RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1789/2020 **ATAS/198/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mars 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à EYSINS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER — demandeur

contre

CAISSE DE PENSIONS POSTE, sise Viktoriastrasse 71, BERNE — défenderesse

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESCHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1975, marié et père d'un enfant, a travaillé pour la société B_____ SA du 1er septembre 2010 au 31 janvier 2016. Il était affilié auprès de la caisse de pensions Poste (ci-après : la caisse ou la défenderesse) pour la prévoyance professionnelle.

2. Dans son dernier certificat de prévoyance, au 1er janvier 2016, figuraient un salaire déterminant de CHF 112'057.85, une prestation de libre passage du plan de base I de CHF 142'608.85, une prestation de libre passage du plan complémentaire I de CHF 1'502.45, une rente annuelle d'invalidité de CHF 48'060.65 ainsi qu'une rente annuelle d'enfant d'invalide de CHF 9'612.15.

3. Le 12 août 2013, l'assuré a été victime d'une crise d'épilepsie et a dû être conduit à l'Hôpital de Payerne où des examens ont révélé une lésion fronto-temporale insulaire. Un diagnostic d'astrocytome OMS de grade II, IDH–1 muté, fronto-temporo-insulaire gauche a été posé le 2 septembre 2013. Un tel diagnostic indiquait une espérance de vie médiane d'environ sept ans.

4. Un traitement de chimiothérapie par Témozolomide a été débuté au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) le 10 octobre 2013 et jusqu'au 5 août 2014. En outre, compte tenu de crises épileptiques partielles motrices et généralisées diagnostiquées dès le 13 août 2013, l'assuré a dû suivre un traitement pour prévenir de nouvelles crises et a été obligé de renoncer à conduire.

5. Le 15 mai 2014, l'assuré présentait un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et une fatigabilité importante limitant sa capacité d'adaptation et sa résistance. Il était capable de faire son travail habituel mais avec un rendement réduit (rapport du docteur C_____du 15 mai 2014).

6. L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % du 2 septembre 2013 au 9 janvier 2014, à 70 % du 9 janvier au 3 mars 2014, à 50 % du 3 mars au 7 avril 2014 et de 40 % du 7 avril au 30 juin 2014, puis de 20 % dès le 1er juillet 2014. Il a repris le travail à 100 % dès le 1er septembre 2014.

7. Le 15 mars 2015, le Dr C_____a relevé dans un formulaire destiné à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) que tant la tumeur que les crises d'épilepsie avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, lequel présentait toujours une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur, soit des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical. L'évolution était favorable sur le plan oncologique après douze cycles de chimiothérapie. Les crises d'épilepsie avaient diminué. L'assuré pouvait reprendre progressivement le travail sans adaptation nécessaire. Il était limité par l'interdiction de conduire. Le médecin expliquait les troubles de la mémoire et les difficultés de communication par la tumeur cérébrale.

8. L'OAI a, par décision du 25 septembre 2015, retenu un degré d'invalidité de 20 %, sous forme de limitation de rendement, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une rente alors qu'il en avait fait la demande le 18 mars 2014.

9. B_____ SA a mis fin aux rapports de travail avec l'assuré au 31 janvier 2016, pour un motif qui n'était pas en lien avec son invalidité résiduelle, selon les termes du certificat de travail remis à l'assuré.

10. Après une brève période de chômage, l'assuré a été engagé en juin 2016 par la société D_____SA, laquelle a résilié le contrat au mois de juin 2017, avec effet, reporté, au 31 août 2017. Les prestations de l'assuré avaient été jugées insuffisantes et ce dernier peinait à atteindre les objectifs malgré une discussion du mois de janvier 2017 et le soutien de l'un de ses collègues.

11. L'assuré a connu une nouvelle période de chômage durant laquelle il a été affilié à la fondation institution supplétive LPP comme assurance de risque des chômeurs.

12. Le 22 mars 2018, le CHUV a sollicité la révision de la décision de l'OAI du 25 septembre 2015, en raison d'une progression de la tumeur objectivée par IRM cérébrale le 16 janvier 2018. Il en résultait une péjoration importante des capacités neurocognitives de l'assuré qui compromettait sérieusement ses capacités de travail. Le pronostic était réservé et l'espérance de vie médiane était de deux ou trois ans.

13. Par décisions des 8 avril et 13 mai 2019, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité et d'une rente pour enfants de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) avec effet au 1er août 2018. Le taux d'invalidité retenu était de 80 % dès le 16 janvier 2018 ; avant cela l'invalidité était de 20 %.

