

# FR\_GERICHTE 605 2014 8 vom 30. Juni 2015

FR Kantonsgericht, 2015-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2014\\_8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_8)

FR: FR\_GERICHTE 605 2014 8 du 30 juin 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2014 8 del 30 giugno 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes de fin d'année - et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais 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. a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) 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). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin 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 (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

### **E. 3**

En vertu de 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71).

### **E. 4**

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressé. Les traitements et les mesures de réadaptation qui représentent un danger pour lui ne peuvent être exigés.

## E. 5

Est en l'espèce litigieuse la suppression de la rente entière du recourant. Ce dernier soutient que son état de santé psychique, non seulement ne s'est pas amélioré, mais encore qu'il est à l'origine de l'agression sur le second expert, commise sous le coup d'une crise de schizophrénie paranoïaque. L'OAI considère pour sa part en substance qu'il est un fraudeur au comportement inexcusable, dont il y a tout lieu de supprimer la rente. Il s'agit en l'espèce de se référer au dossier afin d'examiner tout d'abord si et dans quelle mesure l'état de santé du recourant s'est amélioré. a) au moment de l'octroi de la rente (mars 2004) aa) atteinte physique Alors âgé de 20 ans, le recourant exerçait son activité principale de boucher lorsqu'il a été victime d'un accident, le 7 décembre 1998. Il s'est coupé au niveau de l'avant-bras gauche, ce qui lui a occasionné une « lésion partielle (60%) du nerf médian gauche », réduite par une intervention chirurgicale dont les suites ont été favorables (rapport du 13 janvier 1999 du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal, dossier OAI I, pièce 3). Trois mois après l'accident, « la main se présente avec une importante diminution de la force et il existe des troubles de la sensibilité sur le territoire du nerf médian gauche » (rapport du 2 mars 1999 du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin d'agence de la SUVA, dossier OAI I, pièce 4). Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 Au début de l'année 2000, la situation n'a guère évolué : « La situation n'a pas beaucoup évolué depuis le mois de septembre 1999, à savoir qu'il persiste toujours des troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf médian et la force de la main est fortement diminuée. Je demande au Dr D. \_\_\_\_\_ de l'HC de bien vouloir présenter l'assuré au Dr E. \_\_\_\_\_ comme, par ailleurs, proposé par le neurologue. Le Dr F. \_\_\_\_\_ et les médecins de l'HC voudront bien me faire part de leurs constatations et propositions thérapeutiques éventuelles en temps opportun. En l'état actuel des choses, l'incapacité de travail totale est certainement justifiée » (rapport du 18 février 2000 du Dr C. \_\_\_\_\_, dossier OAI I, pièce 22). L'incapacité de travail est alors essentiellement due à une atteinte physique à la santé. A l'été 2000, le recourant, pour l'heure pris en charge par l'assurance-accidents via la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), va être dirigé vers l'assurance-invalidité. Le médecin d'arrondissement de la SUVA pratique son bilan et juge que l'activité principale de boucher n'est plus exigible mais que celle accessoire de livreur de journaux le demeure, ainsi que toute autre activité adaptée de type industriel : « l'activité de boucher n'est pas exigible en raison du travail de force et dans des endroits où la température est basse. L'activité d'un porteur de journaux est exigible à 100%. Dans une autre activité, de type industriel, sans port de charges lourdes, est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100% » (appréciation médicale du 20 juillet 2000, dossier OAI I, pièce 40). Il estime en outre une atteinte à l'intégrité à 10%, en raison de troubles de la sensibilité et de plaintes de douleurs de type névrome dans l'avant-bras (estimation du même jour, dossier OAI I, pièce 39). bb) atteinte psychique Dans le cadre de l'instruction de sa demande AI, déposée le 12 septembre 2000, il est d'emblée apparu que la seule problématique physique n'allait probablement pas justifier l'octroi d'une rente entière. Les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal, s'accordaient en effet avec celles du médecin de la SUVA, à savoir qu'un emploi adapté demeurerait envisageable à plein temps, du moment que la motivation semblait encore bonne : « Il persiste principalement des troubles de la sensibilité importante sur les 2e et 3e doigts de la main gauche. Si les travaux nécessitant l'appréhension fine et la manipulation de petits objets à deux mains sont rendus difficiles. De plus, l'exposition au froid est douloureuse, donc limitée en intensité et dans le temps. Il faut tenir compte également d'un risque de

