RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3630/2020 **ATAS/221/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mars 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VAILLY, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO	demandeur
contre	
AXA FONDATION LPP SUISSE ROMANDE, c/o AXA VIE SA, General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	défenderesse

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant français né en _____1984, domicilié à VAILLY, en France, a été engagé, le 1er mai 2013, en qualité de technicien de maintenance par l'entreprise B_____ SA. À ce titre, il a été affilié pour la prévoyance professionnelle obligatoire auprès d'AXA FONDATION LPP (ci-après : AXA).

b. Dès le début de l'année 2014, l'assuré, se plaignant de troubles du sommeil, a consulté son médecin généraliste, le docteur C_____. Dans un certificat daté du 12 mai 2014, celui-ci lui a prescrit un premier arrêt de travail de 8 jours, couvrant la période du 12 au 19 mai 2014. Par certificat du 19 mai 2014, le docteur D_____, psychiatre à Annemasse, a prolongé cet arrêt de travail jusqu'au 26 mai 2014. Dans un certificat subséquent, daté du 2 juin 2014, le Dr C_____ a prolongé une nouvelle fois l'arrêt de travail jusqu'au 11 juin 2014.

c. Le 5 juin 2014, B_____ SA a transmis à l'assureur perte de gain maladie une « déclaration pour l'assurance de l'indemnité journalière maladie », dans laquelle il indiquait que « [l'assuré avait] été arrêté du 12 au 26 mai, puis du 2 au 11 juin ». B_____ SA précisait que son employé avait repris le travail le 12 juin 2014.

d. Le 12 juin 2014, l'assuré a été licencié par B_____ SA, avec effet au 31 août 2014.

e. À l'issue des rapports de travail, l'assuré s'est inscrit au chômage en France auprès de Pôle emploi. A compter du 9 septembre 2014, il a bénéficié d'allocations chômage d'aide au retour à l'emploi (ci-après : ARE).

f. Le 10 novembre 2014, l'assuré a consulté le Centre Hospitalier G_____, se plaignant d'une insomnie persistant depuis environ huit mois.

g. En raison de troubles psychiques, l'assuré a été hospitalisé plusieurs fois à compter de mars 2015, soit :

- du 21 mars au 1er avril 2015 à l'Établissement public de santé mentale à La Roche-sur-Foron (pour un trouble affectif bipolaire) ;
- du 25 juin au 20 août 2015 à la Clinique E_____, sise à Meyzieu (pour un syndrome dépressif majeur) ;
- du 22 au 26 juin 2017 aux Hôpitaux du F_____, sis à Thonon-les-Bains (pour un syndrome anxio-dépressif) ;
- du 23 août au 6 octobre 2017 à la Clinique K_____, sise à Sevrier.

h. Dès novembre 2014, l'assuré a reçu des indemnités journalières maladie de la part de la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE HAUTE-SAVOIE (ci-après : la CPAM), plus particulièrement :

- du 13 novembre 2014 au 20 avril 2016 ;
- du 23 au 27 novembre 2016, puis du 6 au 19 décembre 2016 ;
- du 27 novembre 2017 au 30 novembre 2018.

i. Par ailleurs, à partir d'avril 2016, l'assuré a à nouveau bénéficié des ARE de l'assurance-chômage française, notamment :

- du 19 avril au 22 novembre 2016 (191 jours) ;
- du 9 janvier au 30 juin 2017 (173 jours), puis du 1er juillet au 26 novembre 2017 (149 jours) ;
- du 1er au 31 décembre 2018 (21 jours).

j. Du 28 septembre au 30 décembre 2016, dans le cadre de ses démarches auprès de l'assurance-chômage, l'assuré a été employé par une agence de travail temporaire, en qualité de technicien de maintenance.

k. Dès novembre 2017, l'assuré a été suivi à la Clinique H_____ (hôpital de jour), sise à Ville-la-Grand.

