



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1303/2025

ATAS/38/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2026

Chambre 6

En la cause

A _____
représenté par Mes Alexia RAETZO et Amel BENKARA,
avocates

demandeur

contre

LA COLLECTIVE DE PRÉVOYANCE – G _____
représentée par Mes Anne TROILLET et Christophe
CHATELANAT, avocats

défenderesses

CAISSE DE PENSION POUR AXA SUISSE
représentée par Me Pierre BYDZOVSKY, avocat

**AXA FONDATION PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE,
WINTERTHUR,**
représentée par Me Didier ELSIG, avocat

**CPCV CAISSE DE PENSION DE LA CONSTRUCTION DU
VALAIS**

**FONDATION SUISSE DES PARTENAIRES SOCIAUX
POUR L'INSTITUTION SUPPLÉMENTIVE SELON L'ART. 60
LPP**

appelée en
cause

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** a. A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1983, marié et père de trois enfants nés en 2011, 2013 et 2014, a été engagé en qualité de spécialiste en prévoyance professionnelle au sein de B_____ (ci-après : B_____) en date du 1^{er} juin 2012.
- b. À ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la CPCV CAISSE DE PENSION DE LA CONSTRUCTION DU VALAIS (ci-après : CPCV).
- c. Dans le cadre de son activité, l'assuré était également assuré, à compter du 1^{er} janvier 2014, auprès d'AXA FONDATION PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE, WINTERTHUR (ci-après : AXA COMPLÉMENTAIRE) dans le cadre d'un « plan risques ».
- B.** a. À compter du 19 mai 2015, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale. Selon le rapport du 16 juillet 2015 du docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présentait un épisode dépressif moyen (F32.1), en raison duquel un traitement psychiatrique avait été instauré en ambulatoire pendant un mois, de même qu'un traitement médicamenteux.
- b. Dans un rapport du 2 octobre 2015, le docteur D_____, médecin chef de clinique auprès du centre hospitalier E_____, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32), en précisant que l'assuré avait repris le travail en date du 22 août 2015 à 20%.
- c. Le 17 novembre 2015, l'office cantonal AI du Valais (ci-après : l'OAI) a reçu une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles / rente) de l'assuré, dans laquelle ce dernier indiquait qu'il souffrait d'une dépression et d'un *burn-out* et qu'il était « en rémission, reprise progressive ».
- d. Par décision du 28 juin 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que celui-ci avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain au 1^{er} mai 2016, soit avant le terme du délai d'attente légal.
- e. Le 5 septembre 2016, l'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité de travail totale. Selon le rapport médical du 21 septembre 2016 établi par le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il souffrait d'une dépression majeure avec éléments psychotiques (F32.3) et d'un trouble de la personnalité non spécifié (F60).
- f. Le 22 janvier 2017, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI (mesures professionnelles / rente) auprès de l'OAI, en expliquant qu'il avait subi, le 7 septembre 2016, une rechute de la dépression mentionnée dans sa précédente demande.

g. Les rapports de travail entre l'assuré et l'B_____ ont pris fin en date du 31 janvier 2017.

h. Par décision du 6 juin 2017, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité, au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail entière au 1^{er} février 2017, soit avant le terme du délai d'attente légal.

i. Entre les mois de février et de septembre 2017, l'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage d'un montant de CHF 41'622.-.

j. En date du 2 octobre 2017, l'assuré a été engagé par G_____(ci-après : G_____).

En sa qualité d'employé de la caisse de pension, l'assuré était affilié auprès de cette dernière pour la prévoyance professionnelle.

k. À compter du 12 janvier 2018, l'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travail, laquelle a été prolongée par le Dr F_____ jusqu'au 30 juin 2018.

l. Par courrier du 22 mars 2018, G_____ a résilié les rapports de travail de l'assuré avec effet au 30 avril suivant.

m. Dans un rapport médical du 10 avril 2018, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 12 janvier 2018 en raison d'une réapparition des idéations suicidaires et de difficultés à supporter la pression. Il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9). Le pronostic était réservé en raison du caractère récurrent du trouble.

n. À teneur d'une note d'entretien du 16 mai 2018, l'assuré a indiqué à ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, assurance perte de gain maladie de G_____, qu'il pensait avoir repris trop vite un travail très exigeant et stressant en septembre 2017.

o. Le 21 mai 2018, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI (mesures professionnelles / rente), en indiquant qu'il souffrait d'une dépression depuis le 12 janvier 2018.

p. À teneur du rapport médical du 4 juin 2018 établi par le Dr F_____, l'assuré avait repris le travail au mois de septembre 2017 dans un emploi du même type que le précédent. Une réapparition d'angoisses massives, accompagnées d'idées de mort élaborées et construites, avait été constatée. Une tentative d'autolyse médicamenteuse avait nécessité une remise à l'arrêt. Le Dr F_____ mentionnait également que l'assuré présentait une « récupération progressive dans les suites de l'arrêt, non remise en cause par le licenciement ».

q. Dans son rapport médical du 18 juin 2018, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} juin précédent. Les diagnostics présentés étaient les mêmes que dans son rapport du 10 avril 2018.

L'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée à son état de santé.

r. Durant les mois de juillet et août 2018, l'assuré a perçu des indemnités de l'assurance-chômage à hauteur de CHF 7'602.- et était en incapacité de travail à hauteur de 50%.

s. À teneur du rapport d'« *assessment* » de l'OAI du 28 août 2018, l'assuré a mentionné qu'il n'était pas suffisamment solide au moment où il avait entamé son activité au sein de G_____ et qu'il avait certainement repris le travail trop tôt. Il allait débiter un nouvel emploi de conseiller en prévoyance à compter du 1^{er} septembre 2018. Il se sentait plus solide qu'au moment où il avait débuté son activité chez G_____, même s'il avait quelques craintes en vue du début de son prochain emploi. Il craignait en effet de subir des « coups de mou » et de ne pas réussir à assumer ce poste qui risquait d'être exigeant. L'OAI relevait qu'il existait des risques que l'assuré soit à nouveau en incapacité de travail dans la mesure où il paraissait encore fragile psychologiquement.

t. L'assuré a été employé à compter du 1^{er} septembre 2018 par H_____ et a été affilié auprès de la CAISSE DE PENSION POUR AXA SUISSE (ci-après : AXA SUISSE).

u. En raison des incapacités de travail précédentes de l'assuré, AXA SUISSE a émis, en date du 25 octobre 2018, une réserve jusqu'au 31 août 2023, en indiquant qu'en cas d'incapacité de gain imputable aux troubles psychiques, l'assuré n'aurait droit qu'aux prestations légales minimales de la prévoyance obligatoire.

v. Durant un entretien téléphonique du 15 novembre 2018 avec l'OAI, l'assuré a expliqué qu'il allait demander au Dr F_____ un arrêt de travail de quelques jours pour se reposer. Il éprouvait des difficultés à remplir son cahier des charges, plutôt en raison de ses lacunes, et pensait avoir visé trop haut avec ce poste.

w. L'assuré s'étant à nouveau trouvé en incapacité de travail complète du 13 au 16 novembre 2018, puis à compter du 19 novembre suivant, son employeur l'a licencié avec effet au 30 novembre 2018.

x. Le 8 février 2019, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré se trouvait toujours en incapacité de travail totale, en reprenant les diagnostics qu'il avait retenus précédemment.

C. a. Par communications des 14 janvier, 14 mars et 15 avril 2019, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un reconditionnement auprès des ateliers I_____ du 11 février au 25 mai 2019.

b. Le 27 mai 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge des mesures de réinsertion sous forme d'entraînement progressif auprès des ateliers I_____ du 27 mai au 14 juillet 2019. Cette mesure de réinsertion a été prolongée

jusqu'au 29 septembre 2019. L'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité dans ce contexte.

c. En date du 28 mai 2019, l'assuré a effectué, à la demande de l'OAI, un examen clinique psychiatrique auprès du docteur J_____, médecin psychiatre du service médical régional (ci-après : SMR).

d. Le 5 septembre 2019, le Dr J_____ a rendu son rapport, en retenant les diagnostics de maladie bipolaire, épisode actuel de dépression sévère (F31.4), d'anxiété généralisée (F41.1) et de personnalité dépendante (F60.7). D'après le Dr J_____, les épisodes dépressifs subis par l'assuré depuis 2015 avaient été suivis de périodes d'améliorations suffisantes pour que l'on puisse parler de rémissions. Compte tenu du diagnostic de maladie bipolaire, l'assuré devait être mis sous traitement normothymique le plus rapidement possible. Selon le Dr J_____, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, même si elle était susceptible de s'améliorer avec un traitement mieux adapté. La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée s'élèverait probablement à 80% avec une prise en charge adaptée.

e. Dans son rapport du 5 septembre 2019, le docteur K_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, se fondant sur le rapport du Dr J_____, a retenu l'existence d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F31.4), au titre de diagnostic incapacitant. L'anxiété généralisée de niveau faible à moyen (F41.1) et la personnalité dépendante de l'assuré étaient considérées comme des diagnostics n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. L'instauration d'un traitement stabilisateur de l'humeur était exigible.

