



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01
www.fr.ch/tc

605 2012 347

Arrêt du 27 novembre 2014

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président: Johannes Frölicher
Juges: Hugo Casanova, Gabrielle Multone
Greffière-rapporteure: Carine Sottas

Parties

A._____, **demandeur**, représenté par Me Jean-Claude Morisod,
avocat

contre

B._____, **défenderesse**

Objet

Prévoyance professionnelle

Action du 17 septembre 2012

considérant en fait

A. A. _____, né en 1955, domicilié à C. _____, marié et père de trois enfants, est menuisier de profession.

Le 29 septembre 1998, il a été victime d'un accident alors qu'il était engagé par D. _____ et travaillait pour E. _____ AG. Il a souffert d'une entorse de l'épaule gauche et d'une fracture du trochiter.

Il a ensuite travaillé à 100 % auprès de F. _____ SA, du 1^{er} septembre 2003 au 1^{er} mars 2006. A ce titre, il était affilié à B. _____ (ci-après la Fondation), pour la couverture de son deuxième pilier.

Le 23 octobre 2003, il a été victime d'un second accident qui a été considéré comme une rechute de celui de 1998. Il a souffert d'une nouvelle contusion au niveau de l'épaule gauche entraînant une incapacité totale de travailler.

En novembre 2003, un cancer colorectal a été diagnostiqué. Il a nécessité une intervention chirurgicale et une chimiothérapie qui ont perturbé la prise en charge du traitement de l'épaule.

Le 29 juin 2005, l'assuré a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI), à Givisiez. Cette demande a été rejetée en décembre 2005, au motif qu'il pouvait exercer une activité adaptée à 100 %.

L'assuré a été inscrit au chômage de mars 2006 à septembre 2007, puis en mai et juin 2008, et semble avoir tenté sans succès de reprendre un travail.

Une nouvelle demande de prestations AI a été déposée en septembre 2007. L'OAI a refusé d'entrer en matière le 26 novembre 2007, l'assuré ne faisant valoir aucun fait nouveau.

Le 14 octobre 2009, celui-ci a déposé une troisième demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OAI.

Le 9 novembre 2010, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été réalisée. Elle a conclu à une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2010.

Par décision du 29 septembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2011 en raison de troubles physiques et surtout psychologiques.

Le 10 avril 2012, celui-ci s'est adressé à la Fondation pour lui demander de prester, laquelle s'y est opposée.

B. Le 17 septembre 2012, l'assuré, représenté par Me Jean-Claude Morisod, avocat à Fribourg, intente action en justice contre la Fondation. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que la défenderesse soit astreinte à lui verser des rentes entières d'invalidité dès le 1^{er} août 2011, pour lui-même et, cas échéant, pour enfants d'invalidité, sous réserve de surindemnisation. Il requiert également le versement d'intérêts moratoires à 5 % l'an sur chaque rente mensuelle dès le 10 mai 2012, subsidiairement dès le 25 juillet 2012, et plus subsidiairement depuis le jour du dépôt de la demande. A l'appui de ses conclusions, il soutient que la présomption temporelle de connexité de l'aggravation de l'invalidité dans les trois mois suivants la reprise du travail malgré la sortie du cercle des assurés est trop stricte. Il conviendrait dès lors de lui permettre de prouver que l'aggravation trouve vraisemblablement son origine pendant le rapport de travail. Ne pas le faire serait contraire aux principes généraux des assurances sociales obligatoires qui visent à

indemniser au mieux l'assuré de toutes les conséquences du risque assuré, *in casu* l'invalidité survenue pendant le rapport de travail qui justifia l'affiliation. Il fait également valoir qu'il existe une connexité matérielle entre la découverte du cancer et les troubles psychiques consécutifs, la dépression sévère avec hallucinations dont il souffre étant survenue moins de dix ans après la découverte du cancer.