B. **a.** Le 8 avril 2019, par l'intermédiaire de la CPAM, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) une demande de prestations d'invalidité (cf. formulaire « E 204 », pièce 9 du dossier de l'OAIE).

b. Le 13 août 2019, la CPAM a transmis à l'OAIE divers documents, au nombre desquels, notamment :

- un « avis spécialisé » rédigé le 18 mars 2019 par le docteur I_____ : tombé malade en 2014, l'assuré n'avait pratiquement plus travaillé depuis et disait souffrir de dépression sévère; il évoquait une bipolarité; ces troubles étaient pris en charge par le docteur J_____, psychiatre, et l'assuré était suivi en hôpital de jour à la Clinique des H_____; l'assuré décrivait un vécu dépressif et d'insomnie, avec une asthénie invalidante; au niveau des antécédents psychiatriques, on ne retrouvait pas de trouble spécifique dans l'histoire de l'assuré avant 2014; il avait été hospitalisé plusieurs fois en psychiatrie, notamment à la Roche-sur-Foron en 2015, à la Clinique E_____ en été 2015 et, enfin, en 2017 et 2018, à la Clinique K_____ d'Annecy; l'assuré, qui rapportait un amaigrissement de dix kilos environ depuis 2014, présentait une mimique triste, un discours marqué par une plainte dépressive envahissante, avec une tonalité parfois inquiétante, mais une bonne coopération pendant l'examen; depuis le début de ses difficultés, sa situation avait évolué vers une chronicisation des troubles thymiques; l'assuré disait n'avoir que peu d'activité dans la journée et ne sortir que pour ses soins ; le sommeil était perturbé et le discours extrêmement négatif (l'assuré demandant une euthanasie); l'intéressé parlait beaucoup de son problème de santé, invoquant une situation de survie et décrivant dans les moindres détails les inconvénients

de sa situation personnelle; selon le Dr I_____, « l'expertise » mettait en évidence un patient sans antécédents psychiatriques notables, qui avait décompensé une pathologie grave de l'humeur en 2014; cette période inaugurale avait nécessité plusieurs hospitalisations, ce qui évoquait un trouble thymique bipolaire de type II; après cinq ans d'évolution, on se trouvait en présence d'un tableau clinique de dépression sévère qui persistait, malgré de nombreuses tentatives thérapeutiques; au moment de l'examen, l'assuré présentait de nombreux signes d'atteinte thymique et ce tableau détériorait significativement les capacités de travail et d'insertion sociale ;

- un rapport daté du 18 mars 2019 et émanant du Dr C_____ : l'assuré avait présenté les premiers troubles en janvier 2014 (dépression sévère, apathie, troubles de l'humeur et troubles du sommeil très importants); ses problèmes avaient rapidement conduit à un licenciement; il avait été pris en charge par un psychiatre, à Annemasse, en 2014, puis avait consulté à plusieurs reprises le Centre Hospitalier G_____; par la suite, il avait été suivi à la Clinique des H_____, puis en 2015, par un psychologue; en mars 2015, il avait été hospitalisé pour un « péril imminent », puis, en octobre 2015, hospitalisé à Lyon; en 2016 et 2017, il avait été suivi par un psychiatre et par une psychologue à Thonon; en 2018, il avait été pris en charge à Thonon par le docteur L_____, puis hospitalisé pendant deux mois à la Clinique K_____; depuis novembre 2018, l'assuré était suivi à la Clinique des H_____, ainsi que par un psychologue et psychiatre; selon le Dr C_____, l'état thymique demeurait précaire, malgré les soins : des idées noires, des propos morbides, une colère et une impulsivité latentes persistaient;

