

FR_GERICHTE 608 2013 169 vom 29. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_169

FR: FR_GERICHTE 608 2013 169 du 29 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 169 del 29 settembre 2015

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Berufliche Vorsorge

Erwägungen

E. 22

janvier au 28 février 2007), puis totale (dès le 1er mars 2007) en raison d'une polyarthrite rhumatoïdale, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en date du 12 septembre 2007. Dès le 1er novembre 2007, il a repris une activité lucrative à 50 % (100 % avec une diminution de rendement de 50 %) en qualité de gérant auprès du magasin E. _____ Sàrl, à B. _____. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle (ci-après: la CIEPP). Par décisions du 21 mai et du 14 juillet 2008, l'OAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 2007. Pour ce faire, il a retenu que, dès le 21 novembre 2006 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré était restreinte et qu'en novembre 2007, ce dernier était en mesure d'exercer son activité de gérant, laquelle était adaptée à son état de santé, à 100 % avec une diminution de rendement de 50 %. Du 1er juillet 2008 au 15 juillet 2009, l'assuré a travaillé à 100 % en qualité de collaborateur technique (contrôleur J. _____) auprès du Service F. _____ de l'Etat de Fribourg. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat de Fribourg (ci-après: la CPPEF). Dans un courrier du 9 mars 2010 à l'OAI, l'assuré a confirmé qu'il travaillait auprès du Service susmentionné, mais a indiqué que, depuis juin 2009, son état de santé s'était considérablement détérioré et qu'il était à nouveau en incapacité totale de travail. Par décision du 23 septembre 2010, la demi-rente d'invalidité a été supprimée avec effet rétroactif au 1er juillet 2008, au motif que l'assuré avait travaillé à 100 % dès cette date et qu'il n'avait pas respecté son devoir d'information. Par communication du 1er février 2011, l'OAI lui a octroyé des mesures professionnelles sous la forme d'un reclassement professionnel en tant qu'auxiliaire K. _____ auprès du Service F. _____ du 1er mars 2011 au 29 février 2012 au taux de 50 %. Suite à ce reclassement, l'assuré a bénéficié, dès le 1er janvier 2012, d'un engagement de durée indéterminée au taux de 50 % en qualité de collaborateur technique (auxiliaire K. _____) auprès dudit service. Par décision du 11 octobre 2012, l'OAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 1er août 2009, retenant que l'assuré avait déjà bénéficié d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 2007, que celle-ci avait été supprimée avec effet au 1er juillet 2008 et que, dès le 16 juillet 2009, l'état de santé de l'assuré s'était à nouveau aggravé. Dans ces conditions, il a fait application de l'art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lequel traite de la reprise de l'invalidité après suppression de la rente.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 B. Le 6 août 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son curateur, s'est adressé à la CPPEF, afin d'obtenir des prestations de la prévoyance professionnelle en se fondant sur la décision de l'OAI. Dans sa détermination du 4 septembre 2013, la CPPEF a refusé de prester, au motif que l'incapacité de travail initiale ayant ouvert le droit à une rente d'invalidité a débuté en novembre 2006, période où l'assuré n'était pas affilié auprès d'elle. Elle a dès lors enjoint l'assuré d'adresser sa demande à l'institution de prévoyance auprès de laquelle il était assuré à cette époque. Enfin, elle a toutefois accepté de verser provisoirement une rente d'invalidité calculée sur les prestations minimales LPP (prestation préalable), jusqu'à droit connu au sujet de l'institution de prévoyance compétente. C. Par acte du 31 octobre 2013, A. _____, représenté par Me Armin Sahli, avocat, dépose auprès du Tribunal cantonal une action en justice à l'encontre de la CPPEF, concluant, sous suite de dépens, à ce que la défenderesse soit astreinte à lui verser une rente d'invalidité à un taux de 50 % dès le 1er août 2009. A l'appui de ses conclusions, il reconnaît que la connexité matérielle entre les deux incapacités de travail (en novembre 2006 et en juillet 2009) et l'invalidité n'est pas contestée. Il relève toutefois que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une reprise d'activité à 100 % durant au moins une année comme cela est le cas en l'occurrence interrompt définitivement la connexité temporelle avec