14. À la suite de ces décisions, la fondation institution supplétive LPP a mis l'assuré au bénéfice de rentes d'invalidité pour l'assuré et son enfant avec effet au 1er août 2018.

15. Par courrier du 6 février 2020, l'assuré a sollicité de la caisse qu'elle se positionne quant à la prise en charge du versement des prestations LPP, ce que cette dernière a refusé au motif que l'assuré avait jouit d'une capacité de travail alors qu'il avait travaillé durant un an pour D_____SA et n'était plus affilié auprès d'elle.

16. Selon un avis médical du CHUV du 29 avril 2020, l'assuré n'avait pu récupérer qu'une capacité de travail partielle durant la période comprise entre septembre 2014 et janvier 2018, en raison de la persistance de la lésion cérébrale et des effets secondaires de la thérapie antiépileptique « sur forme » de ralentissement neurocognitif et de fatigue importante ayant perduré pendant toute la période du traitement. Le pronostic en 2015 était fortement dépendant de la réponse au traitement, sans jamais s'attendre à une guérison (rapport de la docteure E_____ du 29 avril 2020).

17. Le 22 juin 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'une action en paiement contre la caisse.

18. Dans son action, le demandeur s'est fondé sur les art. 23 et 26 al. 4 LPP. Son invalidité était due à une tumeur au cerveau diagnostiquée en septembre 2013 alors qu'il était affilié à la caisse défenderesse. Il avait eu plusieurs incapacités de travail. L'affection dont il souffrait ne s'était jamais amendée mais au contraire aggravée. Le 25 septembre 2015, le degré d'invalidité était de 20 % à l'issue du délai d'attente d'un an prévu par l'OAI, la diminution de rendement était présente depuis le début de la maladie jusqu'à son aggravation. La récupération de la capacité de travail était partielle et la lésion cérébrale persistait avec des effets secondaires de la thérapie antiépileptique, le tout sous forme de ralentissement neurocognitif et une fatigue importante. La caisse défenderesse invoquait un emploi de quelques mois pour invoquer une rupture du lien de connexité temporelle, alors que les prestations fournies au dernier employeur n'avaient jamais été suffisantes ce qui avait abouti à la résiliation du contrat de travail. Il n'avait ainsi pas occupé un emploi susceptible d'interrompre la connexité matérielle ou temporelle entre la survenance de l'invalidité et la lésion diagnostiquée durant la période d'affiliation à la caisse défenderesse. Il ressortait de l'ATF 138 V 409 consid. 6.2 que la connexité temporelle ne pouvait être rompue que lorsqu'il s'était écoulé une longue interruption d'incapacité de travail, ce qui n'était pas le cas en l'espèce puisqu'une diminution de rendement de 20 % avait toujours persisté. L'affection à l'origine de l'invalidité était importante, grave, objectivable à l'imagerie et ne pouvait être guérie. Il concluait à ce que la chambre de céans constate que la caisse défenderesse était compétente pour lui verser des prestations d'invalidité dès le 1er août 2018, la condamne à ce titre à lui verser une rente d'au minimum CHF 48'060.- et une rente d'enfant d'au minimum CHF 9'612.- dès le 1er août 2018, qu'elle dise que le montant était dû avec intérêt à 5 % l'an dès la fin de chaque échéance mensuelle, qu'elle dise qu'en conséquence les prestations versées par la fondation institution supplétive LPP étaient des prestations préalables au sens de l'art. 26 al. 4 LPP et qu'elle condamne la caisse défenderesse à prélever sur les montants de rente obtenus à titre rétroactif les prestations préalables versées par ladite fondation à qui elles revenaient. Il sollicitait des dépens.

19. Par acte du 16 juillet 2020, la caisse défenderesse a répondu à la demande du 22 juin 2020 et a conclu au rejet de celle-ci, sous suite de frais et dépens. À teneur du dossier de l'OAI, l'assuré a été en incapacité de travail de 100 % du 12 août 2013 au 8 janvier 2014 et de 70 % du 9 janvier au 30 janvier 2014, date à partir de laquelle une reprise progressive du travail avait débuté dans l'activité habituelle. Aucune limitation fonctionnelle n'était relevée à l'exception d'une fatigue en lien avec le traitement de chimiothérapie ; l'évolution était en amélioration. L'assuré souhaitait reprendre son activité habituelle à 100 %. La capacité de travail a été de 50 % dès le 3 mars 2014 et de 60 % dès le 7 avril 2014 selon le rapport médical du Dr C_____; l'assuré était capable d'effectuer son travail avec un rendement réduit. Dès le 1er juillet 2014, l'assuré avait repris le travail à 80 % avec un rendement réduit, puis dès le 1er septembre 2014, à 100 % à la suite de l'interruption du traitement de chimiothérapie en août 2014. Selon le