- un rapport rédigé le 29 avril 2019 par le docteur M_____, médecin-conseil de la CPAM : l'assuré avait présenté en 2015 une euphorie et des bouffées délirantes; il avait été condamné à trois mois de prison avec sursis pour outrage à agent, puis hospitalisé à la Clinique E_____; des neuroleptiques lui avaient été prescrits à la Clinique H_____, puis un antidépresseur et une psychothérapie; disant ne plus avoir d'idées suicidaires, le patient avait été suivi par le Dr C_____ et par un psychologue à Annemasse; en 2017, le patient avait décompensé sur le plan psychique et avait de nouveau été suivi par le Dr C_____, mais sans psychiatre; à l'époque, il avait repris le travail; fin 2017-2018, il disait avoir de nouveau subi une décompensation après trois mois de travail et avait souhaité se faire « euthanasier en Suisse »; le discours de l'assuré étant difficile à interpréter, une expertise avait été diligentée auprès du Dr N_____ en septembre 2018, dont les conclusions avaient confirmé un état stabilisé, mais sans perte de la capacité de gain; par la suite, une nouvelle décompensation psychiatrique avec désocialisation avait incité le médecin traitant à refaire une demande de « mise en invalidité »; désormais, l'assuré présentait des symptômes de dépression sévère; le Dr M_____ estimait qu'il ne pouvait exercer ni sa profession antérieure de technicien en

maintenance industrielle, ni une activité adapté ; ces restrictions étaient permanentes depuis le 2 janvier 2019;

- un certificat établi le 11 septembre 2019 par le docteur O_____, psychiatre, qui suit l'assuré depuis avril 2019 : les antécédents psychiatriques mettent en évidence des hospitalisations à la Roche-sur-Foron en 2015, puis deux séjours en établissement privé durant l'été 2015 et en 2017, respectivement à la Clinique E_____ et à la Clinique K_____; l'assuré ne consomme plus de drogues depuis plusieurs années; son état psychopathologique paraît satisfaisant, même s'il reste fragile, dans la mesure où il a toujours besoin d'un suivi spécialisé soutenu et d'un traitement psychotrope.

c. L'OAIE a reçu copie d'une décision de la CPAM du 14 août 2019 accordant à l'assuré une pension d'invalidité mensuelle de € 780.- dès le 1er février 2019.

d. Invitée par l'OAIE à compléter un « questionnaire pour l'employeur », l'entreprise P_____, agence de travail temporaire sise à Thonon-les-Bains, a confirmé, le 30 septembre 2019, avoir employé l'assuré en qualité de technicien de maintenance, du 28 septembre au 30 décembre 2016, dans le cadre d'un contrat intérimaire. Selon les contrats annexés au questionnaire de l'employeur, l'assuré a notamment travaillé auprès des Q_____, en fonction d'horaires variables, de l'ordre de 35 h./sem. Sous le champ « remarques » du questionnaire, il est précisé : « […] [l'assuré] ne nous a jamais fait parvenir d'arrêts maladie ou visite médicale indiquant des restrictions ».

e. Également invité à remplir un questionnaire, l'assuré a confirmé, le 16 septembre 2019, avoir travaillé en dernier lieu en tant que technicien de maintenance industrielle pour une agence de travail temporaire, du 28 septembre au 30 décembre 2016, à raison de 35 h./sem., pour un salaire brut mensuel de € 2'550.-. Il a précisé avoir reçu des indemnités de chômage complètes, notamment du 9 septembre 2014 au 30 juin 2017, du 1er juillet au 26 novembre 2017, puis du 1er décembre 2018 au 2 mars 2019.

f. Dans une appréciation datée du 21 octobre 2019, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que l'assuré présentait des troubles psychiatriques importants depuis au moins 2014, avec plusieurs hospitalisations et suivis psychiatriques. Le diagnostic de trouble affectif bipolaire avait été retenu par « l'expert » M_____, tandis que le Dr O_____, dans son rapport de septembre 2019, avait paradoxalement mentionné un état de santé satisfaisant, quoique fragile. Il existait par ailleurs des antécédents de consommation de substances, qui n'avaient désormais plus cours, selon le dossier. Le Dr R_____ en concluait que la pathologie psychiatrique sévère de l'assuré paraissait bien documentée, mais qu'un avis médical psychiatrique paraissait malgré tout nécessaire.

