

FR_GERICHTE 608 2023 106 vom 29. Mai 2024

FR Kantonsgericht, 2024-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_106

FR: FR_GERICHTE 608 2023 106 du 29 mai 2024

IT: FR_GERICHTE 608 2023 106 del 29 maggio 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 7

avril 2021, la capacité de travail étant toujours de 50%. Cette décision a été confirmée sur recours par la Cour de céans (arrêt TC FR 608 2021 89 du 25 novembre 2021). Elle a également été notifiée à F._____. B. A._____ s'est adressé à B._____, auprès de laquelle il a été affilié lors de son emploi auprès de D._____ SA jusqu'en mai 2012, en vue d'obtenir une rente de la prévoyance professionnelle. Après un échange de correspondances, B._____ lui a communiqué par courrier du 7 décembre 2020 qu'elle refusait de lui verser des prestations d'invalidité au motif que sa capacité de travail était restreinte à 50% depuis le 7 octobre 2015 et qu'il n'était plus affilié auprès d'elle lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. C. Le 14 juillet 2023, A._____, représenté par Me Charles Guerry, avocat, ouvre action à l'encontre de B._____ auprès du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, au versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle d'un montant de CHF 12'600.- par an depuis le 7 octobre 2017 (correspondant à une demi-rente) ainsi qu'à sa libération du paiement des contributions à hauteur de 50% dès le 7 janvier 2016, le tout avec intérêts à 5% l'an dès le 14 juillet 2023. Faisant référence aux dispositions légales et à la jurisprudence y relative, le demandeur invoque en substance être invalide à 50% depuis avril 2012, alors qu'il était employé de D._____ SA et affilié auprès de B._____, en raison de la même atteinte à la santé que celle ayant conduit à l'octroi de la demi-rente d'invalidité. Il estime dès lors remplir les critères de connexité temporelle et matérielle. Dans sa réponse du 30 novembre 2023, B._____, représentée par Me Didier Elsig et Me Manon Balet, avocats, conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet de toutes les conclusions du demandeur, dans la mesure de leur recevabilité, et à ce qu'elle soit acheminée à prouver par toutes les voies de droits les faits allégués dans la présente écriture. Après avoir répondu aux allégués du demandeur, elle a rappelé la relation de travail de celui-ci auprès de D._____ SA et l'évolution de son état de santé. Elle estime qu'il ne peut être retenu que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue alors que le demandeur était affilié auprès d'elle, cette

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 incapacité ayant débuté le 7 octobre 2015 selon la décision du 28 février 2019 de l'OAI, en l'absence de tout certificat médical attestant d'une quelconque incapacité de travail entre 2012 et mars 2014. De plus, tout lien de connexité est selon elle irrémédiablement rompu par l'emploi du demandeur auprès de E._____ GmbH. Elle relève enfin ne pas saisir de quel paiement des contributions le demandeur devrait être libéré, étant donné qu'il n'a plus versé de contributions depuis sa sortie de

l'institution de prévoyance au 31 mai 2012. A la demande de la déléguée à l'instruction soussignée, l'OAI a produit le dossier constitué au nom de l'assuré, qui a été versé au dossier de la présente cause. Le 3 mai 2024, le demandeur a produit une nouvelle procuration donnant mandat à Me Guerry de le représenter vis-à-vis de B._____. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. La demande a été déposée dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente *ratione materiae et loci* par un assuré ayant qualité pour agir en justice et dûment représenté. La qualité pour défendre du fonds de prévoyance recherché ne saurait par ailleurs être contestée. La demande est ainsi recevable (art. 73 al. 1 et 3 de la loi du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [LPP; RS 831.40]).

2. Le litige porte sur le droit du demandeur à une demi-rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à charge de la défenderesse. Compte tenu des motifs et conclusions des écritures, il s'agit tout d'abord de déterminer s'il existe ou non un lien de connexité matérielle et temporelle entre les troubles, allégués par le demandeur, à l'origine de l'incapacité de travail prétendument survenue en 2012, à l'époque où le demandeur était affilié auprès de B._____, et les pathologies qui ont justifié l'octroi d'une demi-rente de l'assurance-invalidité en sa faveur à partir du 1er octobre 2016.