Selon le médecin du SMR, la capacité de travail de l'assuré, dans son activité habituelle, était nulle du 12 janvier au 31 mai 2018, puis de 50% jusqu'au 31 août 2018 et de 100% jusqu'au 18 novembre 2018, avant d'être à nouveau nulle à compter du 19 novembre 2018. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était nulle du 19 novembre 2018 au 27 mai 2019, de 60% du 28 mai au 31 juillet 2019 et de 70% à compter du 1^{er} août 2019.

f. En date du 20 septembre 2019, le docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil d'M_____SA, assurance perte de gain maladie du dernier employeur de l'assuré, a établi un rapport à teneur duquel il indiquait douter du fait que l'assuré souffrait d'un trouble bipolaire. Sur la base du dossier, il lui était également difficile d'estimer si l'assuré présentait un trouble de la personnalité ou d'une personnalité accentuée avec des traits dépendants. Selon lui, l'assuré présentait une affection psychique sévère et n'avait jamais disposé, depuis le début de l'année 2018, d'une capacité de travail entière dans son activité de conseiller en matière de prévoyance professionnelle. L'incapacité de travail de l'assuré trouvait sa source dans la même affection que chez les employeurs précédents. Selon le Dr L_____, l'incapacité de travail

totale attestée par le Dr F_____ était plausible et concordait avec les mesures de réinsertion en cours, bien que les rapports médicaux du psychiatre traitant ne contiennent pas assez de détails médicaux.

g. Dans son rapport du 2 mars 2020, le Dr F_____ a maintenu ses diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9).

h. Après avoir effectué des cours de remise à niveau en informatique et en allemand durant la fin de l'année 2019, l'assuré a effectué un stage pratique au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 3 mars au 29 mars 2020. En raison de la pandémie de COVID-19, ce stage a été suspendu dans le courant du mois de mars, avant d'être repris par l'assuré en date du 14 mai suivant jusqu'au 31 octobre 2020.

i. Dans son rapport du 15 juillet 2020, le docteur N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble mixte de la personnalité (éléments dépendants et borderline ; F61.0). L'activité effectuée par l'assuré au sein de la CRR était adaptée à son état de santé et il disposait d'une capacité de travail de 60% dans ce contexte.

j. Par communication du 6 octobre 2020, l'OAI a prolongé la prise en charge du stage de l'assuré auprès de la CRR jusqu'au 31 janvier 2021. L'assuré n'ayant toutefois pas réussi à poursuivre son stage au-delà du 8 octobre 2020 en raison de son état de santé, l'OAI a, par communication du 22 décembre 2020, interrompu les mesures professionnelles avec effet au 18 décembre précédent.

k. Dans un rapport du 28 janvier 2021, le Dr N_____ a indiqué qu'en raison de la dégradation de la situation professionnelle et familiale de l'assuré au début du mois d'octobre 2020, son état psychique avait été fortement influencé. Il présentait une incapacité de travail totale, ce quelle que soit l'activité considérée.

l. À la demande de l'OAI, le Dr N_____ lui a adressé un nouveau rapport en date du 11 mars 2021, en retenant les diagnostics de trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble mixte de la personnalité (éléments dépendants et borderline ; F61.0).

m. Le 31 mars 2021, le Dr J_____, médecin-psychiatre du SMR, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé depuis son dernier examen clinique. Malgré le changement de traitement et les mesures de réadaptation mises en place, la capacité médico-théorique n'avait pas été atteinte et ne le serait probablement pas. Son incapacité de travail totale était ainsi pleinement justifiée s'agissant du marché primaire du travail. Selon le Dr J_____, une activité à un taux de 50% dans un atelier protégé devait être maintenue à titre thérapeutique.

n. Dans son rapport médical du 31 mars 2021, le Dr K_____, médecin du SMR, a retenu le diagnostic incapacitant de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne à sévère (F31.3), a validé les incapacités de travail attestées dans l'activité habituelle du 12 janvier au 18 novembre 2018 et a estimé qu'à compter du 19 novembre 2018, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

D. a. Par projet de décision du 6 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'un droit à une rente entière lui était reconnu sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Selon l'OAI, l'assuré s'était trouvé en incapacité de travail totale dès le 12 janvier 2018, puis à hauteur de 50% dès le 1^{er} juin 2018, avant de recouvrer une capacité de travail totale en date du 1^{er} septembre 2018, soit avant l'échéance du délai d'attente légal d'un an. Son état de santé s'était ensuite à nouveau péjoré et il s'était trouvé en incapacité de travail totale dès le 19 novembre 2018. Dans la mesure où des mesures de réinsertion, assorties d'indemnités journalières, lui avaient été accordées jusqu'au 18 décembre 2020, son droit à la rente d'invalidité prenait naissance au 1^{er} décembre 2020.

b. Le 12 mai 2021, l'assuré, sous la plume de son conseil, a précisé qu'il n'avait pas recouvré une capacité de travail entière au 1^{er} septembre 2018, malgré son début d'activité à 100% auprès de son dernier employeur. Sa reprise de travail avait été prématurée compte tenu de son état de santé de l'époque et des responsabilités qu'il devait assumer à ce nouveau poste. Le projet de décision de l'OAI devait ainsi être modifié de façon à ce qu'une incapacité de travail complète, subsidiairement à 50%, soit retenue à partir du 1^{er} septembre 2018.

c. Par décision du 25 janvier 2022, l'OAI a rendu une décision par laquelle il a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité et trois rentes pour enfant rétroactivement au 1^{er} décembre 2020 et pour l'avenir. La seule caisse de pension à laquelle une copie de cette décision était adressée était la G_____.

d. S'agissant de la date de début de l'incapacité de travail, l'OAI a maintenu que celle-ci avait débuté le 13 novembre 2018, respectivement le 19 novembre suivant, au motif que les renseignements médicaux dont il disposait ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail sans interruption notable de plus de 30 jours avant celle qui avait débuté le 13 novembre 2018. L'assuré avait lui-même déclaré par téléphone, en date du 15 novembre 2018, que ses difficultés à assumer son dernier emploi avaient été causées, dans un premier temps, par des lacunes professionnelles, et non par son état de santé. Le Dr F_____ avait quant à lui mentionné que les difficultés de l'assuré étaient réapparues dans le cadre de son nouvel emploi. L'OAI relevait également que l'assuré, par le biais de son conseil, s'était opposé à l'analyse de l'assurance perte de gain maladie de son dernier employeur, selon laquelle il était déjà en incapacité de travail au moment de sa prise de poste, ce qui était contradictoire avec la position défendue dans ses observations du 12 mai 2021.

e. Par courrier du 28 avril 2023, la G_____ a transmis à l'assuré la prise de position de son réassureur, ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, par laquelle celle-ci indiquait que le début de son incapacité de travail durable ne coïncidait pas avec une période d'assurance auprès de la G_____, dès lors que l'OAI avait retenu qu'elle était survenue en novembre 2018. La décision de l'OAI ayant été notifiée à la G_____, elle liait cette dernière, qui n'était pas débitrice des prestations d'invalidité. L'assuré était ainsi invité à s'adresser à l'institution de prévoyance auprès de laquelle il était affilié en novembre 2018.

f. Le 13 juin 2023, l'assuré s'est adressé à AXA SUISSE pour que cette dernière calcule la rente d'invalidité à laquelle il avait droit.

g. Par courrier du 31 janvier 2024, AXA SUISSE a indiqué à l'assuré que l'OAI avait fixé la survenance de l'incapacité de travail déterminante au 19 novembre 2019, soit à un moment où il n'était plus assuré auprès d'elle. En outre, l'incapacité de travail de l'assuré à l'origine de son invalidité était déjà présente du 12 janvier au 31 août 2018 et son engagement auprès d'H_____ avait dû être interrompu après moins de trois mois, de sorte que ce dernier poste constituait un placement à l'essai qui avait échoué. AXA SUISSE considérait ainsi qu'elle n'était pas compétente pour verser des prestations d'invalidité.

h. Le 16 septembre 2024, l'assuré s'est à nouveau adressé à G_____ et à AXA SUISSE en les priant de revoir leur position, ce qu'AXA SUISSE a refusé, G_____ n'ayant quant à elle pas répondu à la demande de l'assuré.

i. Le 7 octobre 2024, l'assuré, sous la plume de son nouveau conseil, a informé AXA SUISSE que la détermination de la caisse de pension compétente pour servir les prestations d'invalidité ferait l'objet d'une action en justice. Dans l'intervalle, l'assuré sollicitait d'AXA SUISSE, en tant que dernière caisse de pension à laquelle il avait été affiliée, de lui verser des prestations préalables jusqu'à droit connu sur l'institution de prévoyance tenue de verser les prestations d'invalidité.

j. Par courrier du 14 novembre 2024, AXA SUISSE a répondu à l'assuré qu'il n'avait pas droit à des prestations préalables dès lors qu'avant le début de son activité chez H_____, il s'était trouvé à répétées reprises en incapacité de travail pour la même cause, sans qu'il fût établi qu'il était assuré dans le cadre de la prévoyance professionnelle pendant ces périodes d'incapacité de travail.