g. Le 5 novembre 2019, le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OAIE, a exposé, après avoir résumé les rapports versés au dossier, que depuis 2014, l'assuré présentait un trouble affectif bipolaire sévère, caractérisé par des phases prodromiques sévères en 2014, avec excitation physique, troubles du comportement et agressivité manifeste. Ces symptômes avaient conduit à de nombreux passages aux urgences et à des hospitalisations, parfois sous contrainte, d'où la nécessité d'un suivi rapproché et d'une médication adaptée. Sous l'angle des indicateurs standards, les symptômes étaient pertinents pour un trouble affectif bipolaire sévère depuis 2014, avec de multiples récidives et des troubles du comportement, justifiant des hospitalisations et une incapacité de travail totale. La médication paraissait adaptée et devait être poursuivie. La personnalité était fragile, les ressources pauvres et immatures, et il existait d'importants troubles du comportement avec agressivité. Le réseau social était pauvre et témoignait d'une progressive marginalisation ainsi que d'une désocialisation. Une courte tentative de reprise d'activité en 2016 s'était soldée par un échec en raison des troubles. Le dossier médical ne révélait pas d'incohérences. Le poids des souffrances ne permettait désormais plus à l'assuré de reprendre une activité lucrative. Le Dr S_____ en concluait que les fortes limitations fonctionnelles de l'assuré justifiaient une totale incapacité de travail dans toute activité. Vu le rapport du Dr C_____ du 18 mars 2019, il estimait que l'incapacité de travail avait débuté en janvier 2014.

h. Le 25 novembre 2019, l'OAIE a transmis à l'assuré et à AXA un projet de décision, dont il ressortait qu'il envisageait d'accorder à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2019, soit six mois après le dépôt de la demande. Ce projet précisait qu'une atteinte à la santé causant une incapacité de travail et de gain de 100% était retenue à partir du 1er janvier 2014, de sorte que l'assuré avait droit à une rente entière dès le 1er janvier 2015. Toutefois, compte tenu du dépôt tardif de la demande, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1er octobre 2019.

i. Dans un courrier daté du 22 janvier 2020, AXA a indiqué à l'OAIE qu'elle envisageait de verser à l'assuré une rente d'invalidité. Elle attendait cependant une décision chiffrée de la caisse de compensation, afin de pouvoir établir un calcul de surindemnisation.

j. Par décision formelle du 31 janvier 2020, l'OAIE a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2019, sur la base d'une incapacité de travail et de gain de 100% depuis le 1er janvier 2014.

k. À l'issue d'un échange de correspondance avec l'assuré – à l'occasion duquel elle a appris que ce dernier avait bénéficié des prestations de l'assurance-chômage – AXA a informé l'intéressé, par pli du 26 février 2020, qu'elle refusait (finalement) de lui verser une rente d'invalidité. En effet, l'assuré avait bénéficié de plusieurs périodes de chômage, durant lesquelles il avait été jugé apte au placement et jouissait donc d'une pleine capacité de travail. Il avait notamment

perçu plus de 534 indemnités journalières de Pôle Emploi entre le 20 avril 2016 et le 31 décembre 2018. Au vu du résultat de ses investigations et du dépôt tardif de la demande auprès de l'OAIE, AXA ne s'estimait pas liée par la décision de l'assurance-invalidité. Le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue dès janvier 2014 et l'invalidité devait être considéré comme rompu, au regard des périodes de chômage dont avait bénéficié l'assuré.

l. Dans un courriel daté du 24 mars 2020, l'assuré a transmis à AXA un nouveau certificat établi par le Dr C_____, tout en précisant que « la juriste […] qui s'occup[ait] de son dossier [lui avait] demandé une attestation d'incapacité de travail, même durant les périodes de chômage ».