rapport final du 28 juillet 2015, l'assuré avait repris son activité habituelle à plein temps depuis le mois de septembre 2014. La situation médicale semblait progressivement se stabiliser d'autant plus que la dernière crise d'épilepsie avait eu lieu au mois de novembre 2014. La fatigue avait diminué mais des difficultés de concentration, de mémorisation et l'utilisation d'un mot pour un autre étaient plus fréquentes qu'avant l'atteinte. L'assuré avait fait une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, le 20 février 2018, en raison d'une récidive de sa tumeur. Un nouveau traitement de radiothérapie avait été entrepris le 25 mars 2018. Le pronostic était réservé. L'OAI a rédigé un nouveau projet de décision daté du 4 février 2019 par lequel il envisageait l'octroi d'une rente d'invalidité avec effet au 1er août 2018. La décision constatait une aggravation de l'état de santé de l'assuré qui avait conduit à une incapacité de travail et de gain de 80 % depuis le 16 janvier 2018. Le taux d'invalidité de 40 % avait été reconnu dès la fin du nouveau délai d'attente, soit le 17 mai 2018. Au vu de la date du dépôt de la demande, le droit à la rente prenait naissance le 1er août 2018. Les prestations en cas d'invalidité étaient réglées au chapitre 4 du règlement de la caisse. Les personnes assurées, invalides à 25 % au moins, avaient droit à une rente pour autant qu'elles aient été assurées auprès de la caisse lors de la survenance de l'incapacité de travail. Ce règlement reprenait la définition de l'invalidité de l'AI. Dans ce cas la connexité matérielle relative à l'atteinte à la santé n'était pas contestée. En revanche, la caisse défenderesse contestait la connexité temporelle entre le début de l'incapacité de travail et la survenance de l'invalidité laquelle avait été rompue après la sortie de la caisse par une courte période de chômage puis l'engagement auprès d'une autre entreprise dès le 1er juin 2016 à plein temps. Elle concluait au rejet de toutes les conclusions de la demande. La caisse défenderesse ajoutait que si la chambre de céans devait arriver à la conclusion que la caisse était tenue de verser les prestations, il faudrait tenir compte d'un intérêt moratoire de 2 % dès la date de l'ouverture de l'action, conformément au feuillet du plan de base I au 1er janvier 2019.

20. Par courrier du 17 août 2020, l'assuré a proposé une réplique. Il a persisté à dire que la fin du rapport de travail avec B_____ était liée à son invalidité résiduelle. Il a versé quatre documents à l'appui de son allégué, à savoir un protocole d'entretien du 26 mai 2015, un avertissement du 10 juillet 2015, un protocole d'entretien du 3 septembre 2015 ainsi qu'un courrier de résiliation du 3 septembre 2015. Il sollicitait l'audition du Dr C_____.

21. Le 1er septembre 2020, la caisse défenderesse a proposé une duplique. Les documents présentés par le demandeur ne démontraient pas que la résiliation des rapports de travail avec B_____ était liée à des problèmes de santé ou en lien avec des limitations fonctionnelles. La situation médicale s'était stabilisée dès le 1er septembre 2014 jusqu'à la sortie de la caisse au 31 janvier 2016. La résiliation du contrat avec D_____AG était liée à des prestations insuffisantes selon la lettre de résiliation, les raisons pour lesquelles les objectifs n'avaient pas été atteints

n'étaient pas mentionnées. Les documents médicaux laissaient apparaître une détérioration subite de l'état de santé de l'assuré au début de l'année 2018.

22. Par courrier du 9 septembre 2020, l'assuré a persisté intégralement dans ses précédentes conclusions. Il prenait acte du fait que la caisse défenderesse admettait désormais que les deux rapports de travail avaient été résiliés pour les mêmes motifs par les employeurs respectifs de l'assuré. Si l'on constatait une rupture de la connexité temporelle dans le cas d'un employé qui, après avoir été licencié, faisait des efforts pour retrouver un emploi pour réduire les conséquences de son invalidité, cela revenait à punir systématiquement l'assuré faisant de tels efforts, lorsque ceux-ci n'étaient pas couronnés de succès.

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. 142 du Code civil [CC - RS 210]).