3. 3.1. 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. Conformément à l'art. 26 LPP, les dispositions de la loi 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). Aux termes de l'art. 10 LPP, l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail; pour les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, elle commence le jour où ils perçoivent pour la première fois une indemnité de chômage (al. 1). L'obligation d'être assuré cesse notamment, sous réserve de l'art. 8 al. 3, en cas de dissolution des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 rapports de travail (al. 2 let. b) ou lorsque le droit aux indemnités journalières de l'assurance- chômage s'éteint parce que le délai-cadre est écoulé (al. 2 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. Si un rapport de prévoyance existait auparavant, c'est la nouvelle institution de prévoyance qui est compétente (al. 3).

3.2. 3.2.1. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1). Pour que l'institution de prévoyance, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, soit liée par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité, il faut que l'institution de prévoyance ait été valablement intégrée à la procédure (ATF 129 V 73 consid. 4.2; voir aussi ATF 133 V 67 consid. 4.3.2; 130 V 270 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V

208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5; 123 V 269 consid. 2a; arrêt TF 9C_423/2020 du 2 décembre 2020 consid. 6.1; arrêt TC FR 608 2017 83 du 22 octobre 2018 consid. 2.1). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères. Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (ATF 138 V 409 consid. 3.1 et la référence). 3.2.2. Selon le ch. 20 n° 1 du règlement de prévoyance de base LPP 2012 de B. _____, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Le ch. 20 n° 2 dudit règlement ajoute que la personne assurée a droit à des prestations d'invalidité si elle est invalide à raison de 40% au moins au sens de l'AI et qu'elle était assurée sur la base du règlement de prévoyance lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Il ressort de ce qui précède que la défenderesse a repris la définition de l'invalidité de la LAI, mais que la décision de l'OAI ne lui a pas été notifiée, de sorte qu'elle n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI. Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance – comme dans le cas d'espèce – s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 39/03 du 9 février 2004 consid. 3.1). Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision. Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligerait l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 138 V 409 consid. 3.1; 130 V 270 consid. 3.1 et la référence). 3.3. 3.3.1. 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 138 V 227 consid. 5.1; 136 V 65 consid. 3.2; 123 V 262 consid. 1b; 120 V 112 consid. 2b). 3.3.2. Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à verser des 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 138 V 409 consid. 6.2; 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 (ATF 138 V 409 consid. 6.2; 123 V 264 consid. 1c). La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas 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 et 4.5 et les références citées; arrêt TF 9C_533/2017 du 28 mai 2018 consid. 2.1). L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, telles 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 (arrêt TF 9C_619/2011 du 29 février 2012 consid. 2.2). 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 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure – en tant que condition supplémentaire du droit aux

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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. Pour interrompre la connexité temporelle, une telle activité doit permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3). La réalisation d'un revenu excluant le droit à une rente ne suffit toutefois pas à interrompre la connexité temporelle. Pour admettre une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative. Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de plus de 80% au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 144 V 58). 3.3.3. La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 123 V 124 consid. 2.2.2). Si la survenance d'une incapacité de travail pertinente d'après le droit de la prévoyance professionnelle n'est pas déjà établie durant l'engagement auprès de l'employeur et, compte tenu de la couverture

d'assurance prolongée d'un mois, au degré de la vraisemblance prépondérante, la condition pour prétendre aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle fait défaut. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente d'après le droit de la prévoyance professionnelle doit, par conséquent, être prouvé en temps réel et ne doit pas être remplacé par des suppositions et considérations commerciales ou médicales ultérieures (arrêts TF B 157/06 du 25 octobre 2007 consid. 2.2; 9C_96/2008 du 11 juin 2008 consid. 2.2; 9C_368/2008 du