Dans ledit certificat, daté du même jour, le Dr C_____ attestait que l'assuré avait été incapable d'exercer toute activité professionnelle depuis le 1er trimestre de l'année 2014, ceci même durant les périodes pour lesquelles il avait été indemnisé par l'assurance-chômage. Le praticien ajoutait que les « médecins contrôleurs de la sécurité sociale » avaient tenté de mettre fin aux arrêts-maladie, que l'assuré avait alors basculé sur une période de chômage, qu'une reprise du travail s'était soldée rapidement par un échec et qu'enfin, « un médecin contrôleur sécu [avait] fini par conclure que la seule solution était le passage en invalidité ».

m. Dans un courrier adressé à AXA le 29 juin 2020, l'assuré, par l'entremise du GROUPEMENT TRANSFRONTALIER EUROPÉEN, a protesté contre le refus d'AXA de lui verser une rente. Il avait travaillé en Suisse du 21 février 2011 au 31 août 2014 et avait été mis plusieurs fois en arrêt de travail pour cause de maladie avant d'être licencié. Il s'était inscrit à Pôle emploi, car son employeur ne l'avait jamais informé du fait qu'il aurait pu bénéficier des indemnités journalières par son assurance perte de gain. Son inscription au chômage lui avait permis de bénéficier d'un suivi adapté à son état de santé et de l'orienter vers un emploi adapté. Il avait été mis en arrêt maladie du 13 novembre 2014 au 20 avril 2016, période durant laquelle il avait été hospitalisé à plusieurs reprises et avait alors bénéficié des indemnités journalières par la CPAM. En mai 2016, comme il faisait peu de crises et qu'il s'isolait, les services sociaux l'avaient orienté vers Pôle emploi pour une prise en charge par le Cap emploi (NDR : organisme de placement destiné aux personnes souffrant d'un handicap) ; l'objectif était de mettre en place une réadaptation professionnelle à son état de santé irrégulier. Dans ce cadre, il avait alterné des périodes d'indemnités journalières versées par la CPAM et par le Pôle emploi. Finalement, il avait bénéficié d'une pension d'invalidité de deuxième catégorie, cumulable avec l'ARE. L'orientation vers Pôle emploi avait été effectuée dans l'objectif d'une réadaptation professionnelle, mais son état ne s'était pas amélioré et ne permettait pas l'exercice d'une profession. S'agissant de l'annonce tardive à l'assurance-invalidité l'assuré soulignait que l'annonce à l'OAIE avait été faite par le biais de la CPAM, dans le cadre d'une procédure interétatique, et que la constitution du dossier AI nécessitait l'envoi de formulaires, ainsi que d'une demande par la CPAM. De

surcroît, AXA ne s'était pas opposée au préavis de décision de l'assurance-invalidité. Au regard de ces éléments, il invitait AXA à lui accorder une rente dès 2014.

n. Le 21 août 2020, par l'intermédiaire d'un avocat, l'assuré a invité derechef AXA à lui verser des prestations, tout en soulignant que, même s'il avait effectivement reçu des indemnités de chômage pendant sept mois en 2016, onze mois en 2017 et un mois en 2018, ces périodes de chômage avaient été entrecoupées par des incapacité de travail indemnisées par l'assurance-maladie, notamment du 22 au 27 juin 2017, puis du 23 août au 6 octobre 2017.

o. Par courrier du 22 octobre 2020, AXA a confirmé son refus d'octroi de rente, rétorquant que l'interruption des périodes de chômage n'était pas démontrée. En particulier, AXA ne pouvait admettre une telle interruption sur la base du certificat établi par le Dr C_____ en mars 2020, attestant d'une incapacité de travail pour une période rétroactive, remontant au début de l'année 2014.

