiger un certificat suisse à une personne domiciliée et soignée à l'étranger. Cette exigence doit donc être considérée comme contraire à la bonne foi.

Partant, le demandeur doit être admis à apporter la preuve de ses allégués par la production de certificats médicaux émanant de médecins français. En tout état de cause, la défenderesse aurait pu mettre en œuvre une expertise, si ces certificats ne lui paraissaient pas convaincants, conformément à l'art. 5.2 du règlement. Ayant omis de le faire, elle a implicitement admis la validité de ceux-ci.

14. Dès lors que les rapports médicaux figurant dans le dossier établissent l'invalidité complète du demandeur dans son poste habituel et remplissent les exigences pour leur reconnaître une pleine valeur probante, la chambre de céans considère que l'instruction est complète et ne voit ainsi aucune nécessité de procéder à une expertise médicale judiciaire ni de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

15. Aux termes du règlement, l'invalidité est reconnue jusqu'à ce que l'assuré recouvre partiellement ou totalement sa capacité de travail ou jusqu'à l'âge normal de la retraite.

La première hypothèse n'est manifestement pas réalisée, selon les certificats du Dr F_____.

Quant à la date de retraite normale, elle correspond au premier jour du mois qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré masculin, selon l'art. 3.1 du règlement. Le demandeur étant né le 10 décembre 1960, il n'avait pas encore atteint l'âge de la retraite normale en juin 2019, de sorte qu'il a toujours droit à une rente d'invalidité.

Par conséquent, la défenderesse n'est pas en droit de supprimer la rente d'invalidité au motif que le demandeur pourrait solliciter une retraite anticipée.

Au demeurant, la défenderesse n'est pas habilitée à imposer à un assuré de prendre une retraite anticipée. Celle-ci devrait en outre être refusée en l'espèce, dès lors que l'art. 3.2 du règlement stipule que la retraite anticipée ne peut être demandée que "pour autant [que le participant] n'ait pas droit à des prestations provenant du régime d'assurance invalidité établi par le PLAN".

Cela étant, il n'y a aucun motif permettant à la défenderesse de revenir sur sa décision de reconnaissance de l'invalidité du demandeur.

Certes, l'art. 5.2 al. 3 du règlement prévoit que la fondation se réserve le droit de procéder à une réévaluation du degré d'invalidité tous les six mois ou plus souvent si nécessaire. Cela ne change cependant rien au fait qu'elle doit alors prouver que l'assuré a recouvré une capacité totale ou partielle pour mettre fin aux prestations. Tout au plus, elle peut exiger de l'assuré de nouveaux certificats médicaux confirmant son incapacité de travail. Quoi qu'il en soit, il est établi en l'espèce que l'incapacité de travail a perduré.

16. Selon l'art. 14.2 du règlement, les rentes sont revalorisées au 1er janvier de chaque année à condition qu'au moins six mois se soient écoulés depuis le premier versement de la rente. Une rente additionnelle ad hoc, recalculée tous les trois ans, est également accordée, à certaines conditions stipulées dans cette disposition.

    Cela étant, la défenderesse sera enjointe d'examiner, s'il y a lieu, de revaloriser les rentes du recourant et/ou lui octroyer une rente additionnelle.

17. Le demandeur réclame enfin des intérêts à 5% dès le 30 avril 2020.

    a. En matière d'intérêts moratoires en prévoyance professionnelle, en l'absence d'une disposition réglementaire particulière s'appliquant à l'institution de prévoyance concernée, il convient d'appliquer les art. 102 et suivants du CO (arrêt du Tribunal fédéral 9C_222/2014 du 6 mai 2014 consid. 2). L'institution de prévoyance est tenue de verser un intérêt moratoire à partir du jour de la poursuite ou du dépôt de la demande en justice sur le montant dû, conformément à l'art. 105 al. 1 CO (ATF 137 V 373 consid. 6.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_731/2016 du 14 juillet 2017 consid. 6).

    b. En l'espèce, le règlement contient des dispositions sur les intérêts dus entre le premier jour du transfert de la prestation d'entrée ou contribution volontaire jusqu'au

premier jour du mois au cours duquel les cotisations accumulées sont exigibles (taux minimum LPP; p. 6), et le partage des prestations de sortie et des parts de rente en cas de divorce (moitié du taux d'intérêt minimum LPP; art. 15.1 dernier alinéa). Au sujet des intérêts moratoires dus sur les arriérés de rente, le règlement est muet.

Le demandeur a ainsi droit à des intérêts moratoires de 5 % (art. 104 al. 1 CO) sur les arriérés de rente dus à compter du 10 mars 2020, date de la notification du commandement de payer, dès leur exigibilité.

18. Au vu de ce qui précède, la demande doit être admise et la défenderesse condamnée à verser au demandeur une rente de CHF 3'864.- par mois, augmentée de l'éventuelle revalorisation et/ou rente additionnelle dues en vertu de l'art. 14.2 du règlement, ainsi que des intérêts moratoires à compter du 10 mars 2020 dès l'exigibilité des rentes.

19. Le défendeur obtenant presque entièrement gain de cause, sauf en ce qui concerne les intérêts moratoires, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera octroyée à titre de dépens.

20. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

Préalablement:

2. Rejette la requête d'appel en cause de H_____ limited.

Principalement

3. Admet la demande.
4. Enjoint la défenderesse à calculer la revalorisation des rentes et l'éventuelle rente additionnelle dues en vertu de l'art. 14.2 du règlement concernant les prestations du plan de prévoyance s'appliquant aux employés ayant commencé chez B_____ avant le 1er juin 2007 et qui ont opté de rester dans ce plan, valable dès le 25 mai 2018, et à rendre une décision à ce sujet.
5. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une rente d'invalidité de CHF 3'864.- par mois dès juin 2019, augmentée de l'éventuelle revalorisation et/ou de la rente additionnelle selon l'art. 14.2 de ce règlement, avec intérêt à 5% à compter du 10 mars 2020, dès l'exigibilité de ces rentes.
6. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.

7. Dit que la procédure est gratuite.

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
Marguerite MFEGUE AYMON	Maya CRAMER

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