2. Les autorités visées par l'art. 73 LPP sont compétentes ratione materiae pour trancher les contestations qui portent sur des questions spécifiques de la prévoyance professionnelle, au sens étroit ou au sens large. Ce sont donc principalement des litiges qui portent sur des prestations d'assurance, des prestations de libre passage (actuellement prestations d'entrée ou de sortie) et des cotisations. En revanche, les voies de droit de l'art. 73 LPP ne sont pas ouvertes lorsque la contestation a un fondement autre que le droit de la prévoyance professionnelle, même si elle devait avoir des effets relevant du droit de ladite prévoyance (cf. Ulrich MEYER-BLASER, Die Rechtsprechung vom Eidgenössischen Versicherungsgericht und von Bundesgericht zum BVG, 2000-2004, in RSAS 49/2005, p. 258 ss).

   En l'espèce, le demandeur sollicite le versement d'une rente d'invalidité fondée sur l'art. 23 al. 1 let. a LPP. Dès lors, la contestation porte sur une question spécifique au droit de la prévoyance professionnelle et relève des autorités juridictionnelles mentionnées à l'art. 73 LPP.

   La chambre de céans est compétente.

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 la question de savoir s'il existe un rapport de connexité temporelle entre l'incapacité de travail du demandeur survenue à l'époque où il était affilié auprès de la défenderesse et son invalidité, le lien de connexité matérielle n'étant pas contesté.

5. 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.

6. 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.

7. 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).

8. 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). 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.

9. La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité exigée par la jurisprudence pour fonder l'obligation de prester d'une institution de prévoyance à laquelle était affilié l'intéressé (ATF 130 V 270 consid. 4.1 p. 275 et

les arrêts cités) 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. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou dans le champ des activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 p. 23 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure - en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée - se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit cependant permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 p. 27 ; arrêt 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 2.2, in SVR 2014 BVG n° 1 p. 2 et les références citées).

10. Parmi les circonstances à prendre en compte pour apprécier la relation de connexité temporelle, il y a également les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré perçoit 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 (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). On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 23/01 du 21 novembre 2002 consid. 3.3). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI comme principe directeur (« Richtschnur »). Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit aux prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. 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 p. 22 s. et les références ; 123 V 262 consid. 1c

p. 264 ; 120 V 112 consid. 2c/aa p. 117 ; arrêt 9C_335/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.2).

11. Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP, il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.2).

12. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe 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. En tant qu'elles ont pour objet une période antérieure, les constatations et autres appréciations des organes de l'assurance-invalidité n'ont, de fait, aucune force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_414/2007 du 25 juillet 2008 consid. 2.4 ; I 349/05 du 21 avril 2006 consid. 2.3 et I 204/04 du 16 septembre 2004).

13. En l'espèce, l'invalidité du demandeur est due à la récidive de sa tumeur cérébrale.

    Le demandeur a été en mesure de reprendre son activité habituelle à 100 % dès le 1er septembre 2014. Les documents médicaux attestent cependant que le demandeur souffrait de diverses limitations. Ainsi le Dr C_____ relevait, le 15 mars 2015, que tant la tumeur que les crises d'épilepsie avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, lequel présentait toujours une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur, soit des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical. En outre, il ressort de son écrit que l'assuré avait des troubles de la mémoire et des difficultés de communication en raison de la tumeur cérébrale. Si l'évolution était

favorable sur le plan oncologique après douze cycles de chimiothérapie, la durée de vie médiane était d'environ sept ans. Les crises d'épilepsie persistaient bien que l'assuré en avait moins. Ce tableau dressé en mars 2015, alors que l'assuré s'est vu notifier son licenciement en septembre de la même année, démontre à n'en point douter les difficultés rencontrées par l'assuré dans le cadre de la reprise de son travail.

Si le demandeur a retrouvé une activité professionnelle à plein temps dès le mois de juin 2016, son nouvel employeur a rapidement constaté que les résultats du demandeur n'étaient pas suffisants, puisqu'une discussion avait déjà eu lieu en janvier 2017 au sujet des difficultés rencontrées par l'assuré pour atteindre les objectifs attendus de lui.

La durée pendant laquelle le demandeur a été employé par D_____AG, bien que supérieure à trois mois, ne suffit dans ces circonstances pas à considérer que le lien de connexité temporelle a été interrompu.

Les difficultés auxquelles a été confronté l'assuré en raison de sa maladie et les suites du traitement contre l'épilepsie, l'invalidité de 20 % retenue par l'OAI ainsi que la diminution du rendement liée aux affections qui ont persisté à teneur des rapports du Dr C_____ ainsi que les efforts que l'assuré a déployés pour continuer son activité ne sauraient être ignorés.

