

GE_GERICHTE A/3630/2020 vom 10. März 2022

GE Cour de justice, 2022-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3630_2020

FR: GE_GERICHTE A/3630/2020 du 10 mars 2022

IT: GE_GERICHTE A/3630/2020 del 10 marzo 2022

Erwägungen

E. 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).
La demande respecte en outre la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RSG E 5 10). Partant, elle est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du demandeur au versement, par la défenderesse, d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

E. 5

L'art. 10 LPP dispose que l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail ; pour les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle commence le jour où ils perçoivent pour la première fois une indemnité de chômage (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'art. 8 al. 3, à l'âge ordinaire de la retraite (art. 13 al. 2 let. a), en cas de dissolution des rapports de travail (let. b), lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (let. c), lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint (let. d). Durant un mois après la fin des rapports avec l'institution de prévoyance, le salarié demeure assuré auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité (al. 3). Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 4).
En l'espèce, le demandeur a travaillé, du 1^{er} mai 2013 au 31 août 2014, auprès de B_____ SA. À ce titre, il a été assuré pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse jusqu'au 30 septembre 2014, soit un mois après la fin des rapports de travail (art. 10 al. 3 LPP). Il convient d'examiner si le demandeur était assuré auprès de la défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité et, cas échéant, si l'on peut admettre l'existence d'une relation d'étroite connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité.

E. 6

E. 6.1

Conformément à l'art. 23 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'art. 24 al. 1 let. a LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de

70% au moins au sens de l'AI.![endif]>![if> Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est ou était affilié au moment de la survenance de l'événement assuré. Dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires. Selon la jurisprudence, la qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a ; ATF 118 V 45 consid. 5). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1).

E. 6.2

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. L'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale est à comparer au tableau clinique qui a conduit plus tard à l'attribution d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.48/05 du 25 avril 2006 consid. 4).![endif]>![if>

E. 6.3

La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure, en tant que condition du droit aux prestations, se définit d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 2.2, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 2 et les références citées). Elle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas retrouvé une capacité de travail de plus de 80% dans une activité lucrative adaptée durant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4 p. 62 et 4.5). Parmi les circonstances à prendre en compte, il y a la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative, ainsi que les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré reçoit pendant une longue période des indemnités journalières de l'assurance-chômage en tant que personne à la recherche d'un emploi qui dispose d'une aptitude entière au placement. On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 p. 22; arrêts du Tribunal fédéral 9C_100/2018 du 21 juin 2018 consid. 4.1.2 et 9C_569/2016 du 14 décembre 2016 consid. 3.2.1 et les

références).!

E. 7

!

E. 7.1

Selon la jurisprudence, l'on entend par incapacité de travail toute perte ou diminution de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son domaine d'activité. Afin que cette perte puisse devenir pertinente pour le droit de la prévoyance, elle doit qualitativement atteindre une certaine importance. Ainsi, une perte d'au moins 20% est exigée, d'après une pratique bien établie (ATF 144 V 58 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2; Marc HÜRZELER, in SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER, Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, Berne, 2020, n. 8 ad art. 23 LPP). De plus, la diminution de rendement doit être durable, dans le sens que le dommage à la santé à la base de cette diminution est susceptible, à long terme, de porter gravement atteinte à la capacité de travail de la personne assurée. Cette exigence n'est en principe pas remplie en cas d'absences répétées de courte durée pour cause de maladie de peu de jours ou de semaines isolées. En aucun cas, une atteinte à la santé qui n'a pas (encore) d'effet sur la capacité de travail de la personne assurée ne suffira pour le rattachement selon l'art. 23 LPP ; en particulier, des symptômes qui se sont déjà manifestés auparavant n'entraînent pas nécessairement une incapacité de travail (arrêts du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.3.1 ; 9C_315/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 49/03 du 23 septembre 2004 consid. 2.3). !

