

FR_GERICHTE 605 2017 179 vom 24. Mai 2018

FR Kantonsgericht, 2018-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_179

FR: FR_GERICHTE 605 2017 179 du 24 mai 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 179 del 24 maggio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

janvier 2013. Dans son arrêt du 25 août 2014, la Ie Cour des assurances sociales a annulé la décision attaquée et renvoyé l'affaire à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise rhumatologique ou orthopédique, cas échéant bi-disciplinaire avec un volet psychiatrique. L'autorité intimée a alors repris l'instruction du dossier du recourant et mandaté le Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: CEMed) aux fins de pratiquer une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès de la Dresse D._____ et du Dr E._____. Suite à cette expertise, l'OAI refuse au recourant, par décision du 12 juin 2017, tous droits à des prestations de l'AI.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 B. Contre cette décision, A._____, représenté par Procap, interjette un recours de droit administratif devant l'Instance de céans en date du 21 août 2017. Il conclut, sous suite de dépens et sous bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais, principalement, au versement des prestations légales découlant de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical, respectivement sur la détermination du taux d'invalidité. A l'appui de son recours, il fait valoir une instruction médicale lacunaire et conteste la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 26 juin 2015. Il mentionne que son état de santé s'est dégradé après l'expertise. Il indique d'autre part que l'intimé n'a aucunement cherché à déterminer si son éthyliisme avait provoqué d'autres atteintes à la santé, telles que par exemple des lésions cérébrales. Or, le problème essentiel découle de la problématique psychiatrique en ce sens que l'éthyliisme a entraîné des troubles cognitifs avec des troubles de l'attention et de la concentration, liés aussi à un problème dépressif chronique. Ces troubles cognitifs sont certainement liés à la consommation excessive d'alcool et ont certainement entraîné des lésions cérébrales qui mériteraient d'être investiguées par examen IRM cérébral et examen neuropsychologique. De plus, son activité de machiniste-grutier n'est absolument pas adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Dans ses observations du 2 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que les conclusions du CEMed datées du 26 juin 2015 sont sans appel, l'assuré ne présentant aucune atteinte ayant une quelconque influence dans son activité de machiniste. En effet, sa seule limitation fonctionnelle est le port de charges de manière répétée et son activité de grutier ne l'y confronte pas. Quant aux rapports médicaux produits par le RFSM, l'OAI les a soumis au CEMed pour détermination. Dans sa prise de position du 22 juillet 2016, le CEMed explique très bien que les deux rapports n'apportent aucunement la preuve de

l'existence d'une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. Quant aux nouvelles allégations concernant la présence de troubles cognitifs attestés par le Dr F. _____ et qui n'auraient pas été pris en compte par les experts mandatés par l'OAI, elles ont fait l'objet d'un avis du SMR qui les réfute (avis du 28 septembre 2017). Dans ses contre-observations du 26 février 2018, le recourant produit un rapport médical du 29 janvier 2018 du Dr F. _____, lequel a procédé à un examen IRM cérébral qui a conclu à une atrophie et perte de volume modérée du lobe frontal bilatéral. Ce médecin en déduit que cet examen confirme sa suspicion de présence de trouble cognitif de sorte qu'il serait souhaitable qu'un avis spécialisé par l'intermédiaire d'une expertise soit organisé. Le 19 mars 2018, le recourant produit un rapport d'examen neuropsychologique datant du 2 mars 2018. Le 26 mars 2018, l'OAI indique n'avoir pas de remarques particulières à formuler et maintenir ses conclusions exprimées lors du précédent échange d'écritures. Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 en droit 1. Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes d'été 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.

2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi 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 LAI, est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 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 (al. 1). 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 (cf. art. 28 al. 2 LAI).

2.2. 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors 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 (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174, 129 V 222).

Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes et aux femmes (ATF 129 V 408). 2.3. Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire 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 et l'appréciation 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 d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées).