blesseure accrue sur les doigts hyposensibles. Une activité manuelle adaptée reste cependant possible. Je pense que la profession de boucher n'est pas idéale dans ce cas. Position de travail différente, horaire à plein temps non limité, motivation je pense bonne » (rapport du 17 octobre 2000, dossier OAI I, pièce 79). A la fin de l'année 2000, un entretien avec l'OAI donne à croire que le recourant n'est pas si motivé que cela à l'idée de retrouver du travail: « il n'exprime aucune idée de projet professionnel. Il dit qu'il ne sait pas ce qu'il pourrait faire. Il n'a fait aucune recherche d'emploi et n'a eu aucun contact Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 professionnel car étant accidenté, il pense ne pas pouvoir faire ces démarches. A la demande, les seules activités de l'assuré actuellement sont des sorties en ville et des contacts avec des amis. Il n'exerce pas de loisirs car « mes douleurs m'empêchent de penser et d'agir ». Au terme de la scolarité, l'assuré n'avait pas d'autre projet que de devenir boucher. Il n'émet aucun autre intérêt que ce soit sur le plan professionnel ou celui des loisirs » (rapport sur la réadaptation professionnelle du 12 décembre 2000, dossier OAI I, pièce 90). Cela s'est par la suite assez vite confirmé : « Je relève que son attitude « passive » m'interroge. C'est lui qui peut faire évoluer son avenir, c'est à lui de saisir les aides qui peuvent lui être données (temps d'essai chez un employeur par exemple). C'est lui qui devra se présenter à des employeurs et personne ne peut le faire à sa place. Je le rends également attentif à comment il se présente, car il met toujours en avant son handicap et ses limitations. C'est à lui de « vendre » ses atouts : il est jeune, la main accidentée n'est pas la main dominante (...) Je lui redemande quel domaine professionnel serait susceptible de l'intéresser. Ne répondant pas, je suggère, la mécanique, ce qui touche plutôt l'électricité, ou alors des métiers offrant le contact. Il m'explique que quand il touche des objets métalliques, il sent de l'électricité dans son bras et il n'utilise donc pas son bras gauche » (rapport d'entretien du 8 janvier 2001, dossier OAI I, pièce 95). Par la suite, le recourant s'est plaint d'être désormais atteint dans sa santé psychique. Le Dr G. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, à Bienne, faisait état de problèmes rencontrés à partir du mois de juin 2001, se manifestant sous la forme d'une dépression chronique avec épisodes graves mais sans symptômes psychotiques. Il relevait également les conséquences post-traumatiques de son accident, ainsi que des difficultés relationnelles avec son père : « Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome; Posttraumatische Belastungsstörung; Probleme in der Beziehung zu seinem Vater » (rapport du 23 septembre 2002, dossier OAI I, pièce 141). Ce même spécialiste notait toutefois que le recourant n'était pas assidu au traitement. Il était par ailleurs en manque d'une stabilité qu'un travail notamment pouvait lui apporter : « Er hat wenig Krankheitsansicht. Er kommt unregelmässig an die Therapietermine. Er leidet sehr an diesem depressiven Zustand. Trotzdem braucht dieser junge Mann eine Unterstützung, damit er eine berufliche Umschulung machen kann. Die berufliche Umschulung sollte den Patienten über die Defizite und auch über die sonstigen Möglichkeiten orientieren, um ihn nicht erneut zu überfordern. Dies könnte sich auf Dauer demotivierend auswirken. Bis jetzt konnten wir keine Stabilisation erreichen. Sobald die Vertrauensbasis erreicht wird, könnte sich die Prognose positiv entwickeln » (rapport précité). Le recourant n'a pas non plus paru motivé à l'idée d'effectuer un stage en COPAI prévu à Yverdon au début de l'année 2003. Il ne s'est tout d'abord pas présenté. Il ne s'y est finalement rendu qu'après avoir été averti des conséquences qu'un manquement à ses obligations pourrait avoir sur son droit aux prestations (cf. courrier OAI du 20 janvier 2003, dossier OAI I, pièce 164). Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Il a par la suite volontairement quitté le centre le premier jour, mais son attitude a été mise sur le compte d'une atteinte à sa santé psychique : « Il a été