E. 11

septembre 2008 consid. 2). Par ailleurs, sont insoutenables et ne lient pas l'institution de prévoyance les constatations des organes de l'AI relatives à l'invalidité ouvrant droit aux prestations, s'agissant d'un cas où un médecin a diagnostiqué avec une vraisemblance confinante à la certitude le début d'une incapacité de travail, alors qu'il n'a traité l'assuré que plusieurs années plus tard et n'a pas été en mesure de fournir d'éléments détaillés quant à l'incapacité de travail (début, évolution, importance; ATF 129 V 73). 4. Il ressort des pièces du dossier et il n'est pas contesté que les rapports de travail entre le demandeur et D._____ SA ont débuté en juin 2005 pour prendre fin le 31 mai 2012 (extrait du compte individuel du demandeur, bordereau du demandeur, pièce 10; bordereau de la défenderesse, pièce 59). Le demandeur a par conséquent été affilié auprès de la défenderesse de juin 2005 au 30 juin 2012 (cf. art. 10 al. 1 et 3 LPP).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 5. Pour que la défenderesse soit tenue de prester, il faut que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité soit survenue au cours des rapports de prévoyance. La défenderesse allègue qu'il ne peut être retenu que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue alors que le demandeur était affilié auprès d'elle. Elle invoque que cette incapacité a débuté le 7 octobre 2015 selon la décision du 28 février 2019 de l'OAI, qu'aucun certificat médical n'atteste d'une quelconque incapacité de travail entre 2012 et mars 2014 et que, quoi qu'il en soit, tout lien de connexité a été irrémédiablement rompu par l'emploi du demandeur auprès de E._____ GmbH. La décision du 28 février 2019 de l'OAI, brièvement motivée, ne permet ni de déterminer l'atteinte à l'origine du droit à la demi-rente ni si elle a entraîné une incapacité de travail avant le début du délai d'attente d'un an, soit avant octobre 2015. 5.1. Il convient dès lors de se référer aux pièces déposées par les parties et aux rapports médicaux versés au dossier AI, qui renseignent sur l'état de santé et les incapacités de travail de la demanderesse. 5.1.1. Il ressort du dossier AI que, à l'appui de sa demande de prestations du 16 décembre 2015, le demandeur a joint deux rapports médicaux. Il s'agit tout d'abord d'une attestation du 11 février 2012 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, qui atteste de troubles existants de longue date qui, selon les observations de son patient, se sont péjorés à la suite de démêlés juridiques, sans indiquer lesquels, et ne se prononce pas sur la capacité de travail (dossier OAI p. 21). Puis le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant du demandeur, atteste le 14 février 2012 de problèmes d'anxiété en lien avec des ennuis juridiques dans son pays natal, tout en ne faisant pas non plus mention d'une éventuelle incapacité de travail (dossier OAI p. 20). D'autres rapports médicaux ont par la suite été établis. En particulier, pour rendre sa décision du 28 février 2019, l'OAI s'est notamment basé sur une expertise psychiatrique du 14 décembre 2017 du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 111). Cette expertise retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un trouble bipolaire type I (F31)

depuis 2012, en rémission partielle depuis février 2016, qui a entraîné une incapacité de travail totale entre 2012 et juillet 2014 et entre mai 2015 et janvier 2016, et de 50% dans une activité adaptée dès février 2016. Les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), de dépendance éthylique actuellement abstinent depuis février 2016 au présent (F10.20), de dépendance au cannabis utilisation continue (F12.25) et de trouble de l'attention avec hyperactivité (F90) ont par contre été considérés comme étant sans influence sur la capacité de travail, dès lors que les symptômes psychotiques ont disparu spontanément après un sevrage éthylique et une nette diminution de la consommation de cannabis depuis février 2016. Le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et second psychiatre traitant du demandeur, a également posé le diagnostic de trouble bipolaire le 8 février 2016 (dossier OAI p. 67), le 5 mars 2018 (dossier OAI p. 164) et le 24 avril 2021 (dossier OAI p. 452), et a estimé que cette atteinte entraîne une incapacité totale de travail depuis mai 2012 (rapport du 8 février 2016 précité). Le 21 septembre 2016, il indique qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics, que la rentabilité est fortement diminuée et qu'aucune activité n'est exigible (dossier OAI p. 89).
Son très