S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le Tribunal fédéral 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). Il convient en effet de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). 2.4. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt TF 9C_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une

consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et les symptômes psychiatriques

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient pas conséquenter faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt TF 9C_395/2007 du

E. 15

avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance- invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêt TF I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3). 3. En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation. 3.1. Du dossier, il ressort notamment ce qui suit: 3.1.1. L'assuré ne travaille plus depuis 2009, son dernier travail était celui de machiniste sur chantier à 100%. Séparé, il habite seul. Il a des problèmes d'alcool. Il se trouve au Torry pour sevrage d'alcool depuis 2010, il a également séjourné à Marsens en 2010 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. 3.1.2. Expertise psychiatrique rendue dans le cadre de la 1ère décision de l'AI, recours de l'assuré, raisons qui ont amené le Tribunal cantonal à renvoyer l'affaire pour expertise psychiatrique et rhumatologique Dans une première décision du 29 novembre 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations AI. Pour ce faire, il s'est basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C. _____, lequel a indiqué que la dépendance à l'alcool de l'assuré est primaire et ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante. Il considère que le rapport du RFSM qui affirme que la dépendance à l'alcool n'est que secondaire à des épisodes dépressifs sévères et récurrents à l'origine d'une invalidité ne remet pas en question les conclusions du Dr C. _____. Suite au recours de l'assuré, la IIe Cour des assurances sociales a annulé la décision attaquée et renvoyé l'affaire pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise rhumatologique ou orthopédique, cas échéant bi-disciplinaire avec un volet psychiatrique.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 La IIe Cour des assurances sociales a constaté que les avis divergent concernant l'origine de cette dépendance à l'alcool et de ses répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Elle a considéré qu'au vu des rapports médicaux, il apparaît que la dépendance à l'alcool dont souffre le recourant est primaire. Mais elle relève

cependant que, selon le rapport du Dr G. _____ du 25 février 2011, l'assuré a été hospitalisé au CSH de Marsens une première fois du 9 au 30 mars 1999, puis une seconde fois du 16 mai au 26 juin 2011. Cependant aucun médecin, pas même le spécialiste précité, n'indique les motifs de ces hospitalisations. Elle en conclut que, dans la mesure où est discutée la question d'un trouble psychique antérieur à la dépendance à l'alcool, il est dès lors nécessaire de procéder à une instruction supplémentaire visant à déterminer de quels troubles souffrait l'assuré lorsqu'il a été hospitalisé en 1999 puis en 2001. De même demeure également litigieuse la question de savoir si la dépendance de l'assuré à l'alcool a provoqué une maladie qui porte atteinte à sa santé. En effet, bien que l'expert C. _____ affirme que tel n'est pas le cas, il ne motive pas son point de vue. Or différents médecins, dont le Dr G. _____, affirment que l'assuré présente, malgré l'abstinence à l'alcool, une importante perte au niveau de son autonomie ainsi que des habilités intrinsèques. Ce dernier médecin ajoute que son patient souffre également de gros troubles cognitifs en rapport avec la dépression. En ce qui concerne le volet somatique, la IIe Cour des assurances sociales considère que bien qu'il paraisse douteux que l'assuré ne puisse reprendre une activité adaptée, compte tenu des atteintes somatiques qualifiées de modestes par le SMR, et en partie dues à un certain déconditionnement physique, il apparaît tout autant improbable que l'assuré puisse continuer à exercer son ancienne activité de grutier qui implique des montées et descentes d'échelles ainsi qu'une position assise prolongée. Ainsi, l'avis du SMR n'a pas convaincu la IIe Cour des assurances sociales et c'est la raison pour laquelle elle a renvoyé l'affaire à l'autorité intimée également pour une expertise rhumatologique ou orthopédique.