Dans sa réponse du 3 janvier 2013, la Fondation conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. Elle allègue que le demandeur était entièrement capable de travailler entre 2006 et 2010, d'abord pour une année et demie, et ensuite pour deux années complètes, interrompant ainsi clairement la connexité temporelle entre l'incapacité de travail qui a existé pendant l'affiliation du demandeur et l'invalidité qui a débuté le 1^{er} mars 2010. Elle estime qu'il n'existe pas non plus de connexité matérielle, l'expert-psychiatre ayant retenu qu'il n'y a pas, que ce soit dans le dossier ou dans les déclarations de l'assuré, d'éléments objectifs qui permettraient de déterminer avec précision le moment à partir duquel les dommages psychiques auraient réduit la capacité de travail du demandeur.

Dans sa réplique du 8 février 2013, le demandeur est d'avis qu'il n'y a pas de rupture de la connexité temporelle puisqu'il n'a pas repris le travail depuis la découverte du cancer. Il ajoute que la connexité matérielle entre l'incapacité de travail et la mise en évidence du cancer, la dépression et les troubles hallucinatoires est attestée par l'expert-psychiatre.

Le 25 avril 2013, la défenderesse maintient sa position. Elle ajoute qu'il n'existait aucune incapacité de travail pour raisons psychiques lorsque le demandeur était affilié auprès d'elle, et qu'il a touché des indemnités journalières de l'assurance-chômage entre 2009 et 2010. Ainsi, tant la connexité matérielle que la connexité temporelle sont interrompues.

Le dossier constitué par l'OAI au nom de l'assuré a été produit et versé en la présente cause le 13 octobre 2014, ce dont les parties ont été informées.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1. a) Conformément aux 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) et 3a al. 1 de l'ancien arrêté cantonal du 3 octobre 1983 concernant la mise en vigueur et l'introduction de la LPP, abrogé le 1^{er} janvier 2012, – aujourd'hui l'art. 35 al. 1 de la loi cantonale du 31 mai 2010 sur la justice (LJ; RSF 130.1) – le Tribunal de céans est compétent *ratione materiae* et *loci* pour trancher au fond le litige qui lui est soumis.

Selon l'art. 73 al. 3 LPP, le for est en effet au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé.

b) La qualité de partie et la capacité d'ester en justice du demandeur ainsi que de la Fondation défenderesse ne sauraient en outre leur être déniées.

c) Intentée dans les formes légales requises, l'action est recevable en tous points.

2. La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} avril 2004 et au 1^{er} janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Les versions de l'art. 23 LPP d'avant et après le 1^{er} janvier 2005 demeurent sans impact sur la question à résoudre ici, comme on le verra ci-dessous. Il n'est dès lors pas nécessaire de trancher la question de savoir laquelle d'entre elles s'applique en l'espèce.

3. a) En vertu de l'art. 23 LPP, dans sa teneur en vigueur avant le 1^{er} janvier 2005, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50 % 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. Dès le 1^{er} janvier 2005, le droit aux dites prestations naît à partir d'un taux d'invalidité de 40 % déjà.

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). Il s'éteint au décès du bénéficiaire ou dès la disparition de l'invalidité (al. 3, 1^{ère} phr.).

Aux termes de l'art. 10 LPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, 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 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). Par ailleurs, le début de l'incapacité de travail doit être fixé avec précision et ne peut pas faire l'objet d'hypothèses ou de spéculations pour que l'assuré puisse prétendre à des prestations de la prévoyance professionnelle. Suffit, à cet effet, le degré de preuve correspondant à la vraisemblance prépondérante qui est institué par le droit des assurances sociales (RSAS 2008 p. 363).

b) En vertu du chiffre 20 ch. 1 § 2 du règlement pour la prévoyance de base LPP de G. _____ (ci-après le règlement), dans son édition du 1^{er} janvier 2006, une personne est invalide lorsqu'elle est empêchée de façon temporaire ou permanente d'exercer sa profession ou de déployer entièrement ou partiellement une autre activité rémunérée compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa situation sociale, ou est invalide au sens de l'assurance-invalidité fédérale.

D'après le chiffre 2 de cette disposition, l'invalidité est réputée débiter lorsque le degré d'invalidité de la personne assurée est de un quart au moins. L'invalidité est réputée s'éteindre lorsque la personne assurée recouvre une capacité de gain de plus de trois quarts (réactivation), qu'elle atteint l'âge de la retraite ou qu'elle décède.

Le chiffre 3 prévoit quant à lui que, pour prétendre aux prestations d'invalidité, la personne assurée doit, dans tous les cas, avoir été assurée lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause a entraîné l'invalidité.

