

# FR\_GERICHTE 605 2013 63 vom 7. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_63](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_63)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 63 du 7 août 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 63 del 7 agosto 2015

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est

encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas. C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 946/05 du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les références citées). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin éventuellement aussi d'autres spécialistes est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C\_201/2007 du 29.01.2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une

opinion contradictoire. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). e) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause S. [I 511/03] du 13.09.2004 consid. 2 et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d).

### **E. 3**

a) Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré de manière suffisante pour justifier de la suppression de la rente. Le Tribunal cantonal constate, à la lecture du dossier, que lors de la première révision de la rente, en avril 2007 déjà, le recourant avait arrêté tout suivi médical psychiatrique, pourtant primordial, car c'est sur la base de ses troubles psychiques que la rente lui a été accordée, ses problèmes somatiques ne pouvant justifier de l'octroi de prestations. L'OAI aurait donc dû, à ce moment, exiger un certificat émanant d'un médecin-psychiatre, pour déterminer l'évolution de son état de santé. Cela étant, à la faveur d'un contrôle de routine mené par le SPE, l'OAI a eu connaissance du fait que le recourant a été surpris travaillant sur un chantier et a requis une expertise psychiatrique.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 L'expertise, confiée au Dr D. \_\_\_\_\_ et réalisée le 4 juillet 2012, démontre que l'assuré « est collaborant « du bout des lèvres ». Il attend poliment les questions et traductions de l'interprète, mais il ne répond que le strict nécessaire, sans jamais (sauf une exception, cf. ci-dessous) donner quoique ce soit comme détails, explications, etc. (...) Ainsi, l'ensemble de l'entretien est très laborieux. Exception faite ici du passage suivant : au moment où nous posons la question s'il a encore travaillé entre l'accident et aujourd'hui, il dit d'abord non pour ensuite se corriger et dire « sauf une fois » et où il nous explique en détails le jour du contrôle de chantier chez son ami entrepreneur. A ce moment-là, l'assuré formule phrases sur phrases spontanément, parlant ainsi trois à quatre minutes en continu. Pour le reste, il retombe dans sa manière monosyllabique. Pour certains sujets (par exemple, la construction de sa maison), il est évasif. Nous avons constamment eu l'impression qu'il nous donne le moins d'informations possibles. ». L'expertise soulève aussi, en parlant de la personnalité de l'assuré, que « il n'y a cependant pas d'indice qu'il pourrait s'agir d'une pathologie de personnalité quelconque. L'assuré donne dans l'ensemble l'impression d'un homme banal, défensif, passif mais centré aussi sur ses intérêts ». Concernant les sources d'informations extérieures, l'expertise fait référence à des analyses sanguines censées démontrer le taux sérique des médicaments prescrits et qui indiquent que « il s'avère avec [ces] résultats que l'observance est probablement insuffisante. Le taux sérique de la substance est en-dessous de la fourchette thérapeutique. ». Cette constatation semble confirmée par le médecin-généraliste traitant qui n'a pas l'impression que l'assuré « ... souffre sur le plan psychiatrique d'une manière significative ». L'expert confirme que : « On apprend ensuite que les consultations [psychiatriques, ndlr] ont été abandonnées depuis 2005 et que les prescriptions médicamenteuses étaient continuées telles quelles jusqu'à aujourd'hui. Notre vérification de l'antidépresseur prescrit a montré un taux sérique très insuffisant, mettant clairement en cause l'observance du sujet ». L'expertise révèle des contradictions : l'arrêt du suivi psychiatrique et psychothérapeutique, malgré l'aggravation de la situation selon l'assuré, le suivi très occasionnel par le médecin traitant, le fait de donner des coups de main sur un chantier et le manque évident de collaboration. Enfin, l'expert conclut : « Il ressort clairement de cette réflexion que les critères pour un état dépressif cliniquement défini ne sont pas remplis. (...) Force est de constater que les choses se sont clairement améliorées sur le plan psychique. Il est pour nous impossible de déterminer avec précision depuis quel moment, mais nous avons ici l'indice de l'arrêt du suivi en 2005, et le rapport du médecin traitant de 2007 qui signalait déjà une amélioration sur le plan psychique. ». Le diagnostic posé est celui de « dysphorie/dysthymie (F34.1-CIM-10) » et « probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0-CIM-10). Comme décrit ci-dessus en détails, il s'agit aujourd'hui d'un état affectif fluctuant avec un niveau résiduel de légère intensité. Il découle pour notre domaine aucune incapacité de travail ni diminution de rendement ». b) L'assuré a consulté le Dr E. \_\_\_\_\_, du 20 octobre 2012 au 24 janvier 2013. Ce praticien a posé le diagnostic de : « épisode dépressif d'intensité moyenne, trouble anxieux ». Dans son rapport du 24 janvier 2013, il est fait mention du constat médical suivant : « Le patient paraît plus que son âge, il se déplace avec une canne. Son visage est rougeau [sic], il paraît fatigué et triste. Il