l'institution de prévoyance précédente. Il estime dès lors que c'est bien la caisse de pension à laquelle il était affilié au moment de la deuxième incapacité de travail intervenue en juillet 2009 qui est compétente pour lui verser des prestations d'invalidité. Par acte séparé du même jour, il dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite totale, laquelle a été admise par décision du 27 novembre 2013. Dans sa réponse du 25 mars 2014, la défenderesse conclut au rejet de l'action. Elle souligne que le demandeur ne conteste pas l'existence d'une connexité matérielle entre la première incapacité de travail intervenue en novembre 2006 et l'invalidité. En outre, elle estime que la connexité temporelle n'a pas été interrompue, de sorte qu'il appartient à la caisse de pension auprès de laquelle il était affilié en novembre 2006 de verser des prestations d'invalidité. Elle relève à cet égard qu'il faut prendre en considération l'ensemble des circonstances du cas concret, notamment le type d'atteinte à la santé, le pronostic du médecin, les motifs qui ont amené la personne assurée à reprendre le travail ainsi que les circonstances de travail perceptibles depuis l'extérieur. Selon elle, l'activité que le demandeur a exercée durant quelques mois auprès du Service F. _____ doit être considérée comme une tentative de reprise d'activité à 100 % qui n'a pas abouti en raison de l'atteinte à la santé préexistante invalidante. Enfin, elle indique que le demandeur n'a pas rempli le questionnaire d'admission et qu'il paraît peu vraisemblable que le médecin-conseil ait eu connaissance du dossier du demandeur au moment de l'engagement. Si cela devait se confirmer, elle précise que, dans l'hypothèse où elle devrait verser des prestations, elle les limiterait aux prestations minimales LPP. Dans sa réplique du 5 mai 2014, le demandeur indique que, par décision du 23 octobre 2013, l'OAI lui a accordé une rente d'invalidité au taux de 100 % dès le 1er mars 2013. Il précise ainsi ses conclusions en demandant que la défenderesse soit astreinte à lui verser une rente d'invalidité à un taux de 50 % dès le 1er août 2009 et de 100 % dès le 1er mars 2013. Il requiert en outre formellement l'appel en cause de l'Allianz et prend les mêmes conclusions à son encontre pour le cas où l'action dirigée contre la CPPEF serait rejetée. Au sujet du questionnaire d'admission, il indique que, n'ayant pas su le remplir seul, il avait pris rendez-vous avec le médecin-conseil et que c'est lors de cet entretien que le questionnaire avait été rempli.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 Le 15 juillet 2014, la défenderesse a indiqué qu'elle ne s'opposait pas à l'appel en cause de l'Allianz. Dans un courrier du 8 août 2014, l'Allianz conclut, quant à elle, au rejet de l'appel en cause, estimant qu'il n'existe aucune relation récursoire entre elle et le demandeur ou la défenderesse. Dans une intervention écrite spontanée du 17 septembre 2014, le demandeur relève que, d'après la doctrine, l'appel en cause couvre également le cas où l'appelant entend seulement pouvoir opposer le jugement rendu à l'appelé et qu'au cas où l'appel en cause devait être rejeté, celui-ci devrait être reçu comme une dénonciation d'instance. Par décision du 2 décembre 2014, le Président de la Cour de céans a rejeté l'appel en cause, au motif que le lien de connexité entre ce dernier et la prétention principale faisait manifestement défaut. Il a en outre relevé que, dans la mesure où la dénonciation d'instance n'était pas contraignante et que le dénoncé pouvait la refuser, il paraissait évident que l'appelée en cause la refuserait, au vu de sa prise de position du 8 août 2014. Dans sa duplique du 11 juin 2015, la défenderesse confirme intégralement ses conclusions. Elle maintient que l'activité auprès du Service F. _____ ne peut être considérée que comme une tentative de reprise de travail à 100 % n'interrompant pas le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail préexistante. Elle rappelle également que, dans l'hypothèse, entièrement contestée, où le lien de connexité serait considéré comme rompu, le demandeur n'aurait droit qu'aux prestations minimales LPP, dans la mesure où il n'a pas complété ni remis le questionnaire médical qui aurait dû mentionner son invalidité antérieure. Le dossier constitué par l'OAI au nom de l'assuré a été produit et versé à la présente procédure en date du 22 juin 2015, ce dont les parties ont été informées. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