E. 7.2

Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance primordiale pour déterminer quelle institution de prévoyance est compétente. En droit de la prévoyance professionnelle, on ne peut renoncer à une preuve suffisamment claire en ce qui concerne sa survenance (Marc HÜRZELER, op. cit., n. 11 ad art. 23 LPP). Selon la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans le domaine, une perte de la capacité fonctionnelle de rendement est « en règle générale, mais pas obligatoirement », prouvée de manière satisfaisante par une incapacité de travail attestée en temps réel (« *echtzeitlich* ») par un médecin. Des suppositions ultérieures ainsi que des réflexions médicales spéculatives, telles que par exemple une incapacité de travail établie rétroactivement de manière médico-théorique après de nombreuses années, ne suffisent pas (arrêts du Tribunal fédéral 9C_162/2013 du 8 août 2013 consid. 2.1.2 ; 9C_653/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.4 et les références citées ; 9C_420/2015 du 26 janvier 2016 consid. 4.2.1). Est plutôt déterminant le fait de savoir si, quand et comment l'atteinte à la santé s'est manifestée de façon durable, acquérant ainsi une pertinence du point de vue du droit du travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 88/06 du 13 août 2007 consid. 5.1 ; B 61/06 du 23 octobre 2006 consid. 2.2 ; RSAS 2007 p. 480). L'atteinte à la santé doit avoir eu des effets significatifs sur le rapport de travail, c'est-à-dire que la perte de la capacité fonctionnelle de rendement doit s'être manifestée dans des aspects de droit du travail, par exemple, par une baisse de rendement qui a été constatée par l'employeur, voire un avertissement de l'employeur, ou des absences au travail pour des raisons de santé, qui sortent de l'ordinaire de par leur fréquence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_420/2015 du 26 janvier 2016 consid. 4.2.1 et les références citées). En outre, des évaluations médicales établies rétrospectivement, peuvent, dans certains cas, représenter un

complément de preuve important, en particulier en cas de tableaux cliniques avec une évolution instable, pour lesquels la succession de périodes d'incapacité de travail et de capacité de travail ne peut être évaluée de manière fiable qu'à la E_____ de constatations ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2013 du 24 février 2014 consid.

4.2.2).!endif]>!if>

E. 7.3

Les maladies évoluant par poussées telles que la sclérose en plaques ou la schizophrénie occupent une place particulière lorsqu'il s'agit d'apprécier la connexité temporelle. Les tableaux cliniques de ces maladies sont caractérisés par des symptômes évoluant par vagues, avec des périodes alternantes d'exacerbation et de rémission. La jurisprudence essaie de tenir compte de ce fait en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce (Marc HÜRZELER, in LPP et LFLP, 2010, n. 29 ad art. 23 LPP). Des critères trop sévères dans l'appréciation de la connexité temporelle dans les cas de maladies évoluant par poussées conduiraient à ce que l'institution de prévoyance tenue à prestations lorsque la maladie s'est déclarée serait régulièrement appelée à verser les rentes lors de poussées ultérieures invalidantes, quand bien même l'assuré aurait connu depuis d'assez longues périodes durant lesquelles sa capacité de travail se serait rétablie et aurait été mise en valeur dans le cadre de plusieurs contrats de travail, même brefs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.12/03 du 12 novembre 2003 consid. 3.2.1). En matière de maladies évoluant par poussées, il est toutefois central que la question de l'existence d'une connexité temporelle se pose seulement si la survenance d'une incapacité de travail invalidante pendant la durée de rapport de travail et du rapport de prévoyance pertinent, est suffisamment prouvée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2 ; Marc HÜRZELER, op. cit., n. 30 ad art. 23 LPP).!endif]>!if>

E. 8

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).!endif]>!if> Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 9

!