E. a. Par acte du 11 avril 2025, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement, en concluant, sur mesures provisionnelles, à ce qu'AXA SUISSE soit condamnée à lui verser des prestations préalables rétroactivement au 1^{er} décembre 2020, avec intérêts à 5% l'an dès le 11 avril 2025 et, principalement, à ce que G_____ soit condamnée à lui verser les prestations d'invalidité qui lui étaient dues dès le 1^{er} décembre 2020, à savoir une rente d'invalidité et des rentes d'enfant d'invalidité, avec intérêts à 5% l'an dès le 11 avril 2025. À titre subsidiaire, le demandeur a pris les mêmes conclusions à

l'encontre de la CPCV et d'AXA COMPLÉMENTAIRE et, encore plus subsidiairement, à l'encontre d'AXA SUISSE.

Concernant la caisse de pension qui devait être condamnée à lui verser des prestations, le demandeur a relevé que les défenderesses n'étaient pas liées par la décision de l'OAI du 25 janvier 2022 dans la mesure où la date de début de l'incapacité de travail avait été fixée de façon insoutenable au 13 novembre 2018. Il s'était en réalité trouvé en incapacité de travail de façon durable dès le 12 janvier 2018, lorsqu'il était assuré auprès de G_____. Sa prétendue capacité de travail du 1^{er} septembre 2018 au 13 novembre 2018 n'avait pas suffi à interrompre le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail survenue à compter du 12 janvier 2018, de sorte qu'il appartenait à G_____ de lui verser les prestations d'invalidité.

b. Par acte du 5 mai 2025, AXA SUISSE a conclu au rejet de la demande de paiement de prestations préalables du demandeur, en relevant que depuis l'apparition de ses troubles psychiques en 2015, il n'avait pas été affilié auprès d'une institution de prévoyance durant des périodes de plusieurs mois, au cours desquelles il émargeait à l'assurance-chômage. Il n'était ainsi pas établi que le demandeur fût affilié à une institution de prévoyance au moment où son incapacité de travail déterminante avait débuté, de sorte qu'elle ne pouvait pas être tenue de lui verser des prestations préalables.

c. Le 9 mai 2025, G_____ s'en est rapportée à justice s'agissant des mesures provisionnelles requises par le demandeur, en soulignant que la décision de l'OAI était contraignante et que, partant, l'incapacité totale de longue durée du demandeur ne pouvait pas être antérieure au 13 novembre 2018.

d. Par courrier du 12 mai 2025, la CPCV a estimé que l'existence d'une incapacité de travail durable ne pouvait être reconnue qu'à partir du 12 janvier 2018. Auparavant, le demandeur avait recouvré une pleine capacité de travail pendant près d'une année après son affiliation à la CPCV, si bien que la connexité temporelle avait été interrompue et que la CPCV n'était pas tenue de prester.

e. Le 12 mai 2025, AXA COMPLÉMENTAIRE a indiqué qu'elle n'avait pas d'observations particulières à faire valoir en lien avec la requête de mesures provisionnelles.

Sur le fond, elle a observé que le demandeur avait perçu des indemnités journalières pleines de l'assurance-chômage entre le 1^{er} février et le 30 septembre 2017, avant d'entamer un emploi sans connaître d'incapacité de travail avant le 12 janvier 2018, de sorte que la connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue auprès de l'B_____ et l'invalidité subséquente avait été interrompue. En outre, il n'était pas certain que l'incapacité de travail présentée par le demandeur auprès de l'B_____ fût causée par la même affection que celle qui avait provoqué son invalidité. Par conséquent, AXA

COMPLÉMENTAIRE concluait au rejet de la demande en tant qu'elle la concernait.

f. Le 22 mai 2025, le demandeur a déposé des déterminations spontanées auprès de la chambre de céans, en indiquant qu'il avait été affilié auprès de la Fondation suisse des partenaires sociaux pour l'institution supplétive selon l'art. 60 LPP (ci-après : institution supplétive) au cours des mois durant lesquels il avait perçu des indemnités de l'assurance-chômage, de sorte qu'il avait été assuré de manière continue à la prévoyance professionnelle de 2012 à 2018. Compte tenu de la position des défenderesses, le demandeur a conclu à l'appel en cause de l'institution supplétive afin que toutes les institutions de prévoyance l'ayant assuré entre 2012 et 2018 fussent intégrées à la procédure et que l'arrêt qui serait rendu leur soit opposable. Le demandeur a conclu à ce que l'institution supplétive soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité et des rentes pour enfant dès le 1^{er} décembre 2020, avec intérêts à 5% l'an dès le 11 avril 2025, dans l'hypothèse où aucune des autres défenderesses ne serait condamnée au versement desdites prestations.

g. Par ordonnance du 3 juin 2025, la chambre de céans a appelé en cause l'institution supplétive.

h. Le 5 juin 2025, AXA SUISSE a relevé qu'il existait un doute quant à la date à laquelle avait débuté l'incapacité de travail déterminante du demandeur et sur son affiliation, à ce moment-là, à une institution de prévoyance professionnelle.

i. Par mémoire de réponse du 10 juin 2025, AXA SUISSE a conclu au rejet des conclusions du demandeur dirigées à son encontre, en faisant valoir que la décision rendue par l'OAI en date du 25 janvier 2022 avait uniquement été notifiée à G_____ et que la date de l'incapacité de travail déterminante avait été fixée au 19 novembre 2018 de façon insoutenable. Partant, l'existence d'une invalidité, tant dans son principe que dans son étendue, n'était pas contraignante pour AXA SUISSE. Cette dernière était d'avis que l'incapacité de travail déterminante du demandeur était survenue avant son affiliation auprès d'elle, en précisant que la connexité temporelle n'avait pas été interrompue par les prétendues capacités de travail du demandeur entre le 1^{er} septembre et le 13 novembre 2018.

j. Par mémoire de réponse du 11 juin 2025, G_____ a conclu au rejet des conclusions prises par le demandeur à son encontre, en soulignant qu'elle était liée par la décision de l'OAI du 25 janvier 2022 qui lui avait été notifiée et qui mentionnait que l'incapacité de travail avait débuté le 13 novembre 2018, respectivement le 19 novembre suivant. Cette date n'avait pas été fixée de façon insoutenable, dès lors qu'elle avait été retenue par les médecins du SMR, après que ceux-ci avaient procédé à une analyse approfondie et probante du dossier du demandeur. À titre subsidiaire, G_____ soutenait que le demandeur s'était trouvé en incapacité de travail à tout le moins à hauteur de 20% lors de sa

première période de chômage, de sorte que son incapacité de travail déterminante avait débuté antérieurement à son emploi chez G_____, étant précisé que le demandeur avait lui-même estimé ne pas avoir été en état de travailler à son arrivée chez G_____.

k. En date du 13 juin 2025, le demandeur a spontanément répondu aux déterminations d'AXA SUISSE du 5 juin 2025, en soutenant notamment qu'il avait prouvé avoir été affilié de façon continue auprès de différentes institutions de prévoyance, de sorte qu'il était certain que l'une d'entre elles serait condamnée, à l'issue de la procédure, à lui verser des prestations d'invalidité.