en droit 1. Intentée dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente tant à raison du lieu que de la matière par un assuré ayant qualité pour agir en justice et dûment représenté, l'action est recevable (art. 73 al. 1 et 3 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [LPP; RS 831.40]). 2. La nouvelle loi fribourgeoise du 12 mai 2011 sur la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat (LCP; RSF 122.73.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (à l'exception des articles 19 à 25 qui sont entrés en vigueur le 1er août 2011 [ROF 2011_041]) n'est ici pas applicable, conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (arrêt TF B 111/05 du 17 octobre 2006 et la référence citée). Seule l'ancienne loi fribourgeoise du 29 septembre 1993 sur la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat (aLCP), abrogée au 1er janvier 2012, régit ainsi le cas d'espèce. 3. a) En vertu de 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 Conformément à l'art. 26 LPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, les dispositions de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) s'appliquent par analogie – en matière de prévoyance obligatoire – à la naissance du droit aux prestations d'invalidité (al. 1). Celui-ci s'éteint au décès du bénéficiaire ou dès la disparition de l'invalidité (al. 3, 1ère phrase). La LPP ne définit pas la notion d'invalidité, mais se borne à renvoyer aux dispositions de la LAI. En ce qui concerne la prévoyance obligatoire (c'est-à-dire pour ce qui est des rentes d'invalidité calculées en fonction de l'avoir de vieillesse déterminant selon l'art. 24 al. 2 LPP), il existe donc une relation étroite, voulue par le législateur, entre le droit à une rente en vertu de la LAI et celui à une rente du deuxième pilier. Aussi bien la notion d'invalidité