E. 9.1

En l'espèce, la défenderesse refuse d'accorder au demandeur une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle. Elle ne s'estime pas liée par la décision de l'OAIE – reconnaissant à l'intéressé une totale incapacité de travail dans toute profession dès le 1^{er} janvier 2014 –, dès lors que la demande de prestations faite à l'OAIE était tardive. Elle ajoute que, même si l'on devait admettre l'existence d'un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail et les troubles ayant conduit à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, le lien de connexité temporelle ferait quoi qu'il en soit défaut, au vu notamment des ARE que le demandeur a reçues dès avril 2016 et du fait qu'il a été employé pendant trois mois à la fin de la même année. De son côté, le demandeur juge « indiscutable » l'existence d'une relation de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail qu'il a présenté en 2014 et l'invalidité. Il rappelle avoir bénéficié de certificats d'incapacité de travail « en temps réel » par le Dr C_____, notamment les 12 mai et 2 juin 2014. Par ailleurs, il fait valoir que les périodes d'indemnisation par l'assurance-chômage, de même que la période d'emploi invoquée par la défenderesse, ne sont pas susceptibles d'interrompre le lien de connexité temporelle, dès lors que ces périodes de chômage sont brèves, qu'elles n'ont pas la même valeur que du travail effectif et qu'à la fin de l'année 2016, il a par deux fois été en incapacité de travail, pour une durée totale de 19 jours. Compte tenu par ailleurs des notes d'entretien prises par le Dr C_____, on ne saurait raisonnablement considérer qu'il a recouvré une pleine capacité de travail en 2016-2017.

E. 9.2

D'emblée, il convient de relever qu'indépendamment de la participation éventuelle de la défenderesse à la procédure de l'assurance-invalidité – elle s'est vu notifier le projet de décision du 25 novembre 2019 –, les constatations de l'OAIE relatives au début de l'incapacité de travail n'ont pas force obligatoire pour AXA. En effet, selon le dispositif de la décision du 31 janvier 2020, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019, six mois après le dépôt de sa demande. Cette décision constate cependant que le délai de carence d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI a commencé à courir le 1^{er} janvier 2014. Dans la mesure où cette dernière date ne joue aucun rôle pour fixer la naissance du droit à la rente d'invalidité, qui a été déterminée conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en fonction du moment auquel l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (le 8 avril 2019) et en tenant compte d'un délai de six mois après celui-ci, elle n'a pas de caractère contraignant pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4 ; 9C_928/2013 et les références citées). Il n'y a en effet aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande. L'institution de prévoyance défenderesse était donc en droit d'examiner librement les conditions du droit à la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, notamment celles ayant trait à l'existence d'un lien de connexité temporelle et matérielle entre l'incapacité de travail et l'invalidité. Ces conditions doivent être examinées ci-dessous.

E. 9.3

Le demandeur a été affilié à AXA du 1^{er} mai 2013 au 30 septembre 2014 (art. 10 al. 1 et 3 LPP). Dans sa décision, l'OAIE a retenu que l'incapacité de travail du demandeur a débuté le 1^{er} janvier 2014. Cette constatation repose sur l'appréciation rédigée en novembre 2019 par son médecin-conseil, le Dr S _____, lequel a retenu que l'assuré présentait un trouble affectif bipolaire « depuis 2014 », en se référant au rapport du Dr C _____ du 18 mars 2019. Dans ce document, le Dr C _____ relatait que l'assuré avait présenté ses premiers troubles psychiques en janvier 2014 (dépression sévère, apathie, troubles de l'humeur et troubles du sommeil), lesquels avaient rapidement conduit à un licenciement. L'assuré avait été pris en charge par un psychiatre à Annemasse en 2014, puis hospitalisé au Centre Hospitalier G _____, avant de subir deux nouvelles hospitalisations en 2015. On ajoutera que le Dr C _____ a prescrit à l'assuré un arrêt de travail dès le 12 mai 2014, lequel a ensuite été prolongé jusqu'au 11 juin 2014. L'assuré a été licencié le 12 juin 2014, soit le jour de sa reprise d'activité. À l'instar de ce que fait valoir le demandeur et au regard des rapports versés au dossier, on peut raisonnablement admettre que l'incapacité de travail, puis l'invalidité, ont pour origine un trouble affectif bipolaire, qui s'est manifesté dès janvier 2014 et a donné lieu à un arrêt de travail dès mai 2014, c'est-à-dire pendant l'affiliation de l'assuré auprès d'AXA. La condition de connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue en 2014 et l'invalidité est donc remplie, quoi qu'en dise la défenderesse.