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 bref certificat du 4 août 2020 ne contient quant à lui aucun diagnostic ni aucune indication sur la capacité de travail (dossier OAI p. 389). K. _____ a également diagnostiqué un trouble bipolaire dans son rapport du 4 février 2016 (dossier OAI p. 67). Il a considéré que les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool: utilisation nocive pour la santé (F10.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis: syndrome de dépendance (F12.2) avaient une influence sur la capacité de travail, et que l'ensemble de ces diagnostics a supprimé toute capacité de travail du 7 au 30 octobre 2015 lors d'une hospitalisation. Le Dr H. _____ diagnostique quant à lui un état anxiodépressif chronique et relève n'avoir attesté que de brèves incapacités de travail liées à des affections mineures intercurrentes (rapport du 7 mars 2016, dossier OAI p. 81). Le 12 février 2020, il ne se prononce ni sur les diagnostics, ni sur la capacité de travail (dossier OAI p. 295). La situation médicale n'a ensuite pas évolué depuis la décision du 28 février 2019. En effet, dans une seconde expertise psychiatrique réalisée le 29 octobre 2020, le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté l'absence de modification de l'état de santé du demandeur. L'expert a précisé qu'un trouble psychiatrique sévère, partiellement équilibré (à savoir un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, sans symptômes somatiques: F31.30) est toujours à l'origine de limitations fonctionnelles durables entraînant une incapacité de travail de 50% depuis l'expertise psychiatrique du 14 décembre 2017 (dossier OAI p. 356). Le 26 mars 2020, le Dr J. _____ a également attesté de l'état de santé stationnaire du demandeur et que le trouble bipolaire était toujours présent, mais en rémission avec signes résiduels, de sorte que la capacité de travail reste de 50% (dossier OAI p. 302). 5.1.2. Le demandeur a également produit divers rapports médicaux. Les rapports du 11 février 2012 du Dr G. _____, du 14 février 2012 du Dr H. _____, du 4 février 2016 de K. _____, ceux du 8 février 2016, du 5 mars 2018, du 26 mars 2020 et du 24 avril 2021 du Dr J. _____, ainsi que les expertises du 14 décembre 2017 et du 29 octobre 2020 figurent déjà au dossier de l'OAI et ont été mentionnés ci-dessus. Dans son certificat médical du 9 janvier 2023 (bordereau du demandeur, pièce 51), le Dr H. _____ ne mentionne aucun diagnostic et dresse uniquement la liste des incapacités de travail qu'il a attestées entre février 2010 et août 2023, dont aucune n'a dépassé 5 jours. Enfin, le Dr G. _____, dans son rapport du 21