est-elle en principe la même dans ces deux branches de l'assurance sociale (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 19 décembre 1975, FF 1976 I 200; RCC 1984 p. 542 ch. 2; HELBLING, Personalvorsorge und BVG, 3e éd., p. 190; GREBER, Les prestations relatives à l'invalidité servies par d'autres régimes que l'AI, in Cahiers genevois de sécurité sociale, No 3/4, p. 74; HÄBERLE, Berufliche Vorsorge von Behinderten, SZS 1985 p. 132). Elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'intéressé (ATF 109 V 23, 106 V 88 consid. 2b, 105 V 207 consid. 2, 98 V 169 consid. 2; cf. aussi RÜEDI, Invalidität, Luzerner Rechtsseminar, Lucerne 1986, VII). En matière de prévoyance plus étendue, en revanche, il est loisible aux institutions de prévoyance, en vertu de l'autonomie que leur confère l'art. 49 al. 2 LPP, d'adopter dans leurs statuts ou règlements une notion de l'invalidité différente que celle de l'assurance-invalidité. C'est ainsi qu'elles peuvent accorder des prestations à des conditions moins strictes que dans l'assurance- invalidité (ATF 123 V 269 consid. 2d, 115 V 208 consid. 2b et 4b). Si l'institution de prévoyance adopte une définition de l'invalidité qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles, sans être liée par l'estimation de cette dernière (ATF 115 V 215 consid. 4c). La faculté réservée aux institutions de prévoyance en vertu de l'art. 49 al. 2 LPP n'implique cependant pas pour elles un pouvoir discrétionnaire. Lorsqu'elles adoptent dans leurs statuts ou règlements un certain système d'évaluation, elles doivent se conformer, dans l'application des critères retenus, aux conceptions de l'assurance sociale ou aux principes généraux (voir par exemple, en ce qui concerne la notion de l'invalidité, ATF 120 V 106 consid. 3c, l'incapacité d'exercer sa profession habituelle, ATF 111 V 239 consid. 1b, ou la notion de l'événement assuré, RSAS 1997 p. 560 consid. 4a). Autrement dit, si elles ont une pleine liberté dans le choix d'une notion, elles sont néanmoins tenues de donner à celle-ci sa signification usuelle et reconnue en matière d'assurance (arrêt TF B 146/06 du 3 décembre 2007). b) Selon l'art. 75 aLCP, auquel est soumis l'assuré en vertu des art. 3 al. 1 et 5 al. 1 de ladite loi, bénéficie d'une pension d'invalidité l'assuré qui est invalide à raison de 40% au moins au sens de l'AI et qui était affilié à la Caisse lorsqu'est survenue l'incapacité dont la cause est à l'origine de l'invalidité (al. 1). Toutefois, pour la part de la pension d'invalidité qui dépasse le montant de la rente d'invalidité calculé selon les prestations minimales LPP, le comité fixe le degré d'invalidité en se fondant sur le rapport établi par le médecin-conseil, dans la mesure où l'appréciation donnée par ce dernier diffère de celle de l'AI fédérale (al. 2). Les notion et degré d'invalidité au sens de l'art. 75 aLCP sont donc calqués sur ceux correspondants de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 En outre, l'art. 78 al. 1 aLCP précise que le droit à la pension d'invalidité prend naissance en même temps que la rente AI fédérale. Toutefois, la pension est versée au plus tôt dès le mois qui suit la fin du droit au salaire entier ou à des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident conclues par l'employeur, mais au plus tard dès le 361e jour d'incapacité de travail. Si des mesures de réadaptation de l'AI sont en cours, le début du versement de la pension est différé jusqu'à la fin de ces mesures. c) Selon la jurisprudence, le droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire suppose que l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, soit survenue pendant la durée du rapport de prévoyance (y compris la prolongation prévue à l'art. 10 al. 3 LPP), conformément au principe d'assurance (ATF 135 V 13 consid. 2.6, 134 V 20 consid. 3, 123 V 262 consid. 1c). L'événement assuré

est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité (ATF 136 V 65 consid. 3.1, 123 V 262 consid. 1a). Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (arrêt TF 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.2; ATF 136 V 65 consid. 3.2, 123 V 262 consid. 1b, 120 V 112 consid. 2b). Pour que l'ancienne institution de prévoyance reste tenue à prestations, 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 l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est à nouveau apte à travailler (arrêt TF 9C_748/2010 précité consid. 2.4; ATF 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa). Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP [à partir du 1er janvier 2005: let. a], c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 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 (arrêt TF 9C_748/2010 précité consid. 2.5; ATF 134 V 20 consid. 5.3). 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. 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 à des 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). S'agissant de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là, elle doit être de 20 % au moins (arrêts TF 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3). Elle doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur (arrêt TF 9C_339/2007 du 5 mars 2008 consid. 5.2). Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (arrêt TF 9C_54/2008 du 9 octobre 2008 résumé in RSAS 2009 p. 143 et les références citées). Il existe une incapacité de travail au