3.1.3. Après le renvoi de l'affaire par le Tribunal cantonal pour expertise psychiatrique et rhumatologique Une expertise pluridisciplinaire a eu lieu le 3 février et le 12 février 2015 au CEMed. Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2015, le Dr E. _____, psychiatre psychothérapeute FMH et la Dresse D. _____, rhumatologue FMH, mentionnent que les douleurs lombaires sont toujours présentes, constantes mais fluctuantes, le limitant principalement dans les positions assise et debout prolongées. Le patient indique des gonalgies bilatérales prédominant à gauche, survenant à la marche. A l'examen clinique, les médecins notent une insuffisance de la musculature abdominale et des 4/6 signes de Waddell positifs. Une IRM lombaire effectuée le 28 novembre 2013 montre uniquement une petite protrusion discale L4-L5 non compressive et des troubles dégénératifs modérés des articulations postérieures L3-L4 et L4- L5. En conclusion, le patient se plaint de lombosciatalgies gauches chroniques depuis plusieurs années, en partie en relation avec un déconditionnement, une insuffisance de la musculature abdominale et des troubles dégénératifs lombaires modérés. Les gonalgies peuvent être également en relation avec un déconditionnement. Sur le plan thérapeutique, il pourrait bénéficier de rééducation posturale et d'exercices doux progressifs de gainage, et de renforcement musculaire. Sur le plan fonctionnel, en raison des lombalgies, il est uniquement limité dans les ports de lourdes charges de manière répétée. En respectant cette limitation, sa capacité de travail est complète dans toutes les activités. Sur le plan psychique, les experts confirment le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation actuelle épisodique, malgré l'existence d'un déni de l'expertisé. Sur la base des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 documents médicaux et de l'anamnèse, les experts ne peuvent retenir l'existence d'un trouble dépressif récurrent, c'est-à-dire une maladie psychiatrique indépendante de la consommation d'alcool et dont l'origine prendrait naissance dans une constitution psychique fragile. "De fait, aucun événement traumatique

n'est retrouvé. Il n'y a pas d'autres éléments pouvant justifier une évolution pathologique du développement psychoaffectif. (...) Nous sommes donc en face d'une dépendance à l'alcool primaire qui se révèle dans le contexte d'un facteur de stress psychosocial et va nécessiter des hospitalisations itératives entre 1999 et 2001, puis entre 2009 et 2010. Une période de prise en charge en postcure est également nécessaire, alors que le suivi psychiatrique se poursuit dans un service d'addictologie, mais le suivi régulier est assuré par une psychologue. (...) De plus, notre évaluation met en évidence une symptomatologie dépressive fluctuante en réaction à son état de santé physique en particulier les douleurs sources de limitation. Ces plaintes sont une humeur modérément à fortement déprimée, accompagnée parfois de pleurs, pouvant conduire à un retrait à domicile sans aucun intérêt. Elles sont accompagnées de frustration et de colère, parfois d'épisodes anxieux transitoires, d'épisodes d'oppression thoracique en cas de frustration. (...) Nous n'avons donc pas les arguments pour un épisode dépressif majeur. (...) En résumé, notre évaluation met en évidence des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation actuelle épisodique, dans le contexte d'une personnalité marquée par des traits anxieux sans évidence pour un trouble dépressif récurrent, ni d'épisode dépressif majeur au moment de l'expertise. Il n'y a pas d'autre pathologie psychiatrique grave. (...) La capacité de travail psychique est donc entière et sans limitation". 3.1.4. Examen de l'assuré par les médecins du RFSM qui retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance. Dans leur rapport médical du 10 novembre 2015, les médecins du RFSM indiquent que l'assuré est suivi dans leur centre suite à la péjoration de son état psychique sur un mode anxiodépressif avec persistance des idées suicidaires. "Malgré le suivi, son état psychique reste fragile et vulnérable, avec un état de tristesse intense, du désespoir, un sentiment d'infériorité et de dévalorisation, ainsi que la présence d'idées suicidaires actives, un trouble de l'attention et de la concentration et un trouble de l'adaptation. Les experts signalent qu'il n'y a pas eu de mention de mesures des CDT pour vérifier l'abstinence lors d'épisodes dépressifs. Nous pouvons partir du principe que le cadre du Torry est suffisant pour éviter une consommation d'alcool. Le patient n'a pas présenté de désir puissant, voire compulsif, de boire de l'alcool. Le tableau clinique était plutôt dominé par des idées suicidaires, ce qui a motivé son hospitalisation au CSH de Marsens. Dans ce contexte, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33)." Dans leur rapport médical du 2 février 2016, les médecins du RFSM posent les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.2) depuis 1993 et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. Ils mentionnent que le patient a été hospitalisé de 1991 [recte: 1999] à 2001 deux à trois fois pour des épisodes dépressifs ainsi que quatre hospitalisations de CSH entre 2009 et 2010. Ils précisent que l'aggravation de ses troubles psychiques en 2009 a entraîné une impossibilité de continuer son activité professionnelle. Par la suite, même une activité professionnelle aménagée en tant que cuisinier à 50% n'était pas réalisable, en raison de ses troubles psychiques. Le patient est suivi dans leur centre depuis 2010 suite à la péjoration de son état psychique avec une nette aggravation dépressive, accompagnée d'une forte angoisse et d'idées suicidaires, auxquelles s'ajoutent des douleurs chroniques qui