est accompagné par un ami de la famille qui assure la traduction. Le patient lui-même paraît peu concerné par la consultation et ne paraît pas avoir de demande particulière. Son discours est laconique, centré sur ses douleurs, sur son trouble de la marche, son sentiment de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 tristesse et d'être perdu. (...) Nous avons l'impression d'un manque de motivation et de régression de sorte que le résultat est probablement peu représentatif des troubles neuropsychiques du patient ». Il conclut à une incapacité totale de travail. Comme le précise le Dr D. \_\_\_\_\_ à qui ce rapport a été soumis, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne semble pas avoir eu accès à tous les éléments déterminants pour fonder son diagnostic et s'est limité à citer les propos de l'assuré ; en particulier, il n'a pas mentionné le travail accompli sur le chantier, alléguant que l'assuré n'avait jamais travaillé depuis son accident. Au demeurant, son rapport est insuffisamment étayé, quand bien même il admet que le patient ne se montre pas très coopératif et reste très laconique, rejoignant par là les constatations du Dr D. \_\_\_\_\_. En particulier, il ne mentionne pas les éléments sur lesquels se fonde le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne. Le rapport donne l'impression que l'expert s'est reposé sur les dires de l'assuré pour fixer l'incapacité de travail. La Cour estime que l'expertise médicale rendue par le Dr D. \_\_\_\_\_ repose sur une constatation objective des faits et est fondée sur une analyse circonstanciée de l'état de santé du recourant, en parfaite conformité avec les exigences de la jurisprudence, au contraire du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_. L'expert a pris en considération les plaintes du patient et les a analysées de manière objective, sur la base des critères émis par l'OMS et reconnus comme probants. Son expertise ne saurait, partant, être remise en cause. La Cour constate, au vu du rapport d'expertise psychiatrique que les plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité. L'allégation de douleurs doit être corrélée à des observations médicales concluantes sur le plan somatique ou psychique à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C\_911/2011 du 13.06.2012). Par surabondance, il paraît difficilement concevable qu'un assuré qui a besoin de cannes pour se déplacer quotidiennement puisse travailler sur un chantier, même s'il s'agit de donner un coup de main « occasionnel » à une de ses connaissances. Cet élément suffit en lui-même à présumer que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré du point de vue somatique également depuis son accident, ce d'autant plus que, en 2005 déjà, les médecins estimaient que les séquelles physiques de l'accident avaient complètement disparu. c) Le recourant demande qu'il soit procédé à l'audition de témoins. Au vu des pièces du dossier, complètes et bien étayées pour juger de la présente cause, la Cour estime que ces réquisitions de preuve n'apporteraient pas un éclairage complémentaire significatif, de sorte qu'il se justifie de les rejeter. A cet égard, la Cour souligne néanmoins qu'elle ne saurait partager l'avis du recourant quand il affirme que la simple prise de médicaments antidépresseurs sur le long terme (plus de 8 ans) suffit à le dispenser d'un suivi médical approprié, reprenant l'avis de ses médecins traitants. Il semble en effet douteux qu'un médecin généraliste se substitue à un médecin spécialiste, sachant que, malgré la prise de médicaments, l'état du patient n'évolue pas positivement, alors que la rente AI est essentiellement fondée sur des problèmes psychiques. Cette affirmation tend plutôt à démontrer que les médecins traitants considéraient que la situation de santé psychique de l'assuré s'était améliorée, ou, à tout le moins, n'était plus de nature aussi invalidante que le prétendait l'assuré ; dans le cas contraire et en toute conscience professionnelle, il tombe sous le sens qu'ils l'auraient redirigé vers un spécialiste. Le Tribunal cantonal considère plutôt, comme l'indique l'expert D. \_\_\_\_\_, qu'il semble peu probable que l'assuré ait suivi scrupuleusement sa médication, quand bien même allait-il chercher ses

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 antidépresseurs : non seulement la dose est considérée par l'expert comme insuffisante pour la pathologie à l'origine de la rente AI, mais encore l'analyse sanguine en a révélé d'infimes traces dans l'organisme du recourant, ce qui a amené ledit expert à douter de l'observance thérapeutique du traitement. Cela étant, on pourrait effectivement se poser la question du moment à partir duquel l'état de santé du recourant s'est amélioré au point où il ne se justifiait plus de lui servir une rente de l'assurance- invalidité. Cette question peut toutefois rester ouverte, sachant que la seule certitude qui ressort du dossier est que l'arrêt du suivi psychiatrique et psychothérapeutique remonte à 2005. Lors de la révision de 2007, l'OAI n'a pas soumis le recourant à un examen psychique, de sorte qu'il y a lieu de se fonder sur la dernière expertise probante du 4 juillet 2012, selon laquelle l'assuré était, à ce moment-là à tout le moins, entièrement apte à travailler. C'est ainsi manifestement à juste titre que l'autorité intimée a décidé de lui supprimer sa rente.

#### **E. 4**

Sur le vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à 800 francs et mis à la charge du recourant qui succombe. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 7 août 2015/ESC Présidente Greffier-stagiaire

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