convoqué pour le 3 février 2003. Il s'est présenté au stage mais est reparti le premier jour, sans donner signe de vie. Nous n'avons pas pu le réexaminer ce jour-là puisqu'il n'était plus là au moment de notre présence au COPAI. (...) Lors du préexamen, nous notons effectivement des symptômes dépressifs, mais aussi une agitation motrice constante. Il fait preuve aussi de troubles du comportement avec ce départ prématuré du COPAI sans avertir qui que ce soit. Dans ces conditions psychiques, un stage d'observation professionnelle au COPAI n'est pas possible. Nous sommes par contre prêts à reprendre cet homme en stage lorsque son état psychique se sera amélioré » (rapport du 10 février 2003 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin du COPAI d'Yverdon, dossier OAI I, pièce 170). C'est ainsi qu'il a été envoyé devant un expert psychiatre, le Dr B. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 10 octobre 2003, dossier OAI I, pièce 211). Celui-ci a rapporté que le recourant était sous médication et suivi par son psychiatre, à raison d'une fois par mois : « Lorsque nous évaluons l'assuré, il est suivi par son psychiatre une fois par mois et bénéficie d'une médication comprenant de l'Efexor 150 mg matin et soir, du Buspar 3 x 10 mg et de l'Imovane 1 cp. Ce traitement est inchangé depuis le début du suivi chez le psychiatre, hormis l'Efexor qui a été diminué à deux reprises à 75 mg durant une période » (expertise B. \_\_\_\_\_ I, p. 14, dossier OAI I, pièce 198). Il a observé un phénomène de décompensation psychique depuis l'accident survenu, dans un climat de violence latente : « il est probable que l'accident de 1998, d'une importance chirurgicale relative, soit à l'origine d'une fixation paranoïaque allant jusqu'à des idées de meurtre envers le chirurgien. A noter que sur le plan professionnel, l'expertisé se sent également victime de son chef, substitut du père violent ; différents éléments s'ajoutent au fur et à mesure l'amenant à développer une fixation sur le chirurgien. Il se développe ainsi un tableau d'allure paranoïaque, et avec le temps, plutôt paranoïde, accompagné d'hallucinations auditives et surtout d'un syndrome négatif marqué. Nous sommes actuellement témoins d'une décompensation psychique dont l'évolution est désormais chronicisée, dans un état extrêmement régressé, d'une dépendance pratiquement totale » (expertise B. \_\_\_\_\_ I, p. 16, dossier OAI I, pièce 196). Il a retenu au final le diagnostic de « schizophrénie paranoïaque avec symptômes négatifs prononcés », accompagnée d'un « trouble dépressif majeur, épisode sévère avec caractéristiques psychotiques ». Il a encore noté la présence d'un « trouble panique sans agoraphobie » et d'un « trouble de conversion avec présentation mixte » (expertise B. \_\_\_\_\_ I, p. 13, dossier OAI I, pièce 199). Le recourant était considéré comme totalement incapable de travailler, depuis 1999 au moins. Il a ainsi été mis au bénéfice d'une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 95% le 11 mars 2004, avec effet au 1er décembre 1999 (cf. décision, dossier OAI I, pièce 230). Son droit à la rente a été confirmé en 2006 (cf. communication du 19 décembre 2006, dossier OAI I, pièce 253). Son psychiatre avait en effet attesté d'un état de santé demeuré inchangé (cf. rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 11 septembre 2006, dossier OAI I, pièce 247). Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 b) au moment de la suppression de la rente (décembre 2013) aa) expertise B. \_\_\_\_\_ II L'assuré a été revu par le Dr B. \_\_\_\_\_ en 2010 (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2010, dossier OAI I, pièce 312). Il a d'emblée produit une mauvaise impression : « il s'assied, avachi au fond du fauteuil, dans la salle d'examen. Il est habillé d'un training gris très large, d'une veste qu'il conserve et de baskets ; sa tenue est négligée, il sent mauvais et n'est pas rasé. Son faciès est normothymique, avec un demi-sourire lorsqu'il indique qu'il « s'en fout » de l'expertise ou de l'AI » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 9, dossier OAI I, pièce 304). Son attitude s'est assez rapidement révélée remplie de contradictions : « Il indique d'abord qu'il ne connaît pas la raison de l'examen, qu'il n'a pas lu le courrier de l'AI, ni la convocation de l'expert et ne se