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 viennent aggraver les troubles anxieux et dépressifs. Malgré le suivi, son état psychique reste fragile et vulnérable avec un état de tristesse intense, du désespoir, un sentiment d'infériorité et de dévalorisation ainsi que la présence

d'idées suicidaires actives, un trouble de l'attention, de la concentration et de l'adaptation. Le patient se plaint de lombosciatalgies gauches qui persistent. Il se plaint de douleurs des genoux et des chevilles, ce qui dégrade énormément son état psychique. Les médecins affirment que l'activité exercée n'est plus exigible car il n'arrive pas à maintenir le rythme et que le status est encore instable. La reprise de l'activité professionnelle est ainsi à réévaluer.

3.1.5. Suite à ces deux rapports médicaux du RFSM, les experts du CEMed ont été appelés à se prononcer une nouvelle fois. Dans leur rapport médical du 22 juillet 2016, les médecins du CEMed indiquent, concernant le trouble dépressif récurrent, que le rapport du 10 novembre 2015 ne contient pas d'arguments à ce sujet et qu'il ne démontre pas l'existence d'un trouble dépressif avant l'existence de la dépendance à l'alcool. Les médecins du CEMed considèrent que le rapport médical de février 2016 n'apporte pas plus de preuves. En effet, quand bien même les médecins du RFSM mentionnent des épisodes dépressifs, il n'y a pas plus d'informations à ce sujet. Or, dans leur expertise, les médecins du CEMed n'ont pas pu attester objectivement de l'existence d'épisodes dépressifs primaires. De même, il n'a pas été possible de démontrer l'existence d'épisode dépressif secondaire invalidant. Les médecins du CEMed constatent que les médecins du RFSM retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Or, le degré moyen ne peut justifier une incapacité de travail ni totale ni durable. Les psychiatres du RFSM ne se prononcent pas sur l'incapacité de travail alors que les diagnostics psychiatriques retenus seraient incapacitants. Ils ne justifient pas non plus comment une dépendance à l'alcool peut être invalidante. Ils indiquent que les plaintes douloureuses dégradent énormément son état psychique. Toutefois, dans l'expertise du CEMed, l'expert rhumatologue avait retenu uniquement des limitations dans les ports de lourdes charges de manière répétée. Dès lors, il semble contradictoire d'affirmer un tel impact psychique alors que l'atteinte somatique n'est pas sévère. Les médecins du CEMed ont conclu que les rapports des médecins du RFSM ne permettent pas de modifier leurs conclusions psychiatriques figurant dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2015. Néanmoins, les plaintes et les signes psychiques évoquent l'existence d'une perturbation dépressive pouvant correspondre à une atteinte dépressive réactionnelle au refus de prestations.