l. Le 19 juin 2025, l'institution supplétive a indiqué que le demandeur avait été assuré auprès d'elle du mois de février au mois de septembre 2017, puis du mois de juillet au mois d'août 2018. La chambre de céans était invitée à contacter le Secrétariat d'État à l'économie (ci-après : SECO) pour de plus amples informations sur ces périodes d'assurance, notamment quant au début et à la fin exacts du versement des indemnités journalières. L'institution supplétive constatait en outre que le dossier AI ne contenait aucun indice permettant de conclure que l'incapacité de travail déterminante était survenue pendant l'une des périodes d'assurance du demandeur auprès d'elle. Subsidiairement, elle indiquait que la connexité temporelle aurait en tout état de cause été interrompue par les rapports de travail ultérieurs du demandeur auprès de G_____ et d'AXA SUISSE. Elle n'était ainsi pas compétente pour fournir les prestations de la prévoyance professionnelle.

m. Par courrier du 27 juin 2025, AXA SUISSE a souligné que l'OAI ne lui avait pas notifié son projet de décision du 6 avril 2021. Quant à la décision rendue par l'OAI en date du 25 janvier 2022, elle lui avait été communiquée pour la première fois le 14 décembre 2023. AXA SUISSE relevait également que de grandes incertitudes demeuraient quant aux affiliations du demandeur à des institutions de prévoyance depuis 2015, de sorte qu'elle courait le risque concret de devoir lui verser des prestations préalables, sans pouvoir les recouvrer par la suite.

n. Le même jour, le demandeur a informé la chambre de céans de ce qu'il avait reçu les déterminations spontanées d'AXA SUISSE, lesquelles n'appelaient pas de commentaires supplémentaires de sa part.

o. Par courrier du 4 juillet 2025, l'institution supplétive a indiqué qu'elle renonçait à produire des observations supplémentaires.

p. Par arrêt incident du 18 août 2025 (ATAS/616/2025), la chambre de céans a condamné AXA SUISSE à verser au demandeur des prestations préalables, rétroactivement au 1^{er} décembre 2020 et pour l'avenir, avec intérêts à 5% l'an dès le 11 avril 2025, en lui renvoyant la cause pour qu'elle calcule le montant des prestations dues.

q. Dans ses observations du 19 août 2025, G_____ a rappelé que la prétendue aptitude au placement du demandeur du 1^{er} février au 30 septembre 2017 ne

signifiait pas qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail, dès lors qu'on ne pouvait pas accorder la même valeur au fait qu'une personne reçût des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement qu'au recouvrement de la capacité de travail attestée par le travail effectivement accompli. Par ailleurs, contrairement à ce que soutenaient le demandeur et AXA SUISSE, le Dr K_____ avait expressément indiqué que le demandeur disposait d'une pleine capacité de travail entre le 1^{er} septembre et le 18 novembre 2018. L'OAI avait reconnu à bon droit que l'incapacité de travail déterminante du demandeur n'avait pas débuté avant le 13 novembre 2018, de sorte que la décision du 25 janvier 2022 était pleinement opposable à G_____. Elle contestait enfin que le demandeur eût disposé d'une pleine capacité de travail entre le 1^{er} février 2017 et le 11 janvier 2018.

r. Le 19 août 2025, AXA COMPLÉMENTAIRE a relevé qu'aucune incapacité de travail invalidante n'avait existé, à tout le moins entre les mois de février 2017 à septembre 2018. L'emploi du demandeur au sein de G_____ avait toujours été traité tel une réelle relation de travail et non comme une simple tentative de réinsertion. Le certificat de travail délivré à l'issue de la relation contractuelle démontrait que le demandeur avait été capable d'exercer un emploi à temps plein durant une période suffisamment longue pour rompre tout éventuel lien de connexité temporel avec les incapacités de travail survenues lorsqu'il était assuré auprès d'AXA COMPLÉMENTAIRE.

s. Dans ses déterminations du même jour, AXA SUISSE a souligné que le demandeur avait admis qu'il avait été absent pendant plusieurs jours dès son entrée en poste en raison de son état d'anxiété généralisée largement antérieure à son affiliation auprès d'elle. Il était en réalité incapable de travailler dès sa prise de fonction auprès d'H_____.

t. Par réplique du 16 septembre 2025, le demandeur a persisté dans ses conclusions et a indiqué que, contrairement à ce que soutenait AXA COMPLÉMENTAIRE, il ressortait des différents rapports médicaux du dossier que ses atteintes psychiques apparues en 2015 étaient de même nature que celles ayant causé son invalidité, de sorte que leur évolution ne saurait remettre en cause le lien de causalité matérielle existant entre l'atteinte à la santé survenue en 2015 et celle ayant conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité. Par ailleurs, son incapacité de travail durable n'avait pas été interrompue par sa reprise d'activité auprès d'H_____ en date du 1^{er} septembre 2018, laquelle ne constituait qu'une tentative de reprise avortée. Le demandeur soutenait également qu'aucune des défenderesses, y compris G_____, n'était liée par la décision de l'OAI s'agissant de la date de début de l'incapacité de travail durable retenue, laquelle devait être fixée au 12 janvier 2018. En effet, bien que son affection lui ouvrant le droit à des prestations du 1^{er} et du 2^e pilier fût apparue durant son activité auprès de l'B_____, il avait toutefois recouvré une pleine capacité de travail pendant onze mois au terme de son emploi, de sorte que l'incapacité de travail durable à

l'origine de son invalidité avait débuté le 12 janvier 2018, date à laquelle il était affilié chez G_____.

u. Le 1^{er} octobre 2025, AXA SUISSE s'est déterminée sur la réplique du demandeur, en soulignant que ce dernier s'était trouvé en incapacité de travail totale à compter du 12 janvier 2018, sans recouvrer une capacité de travail complète lors de sa prise de poste chez H_____. Elle rappelait que la reprise d'activité du demandeur auprès d'H_____ avait duré moins de trois mois, de sorte que le début de son incapacité de travail durable était antérieur au début de son affiliation auprès d'elle.

v. Par duplique du 16 octobre 2025, G_____ a notamment relevé que les fonctions occupées par le demandeur auprès d'elle entre le 2 octobre 2017 et le 11 janvier 2018, soit à peine plus de trois mois, s'assimilaient à une vaine tentative de reprise du travail.

w. Le 27 octobre 2025, le demandeur a produit des déterminations spontanées auprès de la chambre de céans, en indiquant notamment qu'il avait recouvré une pleine et entière capacité de travail après son emploi à l'B_____ et que son incapacité de travail chez G_____ avait été favorisée par les mauvaises conditions de travail qui y régnaient. Son emploi auprès d'H_____ n'avait quant à lui été qu'une tentative de reprise du travail totalement vouée à l'échec.

x. Le 20 novembre 2025, le demandeur a produit une note d'honoraires d'un montant de CHF 27'788.45 relative à la période du 25 novembre 2024 au 27 octobre 2025. Au vu des nombreuses écritures qu'il avait dû produire, il sollicitait que le montant maximal de CHF 10'000.- lui soit versé au titre de dépens.

EN DROIT

1. La recevabilité de la demande en paiement du demandeur a déjà été admise par la chambre de céans dans l'arrêt incident du 18 août 2025 (ATAS/616/2025).
2. Dans l'arrêt incident précité, la chambre de céans a condamné AXA SUISSE à verser au demandeur des prestations préalables au sens de l'art. 26 al. 4 LPP, rétroactivement au 1^{er} décembre 2020 et pour l'avenir, avec intérêts à 5% l'an dès le 11 avril 2025, si bien que le litige porte désormais uniquement sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle (assortie de rentes complémentaires pour enfant), singulièrement sur l'identité de l'institution de prévoyance compétente pour verser lesdites prestations.

3.

3.1 Selon l'art. 2 al. 1 LPP, sont soumis à l'assurance obligatoire les salariés qui ont plus de 17 ans et reçoivent d'un même employeur un salaire annuel supérieur à CHF 22'680.- (art. 7).

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

3.2 Conformément à l'art. 10 al. 1 LPP, 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. Selon l'art. 10 al. 2 LPP, l'obligation d'être assuré cesse, sous réserve de l'art. 8 al. 3, à l'âge ordinaire de la retraite (let. a), en cas de dissolution des rapports de travail (let. b), lorsque le salaire minimum n'est plus atteint (let. c) et lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage s'éteint (let. d). L'art 10 al. 3 LPP prévoit que, 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. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente.

3.3 Par ailleurs, selon l'art. 60 al. 2 let. e LPP, l'institution supplétive est une institution de prévoyance tenue, entre autres, d'affilier l'assurance-chômage et de réaliser la couverture obligatoire des bénéficiaires d'indemnités journalières annoncés par cette assurance.

4.

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

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

Selon l'art. 23 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 (let. a).