E. 9.4

Cela étant précisé, il reste à examiner s'il existe une relation d'étroite connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant l'affiliation du demandeur et l'invalidité ultérieure, ayant conduit à l'octroi, dès le début de l'année 2019, d'une rente d'invalidité, respectivement d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale française. La défenderesse le conteste, en soulignant que le demandeur a reçu des ARE de l'assurance-chômage française pendant une longue durée, à tout le moins entre avril 2016 et novembre 2017, ce qui suppose nécessairement que, pendant la période considérée, il était apte au placement et recherchait effectivement un emploi. Elle souligne par ailleurs que le demandeur a bénéficié d'un contrat de travail entre septembre et décembre 2016.

E. 10

E. 10.1

Avant toute chose, on relèvera que selon l'art. L5421-3 du Code du travail français, la condition de recherche d'emploi requise pour bénéficier d'un revenu de remplacement est satisfaite dès lors que les intéressés sont inscrits comme demandeurs d'emploi et accomplissent [] des actes positifs et répétés en vue de retrouver un emploi, de créer, reprendre ou développer une entreprise. L'art. L5422-1 du Code du travail précise qu'ont droit à l'allocation d'assurance les travailleurs aptes au travail et recherchant un emploi qui satisfont à des conditions d'âge et d'activité antérieure []. Le règlement général annexé à la convention du 14 mai 2014 relative à l'indemnisation du chômage (accessible à l'adresse <https://www.unedic.org/sites/default/files/regulations/RglACh14.pdf>) précise, à son art. 4, que pour les salariés privés d'emploi et justifiant d'une période d'affiliation suffisante (art. 3), les conditions d'attributions de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) sont les suivantes : être inscrit comme demandeur d'emploi ou accomplir une action de formation inscrite dans le projet personnalisé d'accès à l'emploi ; être à la recherche

effective et permanente d'un emploi ; ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite ; être physiquement apte à l'exercice d'un emploi []. ![endif]>![if> Il découle de ce qui précède que les conditions d'attribution de l'ARE en France exigent du salarié qu'il soit apte à travailler et qu'il recherche effectivement un emploi. Ces conditions se recoupent dans une large mesure avec celles fixées par le droit suisse pour l'octroi de l'indemnité de chômage, lesquelles supposent l'aptitude au placement du chômeur (cf. art. 8 et 15 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 [LACI - RS 837.0]).

E. 10.1.1

Par ailleurs, on rappellera que selon la jurisprudence, lorsque l'assuré a perçu des indemnités de chômage, il convient de prendre en considération la situation telle qu'elle apparaît de l'extérieur pour apprécier la relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité au sens de l'art. 23 let. a LPP (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 p. 22 s.; arrêts du Tribunal fédéral des assurances B 100/02 du 26 mai 2003 consid. 4.1; B 18/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.2.1 in fine et les références). ![endif]>![if>

E. 10.2

En l'espèce, il est constant qu'en avril 2016, le demandeur s'est inscrit au chômage en France en qualité de demandeur d'emploi apte au placement, donnant ainsi aux tiers l'impression de disposer d'une capacité de travail entière. Dans ce contexte, le recourant a notamment bénéficié de 513 jours d'allocations de chômage (191 jours du 19 avril au 22 novembre 2016, puis 322 jours du 9 janvier au 26 novembre 2017) entre le 19 avril 2016 et le 26 novembre 2017, soit pendant une période d'environ 19 mois, laquelle a néanmoins été entrecoupée par deux brefs arrêts de travail totalisant 19 jours à la fin de l'année 2016 (5 jours du 23 au 27 novembre 2016, puis 14 jours du 6 au 19 décembre 2016), puis par deux hospitalisations dans le courant de l'année 2017 (du 22 au 26 juin 2017, puis du 23 août au 6 octobre 2017). En outre, la Cour de céans constate que le demandeur a travaillé, durant cette période de chômage, en tant que technicien de maintenance, du 28 septembre au 30 décembre 2016, dans le cadre d'un contrat intérimaire, à raison d'environ 35 h./sem. Dans le questionnaire de l'assurance-invalidité destiné à l'employeur, l'agence de travail temporaire a précisé ne pas avoir reçu de rapport médical attestant de restrictions particulières concernant l'assuré. Il en résulte qu'à tout le moins pendant les sept mois de chômage effectués entre le 19 avril et le 22 novembre 2016 – période qui comprend environ deux mois de travail effectif à plein temps –, ainsi que pendant les cinq mois et demi de chômage intervenus entre le 9 janvier et le 21 juin 2017 (soit jusqu'au séjour aux Hôpitaux du F_____), le demandeur a été jugé apte au travail par les organes français de l'assurance-chômage – sans faire l'objet d'arrêts de travail – et ne présentait donc pas d'incapacité de travail déterminante du point de vue de la prévoyance professionnelle. ![endif]>![if> Cette appréciation est renforcée par le fait que l'état de santé du recourant n'a conduit à aucune hospitalisation entre le mois de novembre 2015 et la fin du mois de juin 2017, soit pendant plus d'une année et demie, comme le fait remarquer la défenderesse. De surcroît, il ressort du rapport (cf. pièce 44 du dossier de l'OAIE) rédigé par le médecin-conseil de la CPAM, le Dr M_____, qu'une expertise réalisée en France en 2018 a alors conclu que le demandeur présentait une pleine « capacité de gain ». Ce n'est finalement qu'en janvier 2019, suite à une nouvelle décompensation psychique ayant incité le médecin traitant à « refaire une demande de mise en invalidité » (cf. idem), que la CPAM a reconnu à l'assuré une totale incapacité de travail et de gain, justifiant le versement d'une