Selon le chiffre. 38 ch. 1 du règlement, la personne assurée sort de l'institution de prévoyance lorsqu'elle ne satisfait plus aux conditions d'admission figurant sous chiffre 5 et qu'aucun événement assuré n'est survenu, en particulier lors de la dissolution des rapports de travail.

Le chiffre 41 prévoit qu'après sa sortie, la personne assurée reste assurée pour les risques d'invalidité et de décès jusqu'à son entrée dans une nouvelle institution de prévoyance, au maximum cependant pendant un mois. Si la personne assurée n'entre pas au service d'un nouvel employeur, elle a la possibilité de conclure une assurance individuelle auprès de la Winterthur pour couvrir les risques précités.

c) En vertu de l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 3 mars 1997 sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs (RS 837.174), sont soumis à l'assurance obligatoire pour les risques de décès et d'invalidité les chômeurs qui ont droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage en vertu de l'art. 8 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI; RS 837.0) ou touchent des indemnités conformément à l'art. 29 LACI (let. a), et qui réalisent un salaire journalier coordonné selon l'art. 4 ou 5 de ladite ordonnance (let. b).

Aux termes de l'art. 60 LPP, l'institution supplétive est une institution de prévoyance (al. 1). Elle est notamment tenue d'affilier l'assurance-chômage et de réaliser la couverture obligatoire des bénéficiaires d'indemnités journalières annoncés par cette assurance (al. 2 let. e).

d) D'après 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 pendant la prolongation prévue à l'art. 10 al. 3 LPP), conformément au principe d'assurance (ATF 138 V 227, consid. 5.1, 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). Ce n'est dès lors pas l'apparition comme telle des troubles de santé qui constitue l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP, mais bien la survenance d'une incapacité de travail ou d'une diminution de rendement d'une certaine importance, soit 20% au moins (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_335/2011 du 14 mars 2012 consid. 2). Ces principes trouvent aussi application en matière de prévoyance plus étendue, si le règlement de l'institution de prévoyance ne prévoit rien d'autre (Tribunal fédéral, arrêt non publié C. [9C_748/2010] du 20.05.2011 consid. 2.2; ATF 136 V 65 consid. 3.2, 123 V 262 consid. 1b, 120 V 112 consid. 2b).

e) 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. Le Tribunal fédéral précise que, si l'on voulait s'inspirer des règles en matière d'assurance-invalidité, on devrait alors envisager une durée minimale d'interruption de

l'activité de travail de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_748/2010 précité consid. 2.4; ATF 123 V 262 consid. 1c, 120 V 112 consid. 2c/aa).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; Tribunal fédéral, arrêt non publié O. [9C_745/2010] du 30.03.2011 consid. 3.1 et les références citées).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 et arrêt non publié 9C_745/2010 précités).

Il y a lieu d'attacher en outre plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. En l'espèce, le litige porte sur le droit du demandeur à des prestations LPP d'invalidité, en particulier sur le point de savoir si la défenderesse est tenue de prendre en charge le cas de l'assuré au titre d'une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance allant du 1^{er} septembre 2003 au 1^{er} mars 2006.

Il convient de préciser ici que, s'agissant de la période postérieure au 1^{er} mars 2006, l'assuré ne peut se prévaloir de la couverture d'assurance prolongée prévue à l'art. 10 al. 3 LPP car, dès cette date, il était affilié à l'institution supplétive dans le cadre du chômage, conformément à l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance précitée sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs et à l'art. 60 LPP (cf. également Tribunal fédéral, arrêt non publié I [B 117/06] du 5 octobre 2007 consid. 3).

En d'autres termes, il s'agit de déterminer si l'assuré était affilié à la Fondation défenderesse lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité qui lui a été subséquemment reconnue par l'OAI.

Pour y répondre, il y a lieu de se référer aux pièces déposées par les parties ainsi qu'au dossier médical de l'OAI, dont il ressort notamment ce qui suit.