Conformément à l'art. 24 al. 1 LPP, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins.

En vertu de l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI - RS 831.20 ; art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1).

D'après l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

La prévoyance professionnelle assure les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité. L'incapacité de travail en tant que telle ne constitue en revanche pas un risque assuré par la prévoyance professionnelle. La survenance de l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, n'est déterminante selon l'art. 23 LPP que pour la question de la durée temporelle de la couverture d'assurance (ATF 138 V 227 consid. 5.1). 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 (ATF 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a). L'obligation de prester en tant que telle ne prend naissance qu'avec et à partir de la survenance de l'invalidité et non pas déjà avec celle de l'incapacité de travail. Cette incapacité ne correspond donc pas au cas de prévoyance, qui ne se produit qu'au moment de la survenance effective de l'événement assuré, en cas de décès ou d'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 ; 118 V 35 consid. 5). La survenance du cas de prévoyance invalidité coïncide dès lors du point de vue temporel avec la naissance du droit à des prestations d'invalidité (art. 26 al. 1 LPP ; ATF 134 V 28 consid. 3.4.2 ; 135 V 13 consid. 2.6). Ce droit prend naissance au même moment que le droit à une rente de l'assurance-invalidité pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ATF 123 V 269 consid. 2a). Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante habituel dans le domaine des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral B.19/06 du 31 mai 2007 consid. 3).

Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution des rapports de travail, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 275 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné

une incapacité de travail). La relation de connexité temporelle 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 à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. Il peut également être tenu compte du comportement de la personne assurée dans le monde du travail, tel que, par exemple, le fait qu'elle perçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demanderesse d'emploi pleinement apte au placement, étant précisé que les périodes de chômage indemnisées ne sauraient être pleinement assimilées à des périodes de travail effectif (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.3). La connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant le rapport de prévoyance et l'invalidité ultérieure est interrompue lorsque la personne concernée dispose d'une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée pendant plus de trois mois (ATF 144 V 58 consid. 4.4) et que celle-ci lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2 et les références citées). Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations d'ordre social de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références ; 123 V 262 consid. 1c ; 120 V 112 consid. 2c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.2).

Les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 136 V 65 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_155/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1 ; 9C_1036/2010 du 12 septembre 2011 consid. 2.1).

4.3 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 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 B.69/06 du 22 novembre 2006 consid. 4.2 ; Marc HÜRZELER, *op. cit.*, n. 30 *ad art.* 23 LPP).

En cas de troubles bipolaires, qui présentent une certaine similarité avec les maladies évoluant par poussées, on peut s'inspirer de ces principes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_209/2022 du 20 janvier 2023 consid. 6.2 ; 9C_142/2016 du 9 novembre 2016 consid. 7.2 et 7.3.3 et les références ; 9C_61/2014 du 23 juillet 2014 consid. 5.3.1).

4.4 Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 308 consid. 1). Cette force contraignante vaut aussi quand il s'agit de déterminer le moment de la naissance du droit à la rente ; autrement dit, la personne à laquelle l'assurance-invalidité a accordé une rente a également droit à une rente de l'institution de prévoyance, avec effet à la même date (ATF 123 V 271 consid. 2a). Pour que l'institution de prévoyance, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, soit liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, il faut qu'elle ait été valablement intégrée à la procédure (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 130 V 270 consid. 3.1 ; 129 V 73 consid. 4.2). Par conséquent, l'OAI est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 130 V 270 consid. 3.1 ; 129 V 73 consid. 4.2.2).

Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, par exemple en cas d'invalidité dite « professionnelle » (c'est-à-dire en cas d'incapacité d'exercer l'activité habituelle). Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères. Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_866/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2 qui concerne le cas d'une institution de prévoyance dite « enveloppante »). Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle

d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligerait l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 138 V 409 consid. 3.1).

5.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. À 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

5.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet

de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

S'agissant de la valeur probante des rapports des SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

6. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

En matière de prévoyance professionnelle, la maxime inquisitoire est applicable. Elle ne dispense toutefois pas les parties de leur obligation de collaborer et en conséquence d'apporter à la procédure, dans la mesure où cela apparaît raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 86 consid. 5.2.3 ; voir également en ce qui concerne l'art. 43 LPGA : 145 V 90 consid. 3.2). En outre, la maxime inquisitoire ne libère pas les parties du principe du fardeau de la preuve ; autrement dit, en cas d'absence de preuve d'un fait, c'est à la partie qui en a le fardeau d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver ce fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 117 V 261 consid. 3b ; 115 V 133 consid. 8a).

7. Dans son arrêt incident du 18 août 2025, la chambre de céans a constaté que le demandeur avait bénéficié d'une couverture d'assurance quasiment ininterrompue entre le 1^{er} juin 2012 et le 31 décembre 2018, de sorte qu'il était établi qu'il aurait droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, la seule incertitude résidant dans l'identité de l'institution de prévoyance concernée (ATAS/616/2015 consid. 8.2).

7.1 En préambule, la chambre de céans observe qu'AXA COMPLÉMENTAIRE a relevé, dans son mémoire de réponse du 12 mai 2025, qu'il n'était pas certain que l'incapacité de travail subie par le demandeur auprès de l'B _____ eût strictement la même origine que l'affection ayant causé son invalidité, celui-ci ayant évoqué, dans sa demande de prestations AI du 17 novembre 2015, l'existence d'une dépression liée à un *burn-out*, soit une incapacité de travail strictement liée à son emploi auprès de l'B_____.

Il convient ainsi de déterminer, dans un premier temps, si les atteintes à l'origine des incapacités de travail successives du demandeur entre 2015 et 2018 sont de même nature que celle ayant causé son invalidité.

Pour mémoire, il y a connexité matérielle lorsque l'atteinte à la santé qui fonde l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui a conduit à l'époque à l'incapacité de travail. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre la pathologie entraînant l'incapacité de travail et les troubles qui ont pour conséquence une invalidité n'est en revanche pas déterminante (arrêt du Tribunal fédéral B 42/02 du 11 février 2003 consid. 2.2).

Dans sa décision du 25 janvier 2022 octroyant une rente entière d'invalidité au demandeur, fondée sur un taux d'invalidité de 100%, l'OAI s'est notamment référé au rapport final du SMR du 31 mars 2021, qui mentionne un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne à sévère (F31.3), au titre de diagnostic incapacitant.

Durant ses rapports de travail avec l'B_____, le demandeur s'est dans un premier temps trouvé en incapacité de travail totale à compter du 9 mai 2015, en présentant un épisode dépressif moyen (F32.1) selon le Dr C_____. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32) a par la suite été retenu par le Dr D_____. Après avoir progressivement repris le travail, le demandeur s'est à nouveau trouvé en incapacité de travail totale en date du 5 septembre 2016, en raison, d'après le Dr F_____, d'une dépression majeure avec éléments psychotiques (F32.3) et d'un trouble de la personnalité non spécifié (F60).

S'agissant de son emploi auprès de G_____, le demandeur a subi une incapacité de travail à compter du 12 janvier 2018. Selon le Dr F_____, il souffrait d'une réapparition des idéations suicidaires et de difficultés à supporter la pression. Il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9).

Concernant son emploi auprès d'H_____, le demandeur s'est trouvé en incapacité de travail dès le 19 novembre 2018 et présentait, d'après le Dr F_____, les mêmes diagnostics que précédemment.

Le Dr J_____ a pour sa part retenu, dans son rapport du 5 septembre 2019, les diagnostics de maladie bipolaire, épisode actuel de dépression sévère (F31.4), d'anxiété généralisée (F41.1) et de personnalité dépendante (F60.7).

Enfin, le Dr N_____ a indiqué, dans son rapport du 11 mars 2021, que le demandeur souffrait de trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble mixte de la personnalité (éléments dépendants et borderline).

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que toutes les incapacités de travail du demandeur trouvent leur origine dans des affections d'ordre psychique, lesquelles sont au demeurant des plus similaires, étant relevé que des troubles dépressifs ont été signalés par tous les médecins qu'il a consultés et que le diagnostic incapacitant retenu par le SMR est un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne à sévère (F31.3).

En outre, le Dr L_____, dans son rapport du 20 septembre 2019, a estimé que l'incapacité de travail présentée par le demandeur dans le cadre de son activité auprès d'H_____ trouvait sa source dans la même affection que celle qui s'était manifestée lors de ses précédents emplois.

Il convient ainsi de retenir que les incapacités de travail successives du demandeur entre 2015 et 2018 sont dues à la même affection que celle qui a entraîné son invalidité.