C. **a.** Par acte du 11 novembre 2020, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre d'AXA, concluant, sous suite de dépens, à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser les prestations réglementaires dès le 1er novembre 2015, avec intérêts à 5% dès le 1er novembre 2020, subsidiairement à ce que ces prestations lui soient versées dès le 1er octobre 2019, avec intérêts à 5% dès le 1er novembre 2020. Il a requis de la défenderesse la production de ses règlements de prévoyance et de son dossier auprès de l'assurance-invalidité.

En substance, le demandeur fait valoir que, contrairement à ce qu'AXA laisse entendre, le Dr C_____ ne s'est pas contenté d'attester rétrospectivement une incapacité de travail dès le premier trimestre de l'année 2014. Il a aussi établi, les 12 mai et 2 juin 2014, des certificats d'incapacité de travail en « temps réel ». S'agissant de l'interruption de la connexité temporelle invoquée par la défenderesse, en lien avec des périodes d'indemnisation par l'assurance-chômage, il argue que lesdites périodes ont été entrecoupées de nombreuses incapacités de travail. Le demandeur en conclut que son incapacité de travail est indiscutablement en lien de connexité temporelle et matérielle avec l'invalidité.

À l'appui de sa demande, il joint un bordereau de pièces, comprenant notamment :

- copie des certificats d'arrêt de travail qui lui ont été prescrits par le Dr C_____ les 12 mai et 2 juin 2014 ;
- diverses « attestation de paiement des indemnités journalières » versées par la CPAM entre le 1er janvier 2014 et le 17 décembre 2018.

b. Invitée à se déterminer, la défenderesse conclut au rejet de la demande.

Comme cela ressort de son règlement de prévoyance, le versement de prestations postérieurement à la dissolution du rapport de prévoyance suppose non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à l'époque où l'assuré lui était affilié, mais

encore qu'il existe une relation d'étroite connexité matérielle et temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité. En l'occurrence, les premières visites du demandeur aux urgences en raison de troubles psychiatriques sont documentées depuis novembre 2014, période à laquelle l'intéressé n'était plus employé, mais demandeur d'emploi et donc apte au placement. Hormis dans des rapports médicaux très récents, dont la valeur probante est « mise à mal » en tant qu'ils situent l'incapacité de travail de façon rétroactive, la crise ayant justifié une incapacité de travail durable n'a pas été datée de la période durant laquelle le demandeur était employé en Suisse et affilié auprès d'elle.

Par ailleurs, la défenderesse relève que, même à supposer qu'il existe un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail et l'invalidité, il n'en demeure pas moins que, postérieurement à la fin des rapports de prévoyance, le demandeur s'est inscrit à Pôle emploi comme demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Il a bénéficié d'ARE et a pu mettre à profit ses capacités dans le cadre d'une mission temporaire d'environ trois mois. L'octroi de l'ARE supposait non seulement l'inscription comme demandeur d'emploi, mais également la recherche effective d'un emploi et l'aptitude physique à l'exercice d'un emploi, de sorte que cette situation était propre à donner aux tiers l'impression que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail. Or, selon la jurisprudence, la situation telle qu'elle apparaissait de l'extérieur était déterminante pour apprécier la relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité.

En définitive, la défenderesse considère qu'aucun lien de connexité matériel entre l'incapacité de travail et l'invalidité n'a été établi, et que même si tel avait été le cas, ce lien aurait quoi qu'il en soit été rompu, au vu du placement et des ARE dont le demandeur a bénéficié.