souvent pas des explications de sa femme à ce sujet. (...) Il réitère son désintéret pour l'examen et les relations avec l'AI ainsi que son ignorance du but de l'examen mais indique avec précision le montant de ses rentes AI et SUVA » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 9, dossier OAI I, pièce 304). Il n'y avait plus chez lui de signes, directs ou indirects, d'une réelle atteinte: « On n'observe pas d'atteinte cognitive majeure, ni de la vigilance ou de l'attention. Malgré la forte médication psychotrope administrée, on ne constate pas de sédation, ni de prise de poids ou de signes extra- pyramidaux (tremblements, rigidité, akinésie ou dyskinésie, akatisie...). Absence d'atteinte thymique, l'expertisé ne pleure à aucun moment et le faciès est normothymique. Absence d'éléments mégalomaniacs dans le délire relaté. L'expertisé ne semble pas submergé par des idées envahissantes » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 9, dossier OAI I, pièce 304). L'expert en a déduit qu'il composait un rôle : « Le discours est accéléré, l'expertisé répond sans hésitation aux questions, nullement ralenti, absence de barrage de la pensée. Il se laisse interrompre. Le délire paranoïaque relaté paraît trop « parfait », comme préparé à l'avance, hermétique à toute investigation. De même, la prétendue « phobie du sang » empêche une vérification de la compliance » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 9, dossier OAI I, pièce 304). Le recourant a fini par se décomposer, s'est mis en colère et s'est montré menaçant, tant et si bien que l'expertise a dû être interrompue : « Après une dizaine de minutes, il se montre très agité, refuse de répondre aux questions de l'expert et dit « qu'il lui met trop la pression ». Il se met à crier. (...) Il hurle, donne encore des précisions sur ses visions et, dans un comportement ostentatoire, il jette un coup de pied dans un fauteuil, en renverse un autre avant de donner un deuxième coup de pied dans la porte, en proférant des menaces. Devant une telle attitude, il n'est pas possible de poursuivre l'entretien » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 10, dossier OAI I, pièce 303). Ce faisant, il affichait un flagrant manque de collaboration : « L'expertisé se montre en effet très irritable déjà après quelques minutes, refusant de répondre à des questions et indiquant avec un demi-sourire qu'il « s'en fout de tout ». Il fait vite scandale, jette des objets, se montre menaçant, à la limite de l'agression physique. Il est clair que dans ce cadre il n'a pas été possible d'approfondir suffisamment le diagnostic et le traitement » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 11, dossier OAI I, pièce 302). Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Au-delà de ça, il est apparu que les circonstances avaient manifestement changé depuis 2003 et la première expertise, ce qui donnait à penser que l'état de santé s'était en fait amélioré : « La comparaison avec l'état d'août 2003 soulève aussi des interrogations. A l'époque, l'assuré paraissait très déprimé avec un score sur l'échelle de Hamilton à 31 points. Lors de l'examen actuel, un état dépressif, même mineur, ne semble pas exister. L'état thymique s'est ainsi nettement amélioré. De même, l'atteinte anxieuse majeure de 2003 ne fait plus partie du tableau et l'atteinte conversive est absente des plaintes. La description de l'assuré et de son épouse de la prétendue paranoïa paraît préfabriquée et mise en scène dans un souci d'empêcher toute investigation approfondie de l'état soi-disant grave » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 12, dossier OAI I, pièce 301). Au final, l'expert n'évoquait rien moins qu'une simulation, une atteinte réelle semblant peu crédible : « Dans l'ensemble, le bref entretien avec l'expertisé soulève la question d'une éventuelle simulation et au moins d'un trouble factice avec signes et symptômes psychologiques prédominants. Ce dernier diagnostic est peu probable car l'expertisé ne semble pas chercher à jouer le rôle de malade mais plutôt le bénéfice pécuniaire qui en découle. On ne peut pas écarter à ce stade l'existence d'une schizophrénie de type paranoïaque telle que diagnostiquée dans mon dernier rapport d'expertise du 10.10.2003, mais le diagnostic doit être remis en doute, notamment en ce qui concerne sa gravité. En effet, les symptômes