Partant, il appert que le lien de connexité matérielle est donné entre les différentes incapacités de travail présentées par le demandeur entre 2015 et 2018 et son invalidité, de sorte qu'il reste à déterminer quelle institution de prévoyance est compétente pour lui verser des prestations d'invalidité sous l'angle du lien de connexité temporelle.

7.2 Dans sa décision du 25 janvier 2022, l'OAI a retenu que l'incapacité de travail déterminante avait débuté le 13 novembre 2018, respectivement le 19 novembre suivant, au motif que les renseignements médicaux dont il disposait ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail sans interruption notable de plus de 30 jours avant celle qui avait débuté le 13 novembre 2018, soit au moment où le demandeur était assuré auprès d'AXA SUISSE.

Le caractère contraignant de cette décision pour les différentes caisses de pension défenderesses a été examiné par la chambre de céans dans le cadre de l'arrêt incident du 18 août 2025 (ATAS/616/2025 consid. 8.1). Pour mémoire, les défenderesses n'ayant pas contesté l'existence de l'invalidité du demandeur, ni son étendue, il est établi que celui-ci a droit à une rente de la prévoyance professionnelle à compter du 1^{er} décembre 2020, soit au même moment que la naissance de son droit à une rente AI.

Cela étant, dans la mesure où la décision de l'OAI du 25 janvier 2022 n'a été notifiée qu'à G_____, la date de l'incapacité de travail déterminante retenue dans cette décision ne saurait être contraignante pour les autres défenderesses, de sorte qu'il convient d'examiner quelle institution de prévoyance est tenue de prendre en charge les prestations d'invalidité du demandeur.

Il convient de relever que l'OAI a retenu que le demandeur souffrait d'un trouble affectif bipolaire, en se fondant sur le rapport du Dr J_____ du 5 septembre 2019. Même si le Dr L_____ a par la suite indiqué qu'il n'était pas en mesure de confirmer ce diagnostic, le Dr N_____ l'a également retenu dans son rapport du 15 juillet 2020. Au vu de ces éléments, il y a lieu de considérer le trouble bipolaire du demandeur comme une maladie évoluant par poussées, pour lesquelles, selon la jurisprudence fédérale, il n'y a pas lieu d'appliquer des critères trop stricts lors de l'évaluation de la connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité, l'ensemble des circonstances du cas d'espèce revêtant une importance particulière (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_61/2014 du 23 juillet 2014 consid. 5.3.1 et 9C_126/2013 du 13 août 2013 consid. 4.1 ; Marc HÜRZELER, *op. cit.*, n. 33 *ad art.* 23 LPP et les références citées).

7.2.1 Durant ses rapports de travail avec B_____, le demandeur s'est dans un premier temps trouvé en incapacité de travail totale à compter du 9 mai 2015, en raison, selon le Dr C_____, d'un épisode dépressif moyen (F32.1), étant rappelé

que le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32) a par la suite été retenu par le Dr D_____. Après avoir progressivement repris le travail, le demandeur s'est à nouveau trouvé en incapacité de travail totale en date du 5 septembre 2016, en raison, selon le Dr F_____, d'une dépression majeure avec éléments psychotiques (F32.3) et d'un trouble de la personnalité non spécifié (F60).

Au vu de ce qui précède, il sied d'examiner si un lien de connexité temporelle existe entre cette première incapacité de travail et l'invalidité retenue par l'OAI, étant rappelé qu'après la fin des rapports de travail avec l'B_____ en date du 31 janvier 2017, le demandeur a perçu des indemnités de l'assurance-chômage entre les mois de février et septembre 2017, puis a été engagé auprès de G_____ le 2 octobre 2017, avant de se trouver en incapacité de travail totale à compter du 12 janvier 2018.

La chambre de céans relève tout d'abord que le demandeur a présenté une capacité de travail entière pendant sa période de chômage, à savoir du 1^{er} février au 30 septembre 2017, étant toutefois rappelé que, selon la jurisprudence fédérale, les périodes de chômage indemnisées ne peuvent être pleinement assimilées à des périodes de travail effectif (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.3), ce d'autant plus qu'il appert que le demandeur a déposé une demande de prestations AI en date du 31 janvier 2017, soit juste avant d'annoncer une pleine capacité de travail à l'assurance-chômage.

Il appert néanmoins que le demandeur a travaillé à plein temps pour G_____ durant plus de trois mois, soit du 2 octobre 2017 au 12 janvier 2018, de sorte que cette reprise d'activité a *a priori* été suffisamment longue pour interrompre le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue pendant ses rapports de travail avec l'B_____ et l'invalidité reconnue par l'OAI, sous réserve de l'examen des circonstances concrètes du cas d'espèce.

En l'occurrence, bien que le Dr J_____ ait retenu, dans son rapport du 5 septembre 2019, le diagnostic de trouble bipolaire, il a estimé que les épisodes dépressifs subis par le demandeur depuis 2015 ont été suivis de périodes d'améliorations suffisantes pour que l'on puisse parler de rémissions, ce qui confirme que le demandeur avait recouvré une capacité de travail entière à compter du 1^{er} février 2017.

Par ailleurs, le fait que le demandeur ait indiqué à l'OAI qu'il pensait avoir repris trop rapidement un emploi exigeant et stressant auprès de G_____, en mentionnant qu'il n'était pas encore suffisamment solide, qu'il souffrait souvent de coups de mou en ayant tendance à abuser des médicaments pendant les périodes difficiles (*cf.* notice téléphonique du 15 mai 2018 et rapport d'« *assessment* » du 28 août 2018) ne signifie pas qu'il aurait été en incapacité de travail entre le 1^{er} février 2017 et le 12 janvier 2018, une telle conclusion ne pouvant pas être retenue sur le fondement de sa propre appréciation de sa capacité de travail. Force est d'ailleurs de relever que le demandeur a indiqué, à teneur du

rapport d'« *assessment* » du 28 août 2018, que ses conditions de travail au sein de G_____ « n'étaient pas idéales car beaucoup de processus étaient flous et le chef venait de se faire licencier ». Les trajets quotidiens étaient également épuisants. À teneur de la notice téléphonique du 16 mai 2018 établie par l'assureur perte de gain de G_____, le demandeur a également précisé, s'agissant de ses conditions de travail, que « toute l'équipe devait faire beaucoup d'heures supplémentaires ». La survenue de sa nouvelle incapacité de travail au sein de G_____ paraît ainsi davantage due à son rythme de travail qu'à un état de santé préexistant incompatible avec son emploi, étant d'ailleurs rappelé que le dossier ne contient pas de rapport médical mentionnant que le demandeur n'était pas en mesure de travailler pour G_____.

Quant aux déclarations du directeur de G_____, celles-ci ne sont pas de nature à établir que le demandeur n'aurait pas recouvré sa capacité de travail depuis son activité pour B_____. En effet, le fait que la qualité de son travail ait été évaluée comme étant très moyenne et qu'il fût dépassé et perdu n'est pas de nature à établir que le demandeur n'aurait pas recouvré sa capacité de travail depuis son activité pour B_____. Il ne ressort d'ailleurs pas du dossier que son engagement auprès de G_____ constituait une simple tentative de réinsertion, étant en outre relevé que le poste du demandeur était, selon le rapport d'« *assessment* » du 28 août 2018, exigeant et stressant.

Enfin, s'il est vrai que le demandeur a déposé une demande de prestations AI quelques jours avant d'entamer son activité auprès de G_____, il n'en demeure pas moins que l'OAI, par décision du 16 juin 2017, a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité, au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail entière le 1^{er} février 2017.

Dès lors, les éléments qui précèdent confirment qu'une nouvelle incapacité de travail du demandeur est survenue durant son emploi au sein de G_____, en date du 12 janvier 2018, alors que celui-ci avait recouvré une capacité de travail totale depuis la fin des rapports de travail avec l'B_____ en date du 31 janvier 2017.

Partant, le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail survenue durant les rapports de travail avec l'B_____ a été interrompu, si bien qu'AXA COMPLÉMENTAIRE et CPCV ne sont pas compétentes pour verser au demandeur des prestations d'invalidité.

7.2.2 Le demandeur a travaillé à compter du 2 octobre 2017 pour G_____ et s'est trouvé en incapacité de travail totale à compter du 12 janvier 2018, étant rappelé que les rapports de travail avec G_____ ont pris fin le 30 avril suivant. L'incapacité de travail totale du demandeur a duré jusqu'au 30 juin 2018. Il a ensuite disposé d'une capacité de travail de 50% en juillet et en août 2018 et a perçu des indemnités de l'assurance-chômage pendant cette période. À compter du 1^{er} septembre 2018, il a été employé par H_____, avant d'être licencié avec

effet au 30 novembre 2018 en raison d'une incapacité de travail ayant débuté le 13 novembre précédent.