À l'appui de sa réponse, la défenderesse a joint un certain nombre de pièces (au nombre desquelles, notamment son règlement de prévoyance, le dossier AI du demandeur et divers décomptes relatifs aux allocations de chômage perçues en France), accompagnées d'un bordereau.

c. Le demandeur souhaitant une copie des pièces produites par la défenderesse et ayant été informé que les photocopies effectuées par le greffe de la Cour de céans seraient soumises à émolument (d'environ CHF 300.-, au vu du grand nombre de pages), a requis la production d'un deuxième tirage par la défenderesse.

d. Par pli du 23 mars 2021, cette dernière a répondu qu'elle en avait déjà produit un exemplaire à l'appui de sa réponse et qu'il ne lui appartenait pas « de se muer gracieusement en service de photocopie » pour le compte du mandataire de l'assuré. Elle annonçait qu'elle ne procéderait aux copies requises que contre paiement d'un émolument de CHF 150.-.

e. À l'occasion d'une audience devant la Cour de céans, le 22 avril 2021, le conseil du demandeur a protesté contre le refus de l'institution de prévoyance défenderesse de lui fournir gratuitement un second exemplaire de ses pièces.

f. Dans sa réplique, le demandeur a persisté dans ses conclusions au fond et sollicité, pour le surplus, le remboursement de la somme de CHF 150.- dont il a dû s'acquitter auprès de l'étude du conseil de la défenderesse afin d'obtenir une copie du bordereau d'AXA. En outre, le demandeur a requis la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer sa capacité de travail dès le 1er janvier 2014 et l'origine médicale des incapacités de travail subséquentes.

Contrairement à ce que laisse entendre la défenderesse, il est selon lui erroné de prétendre que ses troubles psychiatriques ne se sont manifestés qu'à partir de novembre 2014 ; une hospitalisation n'est en effet pas nécessaire pour conclure à l'existence d'une incapacité de travail déterminante. Les documents produits à l'appui de sa demande (certificats du Dr C_____ des 12 mai et 2 juin 2014 et résumés de ses consultations auprès du Dr C_____, notamment) ne sont pas des « documents rétroactifs », mais correspondent à des certificats d'incapacité de travail établis en « temps réel » pendant la période d'assurance, de sorte que la condition de connexité matérielle est indiscutablement remplie.

S'agissant de la connexité temporelle, le seul rapport de travail invoqué par la demanderesse a été interrompu par des arrêts de travail de 5 et 14 jours, comme en témoignent des attestations de paiement d'indemnités journalières de la CPAM annexées à ses écritures, de sorte qu'il ne saurait être considéré comme suffisant pour interrompre la connexité temporelle, pas plus que les périodes d'indemnisation de l'assurance-chômage, vu l'appréciation de l'assurance-invalidité et celle du Dr M_____. Il rappelle qu'il est atteint d'un trouble bipolaire, c'est-à-dire une maladie évoluant par poussée.

À l'appui de sa réplique, l'assuré produit diverses pièces, notamment :

- diverses captures d'écran des notes personnelles prises par le Dr C_____ à l'occasion de ses entretiens avec son patient, entre décembre 2012 et novembre 2017;
- un certificat rédigé par le Dr C_____ le 16 novembre 2020, contenant le passage suivant : « Je […] certifie que les arrêts de travail prescrits à [l'assuré] en 2014 sont en lien direct avec la pathologie qui aura conduit à sa mise en invalidité. Je l'ai reçu tout d'abord le 24 février 2014, il a évoqué avant tout des troubles du sommeil, qu'il ne savait à quoi rattacher. Dès sa consultation du 12 mai, il a demandé à voir un psychiatre et s'est rapproché du centre T_____ à Annemasse, puis durant l'été du CMP de la Roche-sur-Foron. En novembre 2014, il s'est présenté aux urgences du CHAL pour ses troubles. Il a demandé que l'on fasse un dossier pour la clinique E_____ à Meyzieu, où il a été hospitalisé en 2015. Je confirme donc à nouveau, par la présente, que les 8 consultations effectuées entre février et décembre 2014, ainsi que les arrêts prescrits durant cette période, étaient en lien direct avec sa pathologie […] ».

g. Dans sa duplique, la défenderesse a persisté dans ses conclusions tendant au rejet de la demande.