négatifs prononcés qui faisaient partie du tableau sont moins certains. L'expertisé est tout à fait capable par exemple de citer le montant de ses revenus de la SUVA et de l'AI, a pu se marier et a eu des enfants depuis le dernier rendez-vous. Il garde des relations avec ses sœurs et sa mère. Il a pu voyager seul pour rendre visite à sa mère à Istanbul. Il est motivé ou en tout cas dit l'être pour voir son psychiatre à Bienne, turc comme lui. Un tableau évolutif de nature schizophrénique déficitaire serait très peu compatible avec l'ensemble de ces éléments » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 12, dossier OAI I, pièce 302). Il souligne à cet égard l'intérêt financier, pour le recourant, de se maintenir dans un statut d'invalidé : « Le couple bénéficie de prestations AI et SUVA de près de CHF 5'000.- par mois. Il existe ainsi une incitation non négligeable à maintenir l'état actuel tel quel » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 13, dossier OAI I, pièce 301). L'expert suggérait tout de même de procéder à une instruction plus approfondie du cas du recourant : « Le cas de l'expertisé mérite une investigation plus approfondie, en tenant notamment compte du fait que l'expertisé n'est âgé que de 32 ans et que l'invalidité reconnue depuis 1999 ne semble pas avoir été révisée après un examen psychiatrique approfondi » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 13, dossier OAI I, pièce 301). C'est dans ces circonstances que le recourant a été amené à rencontrer un nouvel expert, en la personne du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. Il a été dûment averti des conséquences d'un manque de collaboration de sa part (cf. courrier OAI du 31 janvier 2013, dossier OAI I, pièce 332). bb) expertise I. \_\_\_\_\_ Cette dernière mise en garde est restée lettre morte. Le recourant a en effet agressé le Dr I. \_\_\_\_\_ au cours de l'entretien du 2 août 2013, lui portant un coup de tête, comme ce dernier a l'a indiqué par téléphone aux collaborateurs de l'OAI : « Pour Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 revenir aux faits, le Dr I. \_\_\_\_\_ m'explique qu'il pensait pouvoir voir venir l'agressivité de cet assuré et garder le contrôle de la situation. Or, « c'est arrivé immédiatement, l'assuré regardait par la fenêtre tranquillement et il m'a sauté dessus. Il est très souple, petit et très athlétique. Ce qui m'a choqué le plus c'est son manque de limite avec ce coup de tête ». Le Dr I. \_\_\_\_\_ a beaucoup d'émotion dans sa voix lorsqu'il me fait part de la situation. Il m'explique ensuite que les policiers sont arrivés. Les policiers ont expliqué au Dr I. \_\_\_\_\_ qu'ils sont très habitués avec ce type de situation. Et que le comportement de l'assuré avait pour but d'impressionner. Effectivement, lorsque les policiers sont arrivés l'assuré s'est roulé par terre en criant qu'il est schizophrène et qu'il prend beaucoup de médicaments etc. Les policiers ont expliqué au Dr I. \_\_\_\_\_ que la scène était grotesque puisque deux minutes après, il repartait tranquillement avec sa femme, cigarette à la bouche, prendre son train » (rapport OAI du 5 août 2013, dossier OAI I, pièce 360). Après cela, l'OAI a suspendu, puis enfin supprimé la rente. Le recourant fait valoir qu'il a agi sous le coup d'une crise de schizophrénie paranoïaque. Il a donné cette version des faits à plusieurs reprises, dans le cadre de la présente procédure comme celle relative à la suspension de la rente. Il se réfère à cet égard à l'avis de son psychiatre : « Die Impulsausbrüche sind selbstverständlich auf seine psychische Erkrankung zurückzuführen. Diese Impulshandlungen gehören zum Krankheitsbild des Patienten und sind damit durch die psychische Erkrankung von ihm bedingt » (rapport du 20 octobre 2013 du Dr G. \_\_\_\_\_, dossier OAI II, pièce 84). Cette thèse du médecin traitant, qui s'exprime en faveur de son patient, ne peut être retenue. Elle ne résiste pas aux faits. Voici en effet le témoignage écrit du Dr I. \_\_\_\_\_ : « Concernant la présence d'une psychose schizophrénique, une personne qui souffre d'une telle affection ne présente pas d'épisode de violence tels qu'ils se sont déroulés le 2 août 2013. En effet, une personne souffrant de schizophrénie donne des coups sans discernement et de manière incontrôlée. Or, (...) ce