Le demandeur et AXA SUISSE soutiennent que le lien de connexité temporelle n'a pas été interrompu par la perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage du 1^{er} juillet au 31 août 2018, ni par la reprise d'un emploi auprès d'H_____ du 1^{er} septembre au 30 novembre 2018, au motif que le demandeur ne disposait pas d'une réelle capacité de travail au moment de sa prise d'emploi pour H_____ et que son activité pour cette dernière était trop courte pour interrompre le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail préexistante.

G_____ soutient quant à elle que le demandeur était pleinement capable de travailler du 1^{er} septembre au 13 novembre 2018, comme l'avait indiqué le médecin du SMR dans ses rapports des 5 septembre 2019 et 31 mars 2021. En outre, les difficultés rencontrées par le demandeur au cours de son emploi pour le compte d'H_____ étaient liées à ses lacunes professionnelles, et non à son état de santé. Partant, le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail préexistante avait été interrompu par l'activité du demandeur auprès d'H_____.

Il convient ainsi de déterminer si l'emploi du demandeur auprès d'H_____ a été de nature à interrompre le lien de connexité temporelle avec son incapacité de travail préexistante.

Il appert tout d'abord que le Dr L_____, dans son rapport du 20 septembre 2019, n'a pas correctement interprété le contenu du rapport du médecin du SMR du 5 septembre 2019. En effet, il mentionne que le médecin du SMR a constaté que le demandeur « [était], en fait, resté en incapacité de travail du 12/01/2018 au 18/11/2018 », alors qu'il ressort du rapport du médecin du SMR du 5 septembre 2019 que celui-ci a validé les incapacités de travail attestées par le Dr F_____ et a retenu que l'incapacité de travail du demandeur était totale du 12 janvier au 31 mai 2018, de 50% du 1^{er} juin au 31 août 2018, et nulle du 1^{er} septembre au 18 novembre 2018.

Répondant ensuite à une question posée par l'assureur perte de gain d'AXA SUISSE, le Dr L_____ a estimé que le demandeur n'avait jamais présenté une capacité de travail totale utile pour son activité de conseiller en prévoyance depuis le début de l'année 2018. S'il est possible que le Dr L_____ ait fondé son appréciation sur son interprétation erronée du rapport du médecin du 5 septembre 2019, il n'est pas non plus exclu que son avis repose sur l'ensemble du dossier du demandeur, dès lors qu'il ne fait pas explicitement référence à l'avis du médecin du SMR à l'appui de son assertion.

La validité de l'appréciation du Dr L_____ peut toutefois souffrir de demeurer indéfinie pour les motifs qui suivent.

Il ressort des certificats médicaux figurant au dossier et des rapports du médecin du SMR que le demandeur s'est trouvé en incapacité de travail totale du

12 janvier au 31 mai 2018, puis à 50% du 1^{er} juin au 30 septembre 2018. Il a ensuite été en mesure d'exercer son activité jusqu'au 13 novembre 2018 avant d'être une nouvelle fois en arrêt de travail. Il ne saurait ainsi être retenu que le demandeur a disposé d'une capacité de travail de plus de 80% dans une activité adaptée pendant plus de trois mois, de sorte que le lien de connexité temporelle avec son incapacité de travail préexistante n'a pas été interrompu par sa perception d'indemnités journalières de l'assurance-chômage à hauteur de 50%, ni par son emploi auprès d'H_____.

À cet égard, à teneur du rapport d'« *assessment* » de l'OAI du 28 août 2018, l'OAI relevait, s'agissant de l'activité qu'allait réaliser le demandeur pour H_____ qu'il existait des risques que celui-ci se trouve à nouveau en incapacité de travail dans la mesure où il paraissait encore fragile psychologiquement.

En outre, bien que le demandeur ait indiqué à l'OAI, dans le rapport d'« *assessment* » précité, qu'il se sentait « plus solide » qu'au moment où il avait entamé son activité auprès de G_____, il éprouvait tout de même des craintes en vue de la reprise de son activité auprès d'H_____, notamment celles de subir des « coups de mou » et de ne pas réussir à assumer cet emploi qui risquait d'être exigeant. De surcroît, le 12 mai 2021, le demandeur a indiqué à l'OAI, en lien avec son projet de décision du 6 avril 2021, qu'il n'avait pas recouvré une capacité de travail entière au 1^{er} septembre 2018, malgré son début d'activité à 100% auprès d'H_____, de sorte que le projet de décision de l'OAI devait être modifié de façon à ce qu'une incapacité de travail complète, subsidiairement de 50%, soit retenue à partir du 1^{er} septembre 2018.

Enfin, même si le demandeur a indiqué à l'OAI, lors d'un entretien téléphonique du 15 novembre 2018, qu'il présentait des lacunes compte tenu de son cahier des charges au sein d'H_____ et qu'il pensait avoir visé trop haut, il a également précisé, le 29 novembre suivant, que son emploi était trop difficile « techniquement et moralement ». Il s'est ainsi bel et bien trouvé en incapacité de travail à compter du 13 novembre 2018, respectivement du 19 novembre suivant.

Partant, même si le demandeur avait, par hypothèse, recouvré une capacité de travail entière à compter du 1^{er} septembre 2018, celle-ci n'aurait pas duré suffisamment longtemps pour interrompre le lien de connexité temporelle avec son incapacité de travail préexistante.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail préexistante du demandeur n'a pas été interrompu par son emploi au sein d'H_____.

7.3 En conclusion, G_____ doit être condamnée à verser au demandeur des prestations d'invalidité.

Au vu du résultat de la présente procédure, il peut être renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à l'audition du demandeur.

Il y a également lieu de relever que l'institution supplétive de prévoyance n'est pas tenue de prester, dès lors que le dossier ne contient aucun élément mentionnant que l'une des incapacités de travail du demandeur serait survenue alors qu'il percevait des indemnités journalières de l'assurance-chômage. En effet, lorsque le demandeur se trouvait en incapacité de travail de 50% et percevait des indemnités journalières de l'assurance-chômage, son incapacité de travail remontait de façon ininterrompue à son emploi au sein de G_____.

8. Il convient encore d'examiner, ci-après, le moment de la naissance du droit à la rente d'invalidité du demandeur ainsi que son montant.

8.1.1 Selon l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. L'al. 2 de cette disposition prévoit que l'institution de prévoyance peut prévoir, dans ses dispositions réglementaires, que le droit aux prestations est différé aussi longtemps que l'assuré reçoit un salaire entier.

S'agissant des solutions de prévoyance enveloppantes, le droit à la part de rente d'invalidité LPP figurant au compte-témoin naît conformément aux règles de l'art. 26 al. 1 LPP (le cas échéant en tenant compte des art. 26 al. 2 LPP et 26 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 [OPP 2 – RS 831.441.1]) et le droit à la part des prestations étendues ne prend naissance qu'à l'expiration du délai réglementaire, qui peut, le cas échéant, être plus long (*cf.* Marc HÜRZELER, *op. cit.*, n. 6 *ad* art. 26 LPP).

8.1.2 Sur la base de l'art. 26 OPP 2, les institutions de prévoyance peuvent différer le versement des prestations d'invalidité jusqu'à l'épuisement du droit de l'assuré aux indemnités journalières de l'assurance-maladie, tant que l'assuré reçoit, en lieu et place du salaire, des indemnités journalières de l'assurance-maladie équivalant à au moins 80% du salaire dont il est privé et que les indemnités journalières ont été financées, au moins par moitié, par l'employeur. Le fait qu'il s'agisse d'indemnités journalières au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) ou de l'art. 67 ss de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) n'a pas d'importance quant à la possibilité de report des prestations au sens de l'art. 26 OPP 2 (*cf.* Marc HÜRZELER, *op. cit.*, n. 17 *ad* art. 26 LPP).

Selon la jurisprudence, les institutions de prévoyance peuvent se prévaloir du droit de différer les prestations uniquement à condition que le salaire continue effectivement à être versé, ou que l'assuré perçoive effectivement des prestations d'indemnités journalières. Le simple droit à ces prestations ne suffit pas (*cf.* Marc HÜRZELER, *op. cit.*, n. 11 *ad* art. 26 LPP et les références citées).