Il n'est pas contesté que le demandeur souffre de l'épaule gauche depuis sa seconde chute le 23 octobre 2003 et de troubles psychiques entraînant une incapacité totale de travail depuis mars 2010. Il est également admis qu'il a souffert d'un cancer du colon en novembre 2003 qui n'a entraîné qu'une incapacité de travail passagère. Sont par contre discutés le moment de l'apparition des troubles psychiques ainsi que l'influence de ceux-ci et des troubles physiques sur la capacité de travail de l'assuré.

a) Seuls deux rapports médicaux se prononcent sur le moment de l'apparition des troubles psychiques. Dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire du 9 novembre 2010, le Dr H. _____,

psychiatre (ci-après l'expert-psychiatre), indique qu'il n'existe pas dans le dossier ni dans les déclarations du patient d'éléments objectifs qui permettent de déterminer avec précision depuis quand existe une incapacité de travail d'au moins 20 %, mais fixe son point de départ "probablement dans les mois qui suivent la chimiothérapie à savoir vers le début de l'année 2005" (appréciation psychiatrique, question B.2.5 p. 11). Le second médecin à se prononcer est le Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui retient une incapacité de travail de 100 % dès novembre 2003 dans l'activité de menuisier ou d'installateur sanitaire.

L'appréciation de l'expert-psychiatre sur le début de l'existence d'une incapacité d'au moins 20 % ne peut cependant être suivie. En effet, le degré de preuve correspond à la vraisemblance prépondérante requise n'est pas atteint puisque l'expert-psychiatre ne se base, de son propre aveu, sur aucun élément objectif qui permette de déterminer ce point de départ et qu'il estime uniquement probable que cette incapacité existe depuis le début 2005. Or, le début de l'incapacité de travail doit être fixé avec précision et ne peut faire l'objet d'hypothèses ou de spéculations. De plus, ce médecin indique uniquement que le cancer semble avoir entraîné l'installation progressive d'un état dépressif, n'étant ainsi pas catégorique sur l'existence d'un lien entre le cancer et l'état dépressif (appréciation psychiatrique, p. 8 i.f.). Quant au Dr I. _____, il ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail dans une autre profession que celles de menuisier ou d'installateur sanitaire.

Force est dès lors de constater qu'aucun rapport médical ne se détermine sur le début d'une incapacité de travail d'au moins 20 % pour des raisons psychiques. Cependant, il ressort clairement du dossier qu'aucune pièce médicale ou d'autres comme la demande de prestations du 12 septembre 2007 de l'assuré ne font état d'un quelconque trouble psychiatrique, aussi léger soit-il. La première mention, générale, de troubles psychiques intervient seulement dans le rapport du 6 février 2010 du Dr J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale et médecin traitant, qui mentionne des troubles psychiques qui s'accroissent depuis fin 2009.

La Cour de céans retient dès lors qu'aucun trouble psychiatrique n'existait durant la période ici seule déterminante, soit du 1^{er} septembre 2003 au 1^{er} mars 2006. La question de l'influence des troubles psychiques sur la capacité de travail peut dès lors rester ouverte.

b) Il reste à examiner la question de l'influence des troubles physiques sur la capacité de travail du demandeur.

Il ressort du dossier médical que les médecins s'accordent, dans leur ensemble, pour reconnaître dans un premier temps une capacité entière de travail dans la profession actuelle (rapports du Dr K. _____, médecin d'arrondissement de L. _____, du 13 janvier 2004 et du 9 février 2005), puis dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles dès fin février 2005 (rapport du Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, du 23 février 2005; rapport de N. _____ du 25 mai 2005, rapport du Dr J. _____ du 25 août 2005). Seul le médecin traitant atteste d'une incapacité totale dès le 24 octobre 2003 (rapport du 5 janvier 2005), avant de reconnaître le 25 août 2005 qu'une activité adaptée est exigible. Dans son rapport du 16 septembre 2005, il mentionne une capacité de travail de 4 heures par jour dans une activité adaptée, et, le 6 février 2010, il retient une incapacité de travail de 50 % dans toute profession, sans toutefois indiquer à partir de quel moment ladite incapacité existe. L'expertise bidisciplinaire précise quant à elle qu'un travail à 100 % dans un poste adapté est exigible à plein temps avec une diminution de rendement de 20 à 30 % et qu'il existe une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis 2003 à cause du second accident (rapport d'expertise du 9 novembre 2010, p. 11 s.).