Elle rappelle que, selon la jurisprudence, les constatations effectuées par des organes de l'assurance-invalidité au-delà des douze mois précédant le dépôt (tardif) de la demande n'ont pas force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle. En l'occurrence, elle estime ne pas être liée par la constatation – lacunaire – des faits effectuée par l'OAIE, qui a fixé la date de la survenance de l'invalidité en se fondant sur des rapports rédigés en 2019, faisant abstraction de la période de réinsertion, ainsi que de l'amélioration notable de l'état de santé du demandeur entre 2015 et 2017 (éléments n'ayant au demeurant pas d'incidence sur le versement de prestations par l'assurance-invalidité).

Au sujet du lien de connexité temporelle, la défenderesse rappelle que le demandeur a reçu un nombre très important d'indemnités journalières de l'assurance-chômage française, en tant que demandeur d'emploi pleinement apte au placement, notamment sans interruption entre avril et novembre 2016, puis entre janvier et novembre 2017. L'intéressé a d'ailleurs accompli une mission de travail temporaire à plein temps, de septembre à décembre 2016. Il est incontestable qu'il a recouvré sa capacité de gain dès avril 2016 et jusqu'en 2017, sous réserve de deux brefs arrêts de travail n'ayant pas été justifiés médicalement et n'ayant pas excédé quelques jours.

La défenderesse en conclut que, même si la Cour devait reconnaître l'existence d'un lien de connexité entre l'incapacité de travail survenue durant l'affiliation du demandeur et les troubles ayant conduit à l'octroi d'une rente AI, un lien de connexité temporelle fait quoi qu'il en soit défaut.

h. Le demandeur soutient que le prétendu rétablissement d'une capacité de travail durable de 2016 à 2017 n'est démontré par aucune pièce au dossier.

Le fait qu'il n'a pas transmis de certificat médical à son employeur, comme l'affirme la défenderesse, ne l'a pas empêché d'être indemnisé pour ces incapacités de travail par l'assurance-maladie. La courte période de rétablissement de la capacité de travail invoquée a duré trois mois et été interrompue par deux incapacités de travail d'un total de 19 jours, alors que, selon la jurisprudence, le lien de connexité temporelle ne peut être interrompu qu'en cas de recouvrement d'une capacité de travail d'au moins 80% pendant une période suffisamment longue. Quant aux périodes de chômage, elles n'ont duré que quelques mois en 2016 et n'ont pas la même valeur que des périodes de travail effectif. Au regard, par ailleurs, des notes d'entretien prises par le Dr C_____ entre novembre 2016 et janvier 2017, on ne peut raisonnablement soutenir qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail en 2016-2017.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO - RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP - RS 831.40]; art. 142a du Code civil [CC - RS 210]).

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

2. En matière de prévoyance professionnelle, le for de l'action est au siège ou au domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

En l'occurrence, l'assuré a travaillé pour une succursale de l'entreprise B_____ SA, sise dans le canton de Genève (Plan-les-Ouates).

La Chambre de céans est donc compétente à raison du lieu et de la matière pour juger du cas d'espèce.

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.

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

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 1er 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.

6.

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.

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).

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).

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).

7.

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).

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).

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).

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).

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).

9.

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 1er 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.

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 1er 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 1er 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.

9.3 Le demandeur a été affilié à AXA du 1er 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 1er 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.

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'invalide 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.

10.

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 […].

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]).

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).

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.

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 1er 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.

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]).

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).

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 prester. Sur ce point, la demande doit être rejetée.

11.

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.

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 influer 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).

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.

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).

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).

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).

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).

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 1er 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 21ème (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'arrêté n'excède, en règle générale, pas CHF 10'000.-. Enfin, en vertu de l'art. 3 LFPA, 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.

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.

12. Entièrement mal fondée, la demande ne peut qu'être rejetée.

13. La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP et art. 89H al. 1 LPA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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