En outre, la nature de l'atteinte et le diagnostic notamment en terme d'espérance de vie pour un assuré souffrant de cette tumeur cérébrale conduisent à admettre un lien de connexité temporelle. L'art. 88a al. 1 RAI réserve d'ailleurs expressément l'hypothèse où une complication prochaine est à craindre, ce qui était le cas pour l'assuré qui avait certes fini douze cycles de chimiothérapie en 2014 mais dont la tumeur cérébrale existait et réduisait drastiquement l'espérance de vie.

Et si une amélioration a été observée dès 2014, la tumeur a cependant conduit à une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès janvier 2018, soit moins de cinq ans après le premier diagnostic.

Au vu de ce qui précède, la connexité temporelle n'a pas été interrompue par l'activité professionnelle exercée pour D_____AG.

14. Dès lors que les faits médicaux à l'appui de ce résultat sont établis à un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne sont pas susceptibles de modifier cette appréciation, il est inutile d'administrer d'autres preuves telle que l'audition requise dans le recours (appréciation anticipée des preuves ; ATF 136 I 229 consid. 5.3).

15. La demande sera admise.

16. S'agissant des conclusions, la chambre de céans condamnera la caisse défenderesse à verser des rentes à l'assuré et à son enfant dès le 1er août 2018, celle-ci étant compétente pour verser ces prestations d'invalidité.

Cela étant constaté, il convient d'inviter la défenderesse à fixer le montant des prestations dues au demandeur (invalidité complète ; 55 % du salaire annuel assuré ; rente d'enfant). Il lui appartiendra de tenir compte dans le cadre de ses calculs des prestations de tiers versées dans l'intervalle ou au titre de l'art. 26 al. 4 LPP.

17. Dans ses conclusions, le demandeur requiert en outre l'octroi d'intérêts moratoires à 5 % dès chaque échéance de rentes mensuelles.

    Selon la jurisprudence, l'obligation de verser des intérêts moratoires sur des rentes d'invalidité échues existe non seulement dans le domaine de la prévoyance obligatoire mais aussi dans le domaine du surobligatoire. Dans les deux hypothèses, s'appliquent les règles des articles 102 ss de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (Livre cinquième: Droit des obligations) (CO ; RS 220), à défaut de disposition réglementaire. La disposition de l'art. 26 al. 2 LPGA n'est pas applicable en matière de prévoyance professionnelle. Est déterminant, selon le Tribunal fédéral, en particulier l'art. 105 al. 1 CO. Selon cette disposition, le débiteur en demeure pour le paiement notamment « d'arrérages » ne doit l'intérêt moratoire qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice. La ratio legis de cette disposition, laquelle déroge à la règle générale de l'art. 102 al. 1 CO, est que le créancier, selon l'expérience générale, n'investit pas les rentes en cause pour en tirer des revenus, mais les utilise aux fins d'assurer son entretien (arrêt du Tribunal fédéral B 136/06 du 9 juillet 2007 consid. 6 non publié in ATF 133 V 408 ; ATF 137 V 373 consid. 6.6 et 119 V 131 consid. 4c).

    En l'espèce, les dispositions réglementaires, soit dans le feuillet annexé au plan de prévoyance, prévoient un intérêt de 2 %, de sorte que le taux de 5 % ne trouve pas application.

    Par conséquent, un intérêt de 2 % l'an est dû et doit être versé au plus tôt à compter du dépôt de l'action en justice, soit dès le 22 juin 2020.

18. Les prestations versées par la fondation institution supplétive LPP doivent être considérées comme des prestations préalables au sens de l'art. 26 al. 4 LPP, de sorte que la caisse défenderesse sera condamnée à prélever sur les montants des rentes à verser au demandeur les prestations préalables versées par ladite fondation à qui elles reviennent.

19. Le demandeur qui obtient gain de cause a droit à des dépens, lesquels seront fixés à CHF 1'500.-, et mis à la charge de la défenderesse.

20. Pour le surplus, 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. L'admet.
3. Condamne la Caisse de pensions Poste à verser à Monsieur A_____, dès le 1er août 2018, sous réserve de la surindemnisation, une rente d'invalidité complète de la prévoyance professionnelle, assortie de rente pour son enfant, avec intérêts à 2 % l'an dès le 22 juin 2020.
4. La Caisse de pensions Poste est invitée à fixer le montant des prestations à servir, conformément aux considérants (consid. 16 et 17 supra).
5. Condamne la Caisse de pensions Poste à verser à Monsieur A_____ une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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 NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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