février 2023 (bordereau du demandeur, pièce 54), atteste rétroactivement d'une incapacité de travail du 12 février 2012 au 10 avril 2012, sans en indiquer le taux et en contradiction avec son rapport du 11 février 2012, dans lequel il ne se prononçait pas sur la capacité de travail. Il en ressort de plus qu'il revient sur son appréciation après avoir pris connaissance de l'évolution de l'état de santé après la fin de sa prise en charge en octobre 2012 ("mais la suite a montré que cette évaluation de ma part était incorrecte et qu'il aurait mieux valu que je le déclare incapable de travailler lors de cette séance" [du 6 mars 2012]). 5.1.3. Ainsi, la Cour constate que l'atteinte à la santé à l'origine du droit à la rente est le diagnostic de trouble bipolaire. 5.2. Encore faut-il que le trouble bipolaire ait entraîné une incapacité de travail durant l'affiliation du demandeur auprès de la défenderesse, à savoir entre juin 2005 et juin 2012.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Force est cependant de constater qu'aucun rapport posant le diagnostic de trouble bipolaire et attestant d'une quelconque incapacité de travail n'a été établi durant cette période. Les rapports posant le diagnostic de trouble bipolaire et mentionnant une incapacité de travail sont en effet tous postérieurs à janvier 2016, les deux rapports du Dr H. _____ et du Dr G. _____ établis en 2012 ne retenant ni ce diagnostic, ni une incapacité de travail. Or, en vertu de la jurisprudence fédérale, le moment de la survenance de l'incapacité de travail pertinente doit être prouvé en temps réel et ne doit pas être remplacé par des suppositions et considérations commerciales ou médicales ultérieures, et ce d'autant plus lorsque le médecin n'a traité l'assuré que plusieurs années plus tard et n'a pas été en mesure de fournir d'éléments détaillés quant à l'incapacité de travail. De plus, si le rapport du 8 février 2016 du Dr J. _____ mentionne une incapacité de travail depuis mai 2012, force est de constater que le psychiatre suit le demandeur seulement depuis novembre 2015. Le fait qu'il indique que K. _____ suivait son patient avant lui ne lui permet pas non plus de retenir une telle incapacité de travail, celui-ci n'ayant attesté que de courtes incapacités de travail inférieures à 30 jours et survenues en 2015 seulement (rapport du 4 février 2016 précité, attestations du 5 février 2015 dossier OAI p. 77, et du 20 mars 2015 dossier OAI p. 78s). Ce psychiatre n'est ainsi pas non plus en mesure de prouver l'incapacité de travail en temps réel. Quant au Dr I. _____, il se base sur les rapports médicaux ainsi que sur les déclarations de l'assuré pour retenir une incapacité de travail depuis mai 2012 (expertise, dossier OAI p. 117s et p. 124). Or, aucun rapport mentionné dans le résumé du dossier médical ne date d'avant janvier 2016 et les déclarations de l'assuré ne sont pas prouvées par les rapports médicaux établis en 2012, que ce soit au sujet du diagnostic, de l'incapacité de travail ou de ses plaintes. L'expert ne saurait ainsi être suivi en tant qu'il atteste d'une incapacité totale de travail dès 2012. Les autres rapports produits ne sont pas non plus à même d'établir une éventuelle incapacité de travail survenue entre juin 2005 et juin 2012, dès lors qu'ils n'indiquent pas de diagnostics et/ou ne se prononcent pas ou pas précisément sur la capacité de travail durant cette période (cf. notamment rapports du 21 septembre 2016, du 5 mars 2018, du 26 mars 2020, du 4 août 2020, du 24 avril 2021 du Dr J. _____; rapport du 12 février 2020 du Dr H. _____; expertise psychiatrique du 29 octobre 2020 qui atteste d'une incapacité de travail depuis la précédente expertise de 2017). Enfin, le Dr G. _____ ne saurait non plus être suivi dans son appréciation rétroactive de l'incapacité de travail du 12 février 2012 au 10 avril 2012. En effet, il n'indique tout d'abord pas à quel taux cette incapacité aurait été présente. Cette attestation se trouve ensuite en contradiction avec son rapport du 11 février 2012, dans lequel il ne se prononce pas sur la capacité de travail. Enfin et surtout, il revient sur son appréciation après avoir pris connaissance de l'évolution de l'état de santé après la fin de sa

prise en charge en octobre 2012, ce qui n'est pas admissible. 5.3. Au vu de ce qui précède, la Cour constate que ni l'existence du trouble bipolaire, ni le fait qu'il aurait entraîné une incapacité de travail qui aurait pu donner lieu à l'octroi d'une rente ne sont prouvés au cours de la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès de la défenderesse. Il n'y a ainsi pas de connexité matérielle ni de connexité temporelle. Par conséquent, le droit à une rente de la part de la défenderesse n'est pas ouvert. Il n'est ainsi pas non plus nécessaire d'examiner une éventuelle interruption de la connexité temporelle, ni de requérir la production d'un extrait du compte individuel actualisé.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 6. Le demandeur demande encore à être libéré du paiement des contributions. Il ne verse toutefois plus de contributions depuis sa sortie de B. _____ au 31 mai 2012, de sorte que cette requête est sans objet, notamment aussi en raison du sort du recours. 7. Entièrement mal fondée, l'action doit en conséquence être rejetée. En application du principe de la gratuité valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Succombant, le demandeur ne peut prétendre à une indemnité de dépens. Il en est de même de la défenderesse, qui ne peut y prétendre, à moins que la partie adverse procède à la légère ou de manière téméraire (ATF 128 V 323; arrêt TF 9C_782/2011 du 16 octobre 2012 consid. 5.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. la Cour arrête : I. L'action est rejetée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas octroyé de dépens. IV. Notification. 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 mai 2024/cso La Présidente La Greffière-rapporteure

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