sens de l'art. 23 [à partir du 1er janvier 2005: let. a] LPP non seulement lorsque, pour des raisons de santé, la personne ne peut plus exercer l'activité exercée jusque-là ou ne le peut encore que dans une mesure restreinte, mais aussi lorsqu'elle ne peut continuer son activité professionnelle qu'en s'exposant à une aggravation de son état de santé (arrêts TF 9C_748/2010 précité consid. 2.5 et 9C_127/2008 précité consid. 3.3). 4. En l'espèce, les parties ne contestent pas que le demandeur a subi deux incapacités de travail importantes successives (l'une en 2006 et l'autre en 2009) et que celles-ci sont dues à la même atteinte à la santé, de sorte que la connexité matérielle est donnée et n'est pas litigieuse. La défenderesse ne conteste pas non plus qu'au moment de la deuxième incapacité de travail, soit dès le 16 juillet 2009, le demandeur était affilié auprès d'elle pour la prévoyance professionnelle. En revanche, les parties s'opposent au sujet du lien de connexité temporelle entre la première incapacité de travail et l'invalidité. La question litigieuse est dès lors celle de savoir si celui-ci a été rompu ou non. Selon le dossier médical, la première incapacité de travail du demandeur a débuté le 21 novembre 2006 (cf. certificats du Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, du 21 novembre 2006 ainsi que du 22 janvier, 15 mars, 3 avril, 7 mai, 4 juin, 16 juillet et 11 septembre 2007 et rapport du 9 juillet 2007 de ce même praticien à l'attention de la Caisse L. _____, assureur perte de gain). Dès le 1er novembre 2007, le demandeur a retrouvé une capacité de travail de 100 %, mais avec un rendement de 50 % (cf. rapports du Dr G. _____ du 15 octobre 2007, du Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, du 22 octobre 2007 et de la Dresse I. _____, médecin généraliste auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), du 23 janvier 2008). Dès le 1er juillet 2008, le demandeur a été engagé en qualité de collaborateur technique (contrôleur J. _____) auprès du Service F. _____ de l'Etat de Fribourg à un taux de 100 %. Il a pu travailler à ce taux jusqu'au 16 juillet 2009, date à laquelle il a présenté une nouvelle incapacité de travail de longue durée. Selon la défenderesse, cette période doit être considérée comme une simple tentative de reprise de travail à 100 % qui a échoué et non comme une véritable interruption de l'incapacité de travail. Toutefois, cette vision des choses ne convainc pas l'Autorité de céans. En effet, selon le questionnaire employeur rempli le 29 mars 2010 par le Service du personnel et d'organisation de l'Etat de Fribourg, le demandeur avait un horaire de travail complet (42 heures par semaine) et son salaire à 100 % correspondait à son rendement. Au sujet des absences, l'employeur mentionne, outre celle existante depuis le 16 juillet 2009, des incapacités de travail à 100 % du 25 au 27 février 2009 et du 20 avril au 8 mai 2009. Ainsi, mis à part ces deux périodes Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 d'absence, le demandeur a véritablement travaillé à 100 % durant une année, soit du 1er juillet 2008 au 15 juillet 2009. En outre, sur le plan médical, il n'y a pas non plus d'indication d'incapacités de travail durables avant le 16 juillet 2009. Dans un rapport du 2 mars 2010, le Dr G. _____, décrit la situation de la façon suivante: "Le médecin soussigné certifie que le patient susnommé souffre d'une maladie rhumatismale active et que l'état de santé du patient susnommé s'est nettement aggravé depuis le 01.01.10. L'instabilité de son état de santé ne lui permet aucun rendement dans son travail ni dans un travail adapté. Les options thérapeutiques sont très limitées et [l'assuré] suit depuis février un traitement expérimental dont la réponse reste incertaine. L'arrêt de travail à 100% avec présence à la place de travail a débuté le 17.08.09 [selon l'employeur: 16.07.09] jusqu'au 31.12.09. Nous avons eu l'objectif de reprendre une activité après adaptation de la place du travail, mais la péjoration de l'état de santé a maintenant causé une incapacité totale sans possibilité de se rendre à la place de travail sans rendement". Enfin, il