L'autorité de céans constate tout d'abord que la première demande de prestations AI formulée par le demandeur en juin 2005 a été rejetée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, au motif qu'il pouvait exercer une activité adaptée sans présenter de perte de gain (décision du 19 décembre 2005). Les troubles présents à l'époque ne revêtaient ainsi pas un degré de gravité significatif au sens de l'assurance-invalidité et, a fortiori, de la loi sur la prévoyance professionnelle. Au surplus, le médecin traitant se contredit dans son rapport du 5 janvier 2005 en retenant une incapacité totale de travail tout en indiquant "*une reprise dans un métier mettant en charge l'épaule gauche est contre-indiquée sur le plan ostéo-articulaire*", laissant ainsi entendre qu'une autre activité serait possible. Il ne justifie pas non plus, dans son rapport du 16 septembre 2005, la limitation à 4 heures de travail par jour.

En ce qui concerne la période postérieure à ce refus, des douleurs à l'épaule droite sont apparues et mentionnées dès le rapport du 3 octobre 2007 du médecin traitant, soit postérieurement à la période concernée. Par ailleurs, si celui-ci indique le 6 février 2010 une capacité de travail maximale de 50 % dans n'importe quel emploi, il ressort de cet écrit que cette appréciation correspond à la période postérieure à fin 2009 seulement. Quant à l'expertise bidisciplinaire du 9 novembre 2010, elle retient qu'un travail adapté est exigible à 100 % avec une diminution de rendement de 20 à 30 %, mais indique que cette estimation tient compte des lésions des deux épaules (2^{ème} par. p. 11), alors que les troubles de l'épaule droite ne sont apparus qu'à l'automne 2007. De plus, l'expert indique qu'une incapacité de 20 % au moins existe depuis 2003, suite au 2^{ème} accident de l'épaule gauche, mais sans avoir développé ce point dans son appréciation. Celle-ci n'est d'ailleurs pas non plus corroborée par les autres rapports médicaux, notamment ceux relatifs à la période concernée. L'OAI a au demeurant rejeté la seconde demande de prestation fin 2007 parce que l'assuré n'a fait valoir aucun fait nouveau (décision du 26 novembre 2007).

Au surplus, il ressort du compte individuel de l'assuré auprès de la Caisse de compensation du canton de Fribourg qu'il a touché des indemnités de chômage de mars 2006 à septembre 2007, puis de mai à juin 2008, et qu'il a travaillé pour des agences de placement de octobre à décembre 2008, puis en mars, avril, septembre et octobre 2009. Soit une durée de plus d'un an et demi, largement supérieure aux trois mois mentionnés par la jurisprudence. Ainsi, la connexité temporelle a été interrompue.

Partant, l'autorité de céans constate que les troubles physiques existants entre septembre 2003 et février 2006 n'ont pas entraîné d'incapacité de travail durant cette période.

c) Compte tenu de ce qui précède, la Cour est d'avis qu'il est établi à satisfaction de droit, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles psychiques dont souffre l'assuré sont apparus à une époque où il n'était plus affilié à la Fondation, et que les troubles physiques n'ont pas influé de manière conséquente et durable sur sa capacité de travail durant la période d'affiliation à la Fondation. Ainsi, il n'existe aucun lien entre la Fondation et l'événement assuré.

5. a) Il s'ensuit que l'action en justice doit être rejetée, sans frais de justice conformément au principe de la gratuité de la procédure valant en la matière.

b) L'assuré ayant succombé, il n'a pas droit à des dépens.

c) Conformément au principe selon lequel les assureurs sociaux, y compris les institutions de prévoyance, qui obtiennent gain de cause en procédure cantonale et sont représentés par un avocat ou, d'une autre manière, par une personne qualifiée, ne peuvent en règle générale pas prétendre à des dépens, à moins que l'adverse partie procède à la légère ou de manière téméraire (ATF 128 V 323, 126 V 143 consid. 4a), la défenderesse n'a pas droit à l'octroi de dépens pour ses frais de représentation.

la Cour arrête:

- I. L'action est rejetée.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 27 novembre 2014/cso

Le Président

La Greffière-rapporteure