

GE_GERICHTE A/882/2021 vom 19. Januar 2022

GE Cour de justice, 2022-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_882_2021

FR: GE_GERICHTE A/882/2021 du 19 janvier 2022

IT: GE_GERICHTE A/882/2021 del 19 gennaio 2022

Erwägungen

E. 1

er 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 1^{er} janvier 2009 (ci-après: le règlement). Quoiqu'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 s'agit 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 concludants. 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 était 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 suffisante. 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 contraindiqué. 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 1^{er} 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 demandeur 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 lie 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 debout 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 s'agit 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 65^{ème} 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 1^{er} 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 1 er 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 Marguerite MFEGUE AYMON La présidente 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