dernier a maîtrisé l'agression en dosant la force du coup, de manière à ne pas me blesser outre mesure. Le geste a été précis, dosé, réfléchi et ciblé. Un officier de police m'a rapporté ultérieurement qu'il avait répété de manière insistante à l'endroit des gendarmes qu'il était schizophrène. Or, les personnes présentant ce type de pathologie mentale ne tiennent pas de tels propos lorsqu'ils sont décompensés (en état de crise) » (observations du 24 mars 2015, produites par l'OAI à l'appui de sa dernière intervention). Ces explications ne font que corroborer la version qu'il avait donnée par téléphone aux collaborateurs de l'OAI. On peut d'ailleurs partir du principe que le Dr I. \_\_\_\_\_ ne serait probablement jamais permis de déposer plainte pénale s'il était parvenu à la conclusion que le coup porté avait été le geste irréfléchi d'une personne gravement atteinte dans sa santé psychique. Au reste, ce jour-là, le recourant n'a pas été hospitalisé en milieu psychiatrique, ce qui aurait dû être le cas s'il s'était avéré qu'il s'était bien trouvé en proie à une crise (cf. observations du Dr I. \_\_\_\_\_). Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Force est au contraire de croire que son cas se situe désormais en marge du domaine de la médecine, ainsi que le suggèrent de nombreux facteurs extra-médicaux. c) facteurs extra-médicaux aa) menaces et violence Le recourant avait déjà menacé l'expert B. \_\_\_\_\_ mandaté par l'OAI en 2010, avant d'agresser plus tard l'expert I. \_\_\_\_\_, mandaté à son tour. A la suite à la plainte déposée par ce dernier, il a été condamné pour lésions corporelles simples à une peine de 90 jours amende avec sursis pendant 4 ans, ce long délai d'épreuve se justifiant au vu de ses antécédents. A l'instar du Dr I. \_\_\_\_\_, le juge pénal a en effet considéré que les motivations du recourant relevaient d'un comportement colérique mal maîtrisé au détriment d'autrui, mais non d'une maladie psychiatrique, sa responsabilité n'étant pas remise en cause (cf. ordonnance pénale du 16 octobre 2013, dossier OAI II, pièce 78). Il s'agit là d'une attitude que l'on ne peut tolérer de la part d'une personne en demande de prestations de l'assurance-invalidité. On notera au passage que c'est précisément à cause des menaces et de la violence affichées par le recourant devant le premier expert qu'un mandat avait par la suite été confié à l'expert qui sera en fin de compte agressé, de sorte que la responsabilité du recourant paraît plus grande encore. bb) incohérences Une lecture attentive du dossier fait apparaître nombre d'incohérences dans l'attitude du recourant qui ne plaident pas en faveur de la vraisemblance de ses propos. Il avait déjà différé l'entretien avec le Dr I. \_\_\_\_\_ parce qu'il aurait eu des difficultés à se déplacer à cause de son dos (cf. rapport d'entretien téléphonique du 19 juillet 2013, dossier OAI I, pièce 342, et son courrier du 21 juillet 2013 allant dans le même sens, dossier OAI I, pièce 345), ce qui ne l'a pas empêché de lui porter un coup de tête, geste qui serait peu compatible avec une telle atteinte physique. Se prétendant atteint dans sa santé psychique pour expliquer son geste, il n'a pour autant jamais émis de remords ou de regrets. Lui et son épouse ont au contraire considéré l'OAI comme responsable de ce qui était arrivé: « Elle se demande pourquoi nous ne l'avons pas convoquée avec son mari pour demander ce qui c'était exactement passé. Elle nous rendra responsable (moi et la juriste) s'il arrive quelque chose à son mari ou à un membre de sa famille. Elle n'entend pas en rester là. C'est une honte de quelle manière on les traite et il y aura des suites » (rapport OAI du 30 août 2013, dossier OAI I, pièce 369). On a grand peine à comprendre pourquoi il a successivement fait interrompre deux expertises qui auraient précisément pu alléguer qu'il était bel et bien atteint dans sa santé psychique, comme il le soutient. Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Sa nouvelle demande à voir un troisième expert psychiatre ne fait pas grand sens, cela d'autant moins que, en fin de compte, les deux experts ont tout de même clairement laissé entendre qu'il n'était plus atteint dans sa santé psychique. Toutes ces incohérences ne sauraient aucunement