pension d'invalidité dès le 1^{er} février 2019. Aussi, dans la mesure où le demandeur laisse entendre que son état de santé n'a jamais connu d'amélioration depuis 2014, de sorte que sa capacité de travail serait toujours demeurée nulle, son argumentation n'emporte pas la conviction. Une telle conclusion ne peut pas non plus être déduite des notes d'entretien succinctes du Dr C_____, qui se limitent pour l'essentiel à décrire les plaintes de l'assuré en relation avec des troubles du sommeil. Sous l'angle de la prévoyance professionnelle, il apparaît bien plutôt décisif que le demandeur, bénéficiaire de prestations de l'assurance-chômage, ne se soit vu prescrire aucun arrêt de travail entre avril 2016 et juin 2017, sous réserve d'une brève période d'environ trois semaines en novembre-décembre 2016, comme on l'a vu.

E. 10.3

Dans ces circonstances, l'avis rétrospectif du Dr C_____ du 24 mars 2020, produit suite au refus de prestations d'AXA et à teneur duquel le recourant aurait présenté une totale incapacité de travail depuis le premier trimestre de l'année 2014, y compris pendant les périodes de chômage, ne suffit pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.3), la persistance d'une incapacité de travail durable entre le 19 avril 2016 et le 21 juin 2017. Outre le fait que le médecin-conseil de la CPAM n'a pas reconnu à l'assuré d'incapacité de travail avant janvier 2019 (la capacité de travail était jusqu'alors entière, selon son rapport), force est de constater que les périodes durant lesquelles l'intéressé a reçu des allocations de chômage en 2016 et 2017 sont suffisamment longues pour interrompre le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue antérieurement au 19 avril 2016 et l'invalidité ayant conduit au versement d'une rente, respectivement d'une pension par l'OAIE et par la sécurité sociale française dès 2019 (cf. par ex. arrêts du Tribunal fédéral 9C_714/2017 du 6 septembre 2018 consid. 6.2.3 [concernant une assurée souffrant d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile décompensé et d'une anorexie mentale] et 9C_928/2013 du 20 février 2014 consid. 4.2.2 [concernant un assuré souffrant d'une schizophrénie de type paranoïde]).!

E. 10.4

Pour le reste, il ne sera pas donné suite à la requête du demandeur tendant à la mise en œuvre d'une expertise portant sur sa capacité de travail dès janvier 2014 et sur la « cause médicale de ses incapacités de travail subséquentes ». En effet, la Cour de céans dispose de suffisamment d'éléments au dossier pour se prononcer en connaissance de cause sur le droit du demandeur à des prestations d'invalidité de la part de la défenderesse, de sorte qu'il convient de renoncer à administrer les preuves requises (sur l'appréciation anticipée des preuves en général, cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).!