sied également de relever que la procédure de Care Management de l'Etat de Fribourg n'a été mise en place qu'au début de l'année 2010 et qu'elle se réfère également uniquement aux problèmes de santé ayant débuté en juin 2009 (cf. procuration en faveur du team CARE signée par le demandeur le 8 mars 2010). Il résulte de ce qui précède que, du 1er juillet 2008 au 15 juillet 2009, le demandeur a pu travailler à 100 % avec un rendement à 100 % et qu'il ne s'agissait pas d'une simple tentative de reprise de travail à 100%. Cela implique une interruption de l'incapacité de travail ayant duré un an, ce qui est de nature à rompre le lien de connexité temporelle avec l'invalidité subséquente et à libérer ainsi l'institution de prévoyance professionnelle précédente, soit l'Allianz. Il appartient dès lors à la défenderesse, auprès de laquelle le demandeur était affilié au moment de l'incapacité de travail ayant débuté en 2009, de verser des prestations d'invalidité. Etant liée par les décisions de l'OAI du 11 octobre 2012 et du 23 octobre 2013, lesquelles lui ont été notifiées et sont entrées en force à défaut d'avoir été attaquées, la défenderesse est astreinte à verser au demandeur, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation, une rente d'invalidité à un taux de 50 % dès le 1er août 2009 et de 100 % dès le 1er mars 2013. 5. La deuxième question litigieuse repose sur le fait de savoir si le demandeur peut bénéficier de prestations plus élevées que les prestations minimales LPP. a) Selon la défenderesse, lors de son engagement en 2008, le demandeur n'a pas rempli le questionnaire médical. A cet égard, elle produit un courrier adressé à ce dernier le 6 août 2008, dans lequel elle indique que son médecin-conseil n'est pas encore en possession du questionnaire médical d'admission et l'avertit que "si une personne qui n'a pas complété le questionnaire médical décède ou devient invalide, les prestations d'invalidité et de décès seront calculées en vertu de l'art. 45, al. 2, lit. a de la loi de notre Caisse correspondant aux prestations minimales de la loi fédérale". Elle produit également le document rempli par son médecin-conseil en date du 7 juillet 2010, dans lequel il mentionne: "Aurait rempli le questionnaire d'admission (signalant ½ rente AI). Je n'ai jamais rien reçu. L'affection invalidante a débuté en 2004". De son côté, le demandeur reconnaît qu'il a reçu le questionnaire médical pour l'admission. Il explique qu'il n'a pas su le remplir seul, qu'il a alors pris rendez-vous avec le médecin-conseil de la défenderesse, qu'il s'est rendu à ce rendez-vous dans les locaux de cette dernière, que le questionnaire a été rempli avec le médecin-conseil et que ce dernier a été dûment informé de sa maladie existante. Par la suite, il n'a plus rien reçu de la part de la défenderesse, du médecin-conseil ou de son employeur.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 b) En vertu de l'art. 43 al. 1 aLCP, tout nouvel assuré dans le régime de pensions est dans l'obligation de remplir, avant son admission dans ce régime, un questionnaire médical d'admission. Il en va de même des nouveaux assurés qui, sans changer d'employeur, sont admis collectivement à la Caisse, les réserves médicales existant auprès de l'ancien assureur étant réservées. Conformément à l'art. 44 aLCP, sur la base du questionnaire médical ou de l'examen médical d'admission, le médecin-conseil apprécie l'état de santé de l'assuré ainsi que sa capacité d'exercer l'activité prévue. Il communique son appréciation à celui-ci, à l'employeur et à la Caisse (al. 1). Si l'assuré présente un risque accru, le médecin-conseil l'informe, par lettre recommandée, de l'existence de ce risque et, au besoin, des causes de ce dernier. En outre, la Caisse fait part à l'assuré, par lettre recommandée, des conséquences du risque accru sur les prestations garanties (al. 2). L'art. 45 aLCP prévoit que si, dans les cinq ans à compter de la date d'admission dans le régime de pensions, l'assuré devient invalide ou décède à la suite d'un risque accru constaté par le médecin-conseil, les prestations sont réduites proportionnellement à la corrélation entre les causes de l'invalidité ou du décès et le risque