constituer, comme il le pense, la preuve de l'existence d'une atteinte invalidante. cc) refus de collaborer et de se soigner Le recourant avait affiché son refus de collaborer avec l'OAI bien avant de faire échouer successivement deux expertises, presque dès le départ. Si bien que l'on se situe à la limite d'une reconsidération de l'octroi de sa rente. Au moment de la réinsertion professionnelle, il s'était montré presque menaçant : « Une heure et demi plus tard, il se présente au bureau de la soussignée déclarant qu'il ne peut rester plus longtemps dans nos locaux sous peine d'une manifestation violente de sa part, il sort pour prendre l'air et ne revient pas » (rapport du 18 février 2003 du COPAI, dossier OAI I, pièce 172). Il n'avait pas été particulièrement collaborant lors de la toute première expertise non plus: « A l'observation, l'expertisé frappe d'abord par son apparence négligée, sa désorientation temporelle, son allure désabusée, replié sur lui-même, passif. Le recueil anamnestique est particulièrement difficile à cause de l'attitude indifférente de l'assuré d'une part, et de ses troubles cognitifs d'autre part» (expertise B. \_\_\_\_\_ I, p. 15, dossier OAI I, pièce 197). Certaines de ses déclarations n'étaient alors, une fois de plus, guère crédibles: « C'est son amie qui a lu la lettre de convocation. Il dit ne pas s'en être occupé et ne plus se souvenir d'avoir fait une demande à l'AI » (expertise B. \_\_\_\_\_ I, p. 11, dossier OAI I, pièce 201). Ceci alors même qu'il a toujours été en mesure d'indiquer très précisément le montant des rentes qu'il touchait. Si la rente entière du recourant a par la suite été confirmée en 2006, ce fut dans un contexte qui aurait mérité d'être creusé. Le recourant ne suivait à cette époque pas assidument sa thérapie, préférant se rendre en Turquie auprès de sa mère : « Der Patient kommt unregelmässig an seine Termine. Als Grund zeigt er und seiner Partnerin, dass er sich nicht wohl fühle und deswegen reise er entweder ganz alleine oder mit der Begleitung seiner Partnerin und zwei Kinder in die Türkei. Er bleibe dort mit seiner Mutter in Istanbul, wo er sich bischen besser fühle. Sonst in der Schweiz habe das Gefühl, als ob man ihn erstickten würde » (rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 11 septembre 2006, dossier OAI I, pièce 247). Son psychiatre traitant laissait par ailleurs entendre qu'il doutait un peu ce que lui et sa compagne lui racontaient, les séances se déroulant, là encore, toujours en présence de cette dernière « Die Therapie Sitzungen finden eher mit der Partnerin statt. Der Patient hat Schwierigkeiten sich auszudrücken. Wie weit er von der Wahrheit spricht, ist mir auch nicht klar. Da ich den älteren Bruder auch betreue, habe ich verschiedene Versionen als der Patient mitbekommen!... » (rapport précité). dd) autres éléments Sur ce dernier point, il convient encore de souligner le rôle joué par sa compagne, devenue sa femme. Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Dès le départ, elle a eu une très grande influence sur lui : « il est célibataire. Il vit actuellement chez une amie d'origine espagnole, qui l'accompagne au COPAI, assiste à la consultation et semble s'occuper de lui dans toute sorte de démarches » (rapport du 18 février 2003 du COPAI, dossier OAI I, pièce 172). C'est elle qui répondait à l'OAI lorsqu'il manquait à ses obligations (cf. rapport d'entretien du