E. 10.5

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue pendant les rapports de prévoyance et la survenance de l'invalidité du recourant a été interrompu, de sorte que la défenderesse n'est pas tenue de prêter. Sur ce point, la demande doit être rejetée.!

E. 11

!

E. 11.1

En dernier lieu, le demandeur reproche à la défenderesse de n'avoir produit ses pièces qu'en un seul exemplaire et d'avoir refusé de lui en transmettre un second gratuitement, ce à quoi il estime avoir le droit en vertu du principe de gratuité de la procédure prévu par la législation en matière de prévoyance professionnelle. Dès lors, il réclame à la défenderesse le remboursement de la somme de CHF 150.-, dont il s'est acquitté à sa demande pour se voir délivrer une copie desdites pièces. De son côté, la défenderesse estime avoir satisfait à ses obligations en transmettant à la Cour un seul jeu de pièces.

E. 11.2

Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) comprend, de manière générale, le droit de prendre connaissance du dossier, d'obtenir l'administration des preuves pertinentes et valablement offertes, de participer à l'administration des preuves essentielles et de se déterminer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 124 I 49 consid. 3a, 241 consid. 2; 122 I 109 consid. 2a; 114 Ia 97 consid. 2a et les références citées). Le droit d'accès au dossier comprend celui de consulter les pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant que cela n'entraîne aucun inconvénient excessif pour l'administration (ATF 126 I 7 consid. 2b ; ATF 122 I 109 consid. 2d et les arrêts cités). Selon un (ancien) arrêt du Tribunal fédéral, le droit d'être entendu ne confère pas aux particuliers le droit de se voir notifier les pièces du dossier (ATF 108 Ia 5 consid. 2b). Dans un arrêt plus récent, notre Haute-Cour a laissé ouverte la question de savoir si l'envoi du dossier à l'avocat mandaté dans le cadre d'une procédure pénale était une modalité essentielle de l'accès au dossier, garantie en principe par l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 122 I 109 consid. 2).

E. 11.3

Toujours au sujet du droit d'accès au dossier, on relèvera que, dans deux procédures qui concernaient des demandes d'envoi de pièces adressées directement à l'assureur et pour lesquelles la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (LPD - RS 235.1) était applicable (ATF 125 II 323 consid. 3 et les références, cf. également ATF 127 V 219 consid. 1b), le Tribunal fédéral a précisé que l'interprétation traditionnelle selon laquelle il n'y a pas de violation du droit d'être entendu lorsqu'un assureur refuse d'envoyer des copies du dossier à un administré non représenté par un avocat, tout en autorisant la consultation du dossier dans ses locaux, n'était plus compatible avec les principes relatifs à la communication des données personnelles dans le domaine des assurances sociales. L'assuré a donc en principe le droit – moyennant une éventuelle participation aux frais – de recevoir une copie de son dossier (ATF 125 II 321 consid. 3). Cela étant, ce droit de recevoir le dossier, pour consultation, à l'étude de l'avocat n'existe qu'à l'égard de l'assureur, à l'exclusion des juridictions administratives.

E. 11.4

L'art. 73 LPP prévoit une procédure simple, rapide et, en règle générale, gratuite, régie par la maxime inquisitoire. La procédure devant le tribunal de la prévoyance professionnelle est réglée par le droit cantonal (Ulrich MEYER / Laurence UTTINGER, in SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER, Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, Berne 2020, n. 85 ad art. 73 LPP). Selon la jurisprudence, seule la partie qui agit de manière téméraire ou qui témoigne de légèreté peut être condamnée à supporter les frais judiciaires. Le principe de limitation de la gratuité dans le cas d'une conduite téméraire et légère constitue un principe général de procédure du droit fédéral des assurances sociales