L'art. 26 al. 2 LPP, de même que l'art. 26 OPP 2, n'ont pas pour objet la question de la naissance du droit à une rente d'invalidité après un délai de carence déterminé, mais prévoient uniquement que l'institution de prévoyance peut, à certaines conditions, différer l'exécution des prestations. L'ajournement de la rente

n'a ainsi aucune incidence sur le moment de la survenance de l'événement assuré ; ceci peut notamment jouer un rôle lorsque se pose la question du moment déterminant pour le calcul de la rente (*cf.* Marc HÜRZELER, *op. cit.*, n. 12 *ad art.* 26 LPP et les références citées).

8.1.3 À teneur de l'art. 23 al. 1 let. a du règlement de prévoyance de G_____, dans sa version 2020 applicable au cas d'espèce (ATF 122 V 316 ; 121 V 97), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont devenues 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.

Selon l'art. 23 al. 4 let. a, l'assuré a droit aux prestations entières si son invalidité est de 70% au moins. D'après l'art. 24 al. 1, les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ont droit à une rente pour enfant d'invalidité pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin.

Conformément à l'art. 23 al. 6, le droit aux prestations d'invalidité selon le minimum LPP prend naissance en même temps que celui aux prestations de l'AI, et peut être différé jusqu'à la fin du droit au salaire ou d'indemnités en tenant lieu, financées au moins pour moitié par l'employeur et équivalant au moins à 80% de la perte de salaire.

À teneur de l'art. 23 al. 8, si le délai d'attente convenu est égal à 12 mois ou plus et s'il existe une assurance d'indemnité journalière, la rente assurée est versée à partir du jour où s'éteint le droit à l'indemnité journalière, au plus tard après expiration du délai d'attente convenu.

8.1.4 En matière de rente de la prévoyance professionnelle, 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 (*cf.* art. 105 al. 1 CO ; ATF 137 V 373 consid. 6.6 ; 119 V 131 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_731/2016 du 14 juillet 2017 consid. 6). À défaut de disposition réglementaire topique, le taux d'intérêt moratoire est de 5% (art. 104 al. 1 CO ; ATF 130 V 414 consid. 5.1 et les références).

8.2 En l'occurrence, le demandeur a droit, compte tenu des dispositions réglementaires précitées, à une rente d'invalidité entière de la prévoyance professionnelle, ainsi qu'à trois rentes pour enfant d'invalidité.

Par décision du 25 janvier 2022, l'OAI a alloué au demandeur une rente entière d'invalidité et trois rentes pour enfant rétroactivement au 1^{er} décembre 2020 et pour l'avenir. Selon l'OAI, le demandeur s'était trouvé en incapacité de travail totale dès le 19 novembre 2018. Dans la mesure où des mesures de réinsertion, assorties d'indemnités journalières, lui avaient été accordées jusqu'au 18 décembre 2020, son droit à la rente d'invalidité prenait naissance au 1^{er} décembre 2020.

Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que le demandeur aurait perçu, à compter du 1^{er} décembre 2020, des indemnités journalières d'une assurance-maladie, ni qu'un délai d'attente différerait le versement des prestations d'invalidité, G_____ n'ayant du reste pas indiqué le contraire.

Partant, le demandeur a droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de G_____, assortie de rentes pour enfant d'invalidité, rétroactivement au 1^{er} décembre 2020.

Enfin, le règlement de prévoyance de G_____, dans sa version 2020, ne prévoit pas de taux d'intérêt moratoire spécifique, de sorte qu'un taux de 5% sera dû sur les prestations précitées à compter du 11 avril 2025, date du dépôt de la demande en justice.

9. La demande est ainsi admise, en ce sens que G_____ sera condamnée à verser au demandeur des prestations d'invalidité, ce rétroactivement au 1^{er} décembre 2020, avec intérêts moratoires à 5% l'an à compter du 11 avril 2025.

Le demandeur n'ayant pas chiffré ses conclusions et G_____ ne s'étant pas non plus déterminée à ce sujet, la cause sera renvoyée à celle-ci pour qu'elle calcule le montant des prestations d'invalidité à verser au demandeur, étant relevé que cette solution respecte au demeurant les principes de simplicité et d'économie de procédure ancrés à l'art. 73 al. 2 LPP (ATF 129 V 450 consid. 3.4 et 3.5).

Dans ce contexte, il appartiendra à G_____ de vérifier que le versement des prestations d'invalidité n'entraîne pas une surindemnisation au sens de l'art. 37 de son règlement de prévoyance.

Enfin, dans la mesure où AXA SUISSE a été condamnée, par arrêt incident du 18 août 2025, à verser des prestations préalables au demandeur au sens de l'art. 26 al. 4 LPP, il appartiendra à G_____ de prélever sur les montants des rentes à verser au demandeur les prestations préalables versées par AXA SUISSE, et de les restituer à cette dernière.

10. Le 20 novembre 2025, le demandeur a produit une note d'honoraires d'un montant de CHF 27'788.45 relative à la période du 25 novembre 2024 au 27 octobre 2025. Au vu des nombreuses écritures qu'il avait dû produire, il sollicitait que le montant maximal de CHF 10'000.- lui soit versé au titre de dépens.

10.1 Contrairement aux autres branches des assurances sociales, la législation en matière de prévoyance professionnelle ne contient aucune disposition relative à la fixation des dépens pour la procédure devant le tribunal cantonal désigné pour connaître des litiges en matière de prévoyance professionnelle (*cf.* art. 73 al. 2 LPP). Il appartient, par conséquent, au droit cantonal de procédure de déterminer si et à quelles conditions il existe un droit à une indemnité de dépens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_590/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Selon l'art. 89H al. 3 LPA, une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause. Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/61/2024 du 1^{er} février 2024 consid. 2.5)

Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.-.

La jurisprudence du Tribunal fédéral reconnaît à l'autorité cantonale de recours un large pouvoir d'appréciation dans la fixation et la répartition des frais et dépens de la procédure cantonale, s'agissant d'une matière qui relève de la législation cantonale de procédure applicable à la cause. Le Tribunal fédéral n'intervient que si cette autorité a interprété ou appliqué de manière arbitraire le droit cantonal concerné ou si elle a abusé de son pouvoir d'appréciation, notamment si la décision ne peut pas se justifier par des raisons objectives (ATF 111 V 48 consid. 4a ; 98 Ib 506 consid. 2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2024 du 6 mai 2025 consid. 3.3 ; 2C_585/2023 du 19 mars 2024 consid. 4.3 ; 8D_2/2023 du 5 septembre 2023 consid. 3.3 ; 2C_137/2023 du 26 juin 2023 consid. 10.1).

En outre, le juge n'est pas toujours tenu de motiver la décision par laquelle il fixe le montant des dépens alloués à une partie obtenant totalement ou partiellement gain de cause dans un procès, ou l'indemnité allouée à l'avocat d'office ; il est admis de façon générale que, lorsqu'il existe un tarif ou une règle légale fixant des minima et maxima, le juge ne doit motiver sa décision que s'il sort de ces limites ou si des éléments extraordinaires sont invoqués par la partie concernée, ou encore si le juge s'écarte d'une note de frais produite par l'intéressé et alloue une indemnité inférieure au montant habituel, en dépit d'une pratique bien définie. L'exigence d'une motivation de la décision touchant le montant des dépens risquerait sinon d'aboutir à des formules stéréotypées qui ne différeraient guère de l'absence de motivation (ATF 139 V 496 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2024 du 6 mai 2025 consid. 5.2.2).

10.2 En l'occurrence, le demandeur a obtenu gain de cause et est assisté d'une avocate.

Compte tenu du nombre d'écritures et du volume du dossier, il paraît adéquat d'allouer au demandeur une indemnité de CHF 5'000.- au titre de dépens, étant rappelé qu'une indemnité de CHF 2'500.- lui a déjà été allouée dans le contexte de l'arrêt incident du 18 août 2025 (ATAS/616/2025).

Il sera pour le surplus souligné que la note d'honoraires produite ne contient aucun détail s'agissant des différentes activités réalisées par le conseil du demandeur et ne mentionne pas le taux horaire pratiqué.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en paiement du 11 avril 2025 recevable.

Au fond :

2. L'admet, en tant qu'elle est dirigée contre LA COLLECTIVE DE PRÉVOYANCE – G_____.
3. La rejette pour le surplus.
4. Condamne G_____ à verser au demandeur, dès le 1^{er} décembre 2020, une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle, assortie de rentes complémentaires pour ses trois enfants, le tout avec intérêts à 5% dès le 11 avril 2025.
5. Renvoie la cause à G_____ pour le calcul des rentes dues, au sens des considérants.
6. Condamne G_____ à verser au demandeur une indemnité de CHF 5'000.- au titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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