## **E. 6**

Au vu de tout ce qui précède, une suppression de la rente entière se justifie. Le premier expert estimait que le recourant n'était plus atteint dans sa santé, ce qui fait d'ailleurs écho aux doutes du psychiatre traitant. Si l'existence d'une atteinte invalidante à sa santé n'est actuellement plus prouvée, c'est en grande partie à cause du comportement du recourant, dont il y a lieu de lui faire supporter les conséquences. Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 La décision de suspension de la rente sanctionnait pour sa part le seul manque de collaboration. Ce manque de collaboration, qui s'est notamment exprimé par les menaces et la violence proférées devant les experts, doit également être pris en compte dans le cadre de la présente procédure de suppression de la rente: il constitue en effet l'un des nombreux

indices que le recourant n'est plus atteint dans sa santé, comme le pensent finalement les deux experts, mais qu'il tente à tout prix de faire comme s'il l'était encore. L'on peut ainsi retenir que sa santé s'est aujourd'hui améliorée au point qu'il n'a plus droit à la rente et que celle-ci doit dès lors être supprimée. Manifestement infondé, son recours est rejeté. La suppression de la rente pouvait probablement se justifier au regard du seul comportement du recourant devant les deux experts, lui qui, d'une certaine manière et bien qu'il ait été rappelé plusieurs fois à ses obligations, donne clairement à penser qu'il souhaite même se soustraire à tout traitement médical (art. 25 al. 4 LPGGA). Le second rapport de l'expert suggère en effet qu'il ne se soigne pas sérieusement : « Le traitement psychiatrique et notamment psychotrope doit être revu. En particulier, l'absence d'un traitement neuroleptique incisif est étonnante; l'indication d'un double traitement antidépresseur soulève aussi des questions car l'expertisé ne paraît pas du tout déprimé » (expertise B. \_\_\_\_\_ II, p. 13, dossier OAI I, pièce 301), ce qu'avait aussi indiqué son psychiatre traitant en 2006 déjà. Pour autant, et contrairement à ce que fait valoir l'OAI dans ses écritures, le fondement juridique d'une suspension et d'une suppression de rente n'est pas tout à fait le même, sans quoi une décision de suppression aurait été immédiatement rendue.

#### **E. 7**

L'assistance judiciaire n'a été octroyée au recourant que parce qu'il subsistait encore un doute sur sa capacité de travail résiduelle. Elle avait toutefois été octroyée avec des réserves, à la suite de quoi le mandataire du recourant n'a d'ailleurs plus été sollicité par la Cour de céans. Après examen complet du dossier, et vu les nombreux facteurs étrangers qui ne pouvaient tous se remarquer d'emblée, il apparaît juste que le recourant supporte en fin de compte lui-même une grande partie de ses dépens. Dès lors, c'est une seule indemnité forfaitaire de 500 francs qui lui est ici octroyée, avec TVA à 8% cependant. Des frais de justice sont encore mis à sa charge, par 800 francs. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés vu, précisément, l'octroi de l'assistance judiciaire. Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision est confirmée. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu l'assistance judiciaire, ils ne lui sont pas réclamés. III. Une indemnité de partie de 540 francs (TVA de 8% comprise) est encore allouée au recourant. Elle est prise en charge par l'Etat. 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 30 juin 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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