(ATF 126 V 143 consid. 4a ; ATF 118 V 316 consid. 3c). ![/endif]>![if>

E. 11.5

L'art. 85b al. 1 (let. a) LPP prescrit que l'assuré a le droit de consulter son dossier, dans la mesure où les intérêts prépondérants sont sauvegardés. Les lettres a à e de la même disposition déterminent le cercle des personnes et autorités habilitées à consulter le dossier. Dans le domaine de la prévoyance professionnelle, cette disposition vise à établir dans quels cas l'institution de prévoyance est autorisée à accorder le droit de consulter le dossier (Kurt PÄRLI, in Commentaire des assurances sociales suisses, LPP et LFLP, n. 3 ad art. 85b LPP). Elle constitue le pendant du droit d'accès en matière de protection des données inscrit à l'art. 8 LPD. Selon l'art. 8 al. 5 LPD, en relation avec l'art. 2 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données du 14 juin 1992 (OLPD - RS 235.11), les renseignements sont, en règle générale, fournis gratuitement et par écrit, sous forme d'imprimé ou de photocopie, sauf dans les cas où la communication des renseignements demandés occasionne un volume de travail considérable. Le droit d'accès en matière de protection des données et le droit de consulter dans le cadre d'une procédure ne se recoupent toutefois qu'en partie : le droit d'accès en matière de protection des données vise à créer les conditions pour pouvoir faire valoir les prétentions ressortant de la protection des données. À l'inverse, le droit de consulter le dossier dans le cadre d'une procédure portant sur des prestations d'assurance – telle que la présente cause, par exemple – est de nature procédurale ; il ne découle pas du droit d'accès tel que prévu dans les dispositions en matière de droit de la protection des données (ATF 139 V 492 consid. 3.2). En d'autres termes, lors d'une procédure administrative en cours, si une question relative à la protection des données est posée, elle doit être tranchée dans cette procédure en fonction des dispositions de la législation spéciale ; en revanche, s'il s'agit d'un problème qui surgit en dehors d'une procédure administrative, il faut suivre la procédure prévue par la LPD (ATF 123 II 534 consid. 1b).![/endif]>![if>

E. 11.6

Au regard de ce qui précède, la Cour de céans constate qu'aucune obligation à charge de l'institution de prévoyance défenderesse de transmettre gratuitement un second exemplaire des pièces produites à l'appui de sa réponse ne peut être déduite de la LPP, de la LPD (dont le demandeur ne peut se prévaloir dans le cadre d'une procédure portant sur des prestations d'assurance, conformément à la jurisprudence citée), de la LPGA (ATF 140 V 499 consid. 5.2.3) ou du droit d'être entendu garanti par la Constitution fédérale (art. 29 al. 2 Cst, cf. supra consid. 11.2). ![/endif]>![if> Il convient donc d'examiner – puisque la question se pose dans le cadre d'une procédure devant le tribunal cantonal compétent en matière de prévoyance professionnelle (art. 73 LPP) – si une éventuelle obligation pour la partie défenderesse de remettre gratuitement un deuxième exemplaire de ses pièces résulte du droit cantonal de procédure applicable, soit en l'occurrence la LPA (s'agissant du renvoi au droit cantonal de procédure, cf. arrêt du Tribunal fédéral du 9C_590/2009 du 26 mars 2010, portant sur la fixation d'une indemnité de dépens dans le cadre d'une procédure fribourgeoise).

E. 11.7

À Genève, le droit de consulter le dossier et son étendue sont réglés à l'art. 44 LPA. Selon cette disposition applicable dans la procédure devant la Cour de céans par le renvoi de l'art. 89A LPA, dès le dépôt d'un recours, les parties sont admises en tout temps à consulter le