accru. Les prestations minimales LPP sont cependant garanties (al. 1). En outre, les prestations-invalidité et décès correspondent aux prestations minimales LPP dans les cas suivants: a) l'assuré ne s'est pas soumis à l'examen médical d'admission; b) l'assuré a fait des déclarations fausses ou incomplètes dans le certificat d'admission (al. 2). c) La Cour de céans constate qu'il y a ici un problème de preuve. Selon le principe général, le fardeau de la preuve incombe à celui qui entend déduire un droit des faits qu'il faut prouver (art. 8 CC). En l'espèce, la défenderesse entend limiter les prestations d'invalidité aux prestations minimales LPP en raison du fait que le questionnaire médical n'a pas été rempli. Elle supporte donc le fardeau de la preuve. Or, face aux affirmations contraires détaillées du demandeur, elle ne parvient pas à prouver non seulement que le questionnaire médical n'a jamais été rempli mais surtout qu'elle aurait clairement indiqué à ce dernier les conséquences qu'elle entendait en tirer. En effet, le courrier du 6 août 2008 – qui a d'ailleurs été envoyé sous pli simple mais dont le demandeur ne semble pas contester l'existence et la réception – ne fait que donner un avertissement général quant à l'éventualité que le questionnaire médical n'ait pas été complété. Ce courrier mentionne même la possibilité que le nécessaire ait été fait dans l'intervalle par l'assuré. Selon les dispositions légales ci-dessus, pour qu'une réserve liée à un risque accru soit valable, il faut que l'assuré ait été informé, par lettre recommandée, d'une part, par le médecin-conseil de l'existence du risque accru et, au besoin, de ses causes et, d'autre part, par la Caisse, des conséquences de ce risque sur les prestations garanties. Il doit en aller de même pour les conséquences liées au fait de ne pas avoir rempli le questionnaire. Ainsi, la défenderesse aurait dû confirmer au demandeur, par lettre recommandée, que le questionnaire n'avait pas été rempli et que cela impliquait, dans le cas concret, une limitation des prestations au minimum LPP. Dans la mesure où elle ne prouve pas l'existence d'une telle lettre recommandée, il lui incombe de supporter cette absence de preuve. Elle ne peut dès lors pas limiter ses prestations au minimum LPP, mais doit servir des prestations complètes comprenant les prestations obligatoires et surobligatoires.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 6. a) Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, l'action doit être admise et la défenderesse astreinte à verser au demandeur, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation, une rente d'invalidité basée sur les prestations obligatoires et surobligatoires à un taux de 50 % dès le 1er août 2009 et de 100 % dès le 1er mars 2013. b) Conformément au principe de la gratuité valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. c) Ayant ainsi obtenu gain de cause, le demandeur a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, l'assistance judiciaire gratuite totale lui étant subsidiaire. Compte tenu de la liste de frais déposée le 10 septembre 2015 par son mandataire, du temps et du travail requis ainsi que de la difficulté et de l'importance de l'affaire, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le demandeur a droit à CHF 4'618.40, soit 20.08 heures, comme demandé, à CHF 230.- (tarif horaire en vigueur au moment où les prestations ont été effectuées), plus CHF 206.70 de débours et CHF 386.- au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 5'211.10, et de la mettre intégralement à la charge de la défenderesse.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. L'action est admise. Partant, la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat de Fribourg est astreinte à verser à A. _____, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation, une rente d'invalidité basée sur les prestations obligatoires et surobligatoires à un taux de 50 % dès le 1er août 2009 et à 100 % dès le 1er mars 2013. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. L'indemnité de partie allouée à

A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'618.40, plus CHF 206.70 de débours et CHF 386.- au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 5'211.10, et mise intégralement à la charge de la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat de Fribourg. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 29 septembre 2015/meg Président Greffière-rapporteure

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