dossier soumis à la juridiction saisie (al. 2). L'autorité délivre copie des pièces contre émolument (al. 4). L'art. 44 permet de consulter le dossier, mais non de demander l'envoi de la copie d'une pièce spécifique par correspondance, ni a fortiori la remise en prêt du dossier original (arrêts de la Chambre administrative de la Cour de justice ATA/769/2015 du 28 juillet 2015 consid. 4c et ATA/192/2016 du 1^{er} mars 2016 consid. 4b). S'agissant des émoluments pour les photocopies, l'art. 7 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03) indique que par photocopie, télécopie ou impression de page (ou fraction de page), au-delà de 10 pages et jusqu'à 20 pages, il est perçu un montant forfaitaire de CHF 30.-, puis CHF 1.- supplémentaire par page à partir de la 21^{ème} (al. 1). La Chambre constitutionnelle de la Cour de justice a jugé que le montant de CHF 1.- pour la copie d'une page dans le canton de Genève – que ce soit pour une photocopie ou la numérisation de documents remis ensuite sous forme électronique – était conforme au principe de l'équivalence de la couverture des frais (ACST/19/2015 du 15 octobre 2015). Selon l'art. 89B LPA, la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice [] (al. 1). Le cas échéant, la décision attaquée et les pièces invoquées sont jointes (al. 2). La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice remet un double de la demande ou du recours à la partie défenderesse ou intimée et lui fixe un délai pour sa réponse (al. 4). L'art. 89H al. 1 LPA prescrit que, sous réserve des procédures portant sur l'octroi ou le refus de prestations fondées sur la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, la procédure est gratuite. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice statue dans les limites établies par règlement du Conseil d'Etat (al. 1). Les débours sont avancés par le greffe. Toutefois, l'avance des frais d'expertise peut être requise de la part de l'assureur lorsque l'état de son dossier rend une telle mesure indispensable (al. 2). En dérogation à l'alinéa 1, les procédures portant sur l'octroi ou le refus de prestations fondées sur la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959, sont soumises à des frais de justice. Ces frais sont fixés par règlement du Conseil d'Etat (al. 4). Selon l'art. 2 LPFA, l'émolument d'arrêt n'excède, en règle générale, pas CHF 10'000.-. Enfin, en vertu de l'art. 3 LPFA, les débours de la juridiction administrative comprennent notamment les indemnités des témoins et des experts, ainsi que le coût des traductions écrites ou orales qui sont requises ou approuvées par la juridiction.

E. 11.8

À la lecture des dispositions reproduites ci-dessus, on constate que la LPA, à la différence notamment de ce que prescrit l'art. 131 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC - RS 272] (« un exemplaire des actes et des pièces [] est déposé pour le tribunal et un exemplaire pour chaque partie adverse ; à défaut, le tribunal peut [] faire les copies utiles aux frais de cette dernière ») ne prévoit aucune obligation, à charge de la partie défenderesse, de transmettre gratuitement un second exemplaire des pièces annexées à sa réponse. À rigueur de texte, seule la demande doit être adressée en deux exemplaires à la juridiction, accompagnée des pièces invoquées. Quant au principe de gratuité de la procédure prévu par les art. 73 LPP et 89H LPA, il s'applique à la Cour de céans – qui, en règle générale, statue sans percevoir d'émolument, ni mettre de frais de justice à la charge de la partie qui succombe, notamment d'éventuels frais d'expertise –, mais l'on ne saurait en déduire d'obligation particulière à l'égard de la défenderesse. Dès lors, la défenderesse n'a pas enfreint le droit en subordonnant la transmission d'un second

exemplaire des pièces annexées à sa réponse – dont la copie du dossier AI requise par le demandeur – à une participation aux frais de CHF 150.-. Cela peut tout au plus être qualifié de manque de collaboration de la part du conseil de la défenderesse envers l'un de ses confrères. Le montant de la participation n'est quant à lui pas contesté en tant que tel par le demandeur et n'apparaît au demeurant pas disproportionné, au regard du volume des pièces litigieuses, respectivement du temps raisonnablement nécessaire à leur copie et leur envoi. C'est le lieu de rappeler que, dans une affaire portant sur la consultation d'un dossier d'assurance-maladie, le Tribunal fédéral a confirmé un jugement de la Commission fédérale de la protection des données fixant une participation aux frais de CHF 200.-, alors que le dossier de la caisse-maladie n'était pas d'une ampleur considérable (cf. ATF 125 II 321 précité consid. 3b). Dans une autre procédure, le Tribunal administratif fédéral a confirmé une décision de l'office fédéral des migrations, fixant à CHF 120.- les frais exigés d'un administré pour la copie et l'envoi d'un extrait de son dossier d'asile (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1307/2007 du 4 septembre 2008 consid. 3). Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause la participation aux frais requise par la défenderesse pour la transmission d'un second exemplaire de ses pièces. La conclusion du demandeur tendant au remboursement de cette participation est donc écartée.

E. 12

Entièrement mal fondée, la demande ne peut qu'être rejetée.![endif]>![if>

E. 13

La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).![endif]>![if> *****
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la
forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.