3.1.6. Les médecins du RFSM se prononcent à nouveau sur l'état de santé de l'assuré et mentionnent une augmentation de sa consommation d'alcool. Dans leur rapport médical du 27 octobre 2016, les médecins du RFSM relèvent que, depuis le mois de février 2016, l'état psychique de l'assuré a été perturbé, fait lié surtout à une augmentation de la consommation d'alcool ainsi qu'à une péjoration psychique avec recrudescence des symptômes dépressifs. Ce rapport ne fait pas état d'une incapacité de travail.

3.1.7. Avis du médecin SMR qui relève que ce patient présente un alcoolisme primaire et qu'il n'existe aucun motif médical d'incapacité de travail. Dans son rapport médical du 24 avril 2017, le Dr H. _____, médecin SMR, relève que les psychiatres traitants mentionnent dans leur dernier rapport médical une augmentation de la consommation d'alcool avec une fluctuation concomittante de l'humeur ayant motivé la reprise d'un traitement antidépresseur. Il indique que ce patient présente depuis de nombreuses années

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 un alcoolisme primaire. Les rechutes périodiques s'accompagnent d'une péjoration de l'humeur, phénomène médicalement bien connu. S'agissant d'une toxicomanie primaire au sens de l'AI (ne dépendant pas d'une affection psychiatrique justifiant à elle seule une invalidité), l'abstinence est exigible. Il mentionne qu'en cas d'abstinence d'alcool, il ne subsiste aucun motif médical d'incapacité de travail, comme l'a démontré l'expertise de juin 2015.

3.1.8. Avis du médecin traitant qui estime que

le problème d'éthylisme a entraîné des troubles cognitifs, lesquels seraient à l'origine de l'essentiel de l'incapacité de travail Dans son rapport médical du 14 août 2017, le Dr F._____ pose les diagnostics suivants: d'un point de vue somatique, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, épisode de sciatalgies gauche, gonalgies chroniques, discopathie L4-L5 avec petite hernie discale foraminale gauche à ce niveau et, d'un point de vue psychiatrique, état dépressif chronique avec troubles cognitifs dans le cadre d'un sevrage d'un problème d'éthylisme chronique. A son avis, le problème essentiel découle du problème psychiatrique à savoir que le problème d'éthylisme a entraîné des troubles cognitifs avec des troubles de l'attention et de la concentration, liés aussi à ce problème dépressif chronique. Ces troubles cognitifs sont à son avis à l'origine de l'essentiel de l'incapacité de travail de l'assuré dans le sens que, n'ayant plus les facultés nécessaires au niveau psychique, à savoir des facultés de réactivité et d'attention, avec ralentissement psychomoteur, il n'est absolument pas envisageable qu'il puisse reprendre son activité de machiniste et grutier, métier qui nécessite des responsabilités et des compétences plus qu'importantes. Par ailleurs, ce problème de troubles cognitifs est certainement lié à ce problème de consommation excessive d'alcool et a certainement entraîné des lésions cérébrales qui mériteraient d'être investiguées par examen IRM cérébral à la recherche d'une lésion cérébrale telle qu'une atrophie cérébrale et examen neuropsychologique avec tests psychologiques. 3.1.9. Avis du médecin SMR qui indique qu'il n'y avait aucun trouble cognitif jusqu'en été 2015 et que s'il y en a, ils sont récents et liés à la rechute alcoolique. De ce fait, ils sont généralement réversibles Dans son rapport médical du 28 septembre 2017, le Dr H._____, médecin SMR, mentionne qu'au regard du dossier (rapport du Dr F._____, rapport du Dr G._____, rapport d'expertise psychiatrique du 26 mai 2012, rapport du RFSM du 27 octobre 2016), on doit déduire qu'il n'y avait aucun trouble cognitif jusqu'en été 2015 au moins (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2015 p. 14). Une rechute de consommation d'alcool s'accompagnant d'une fluctuation de l'humeur est attestée depuis février 2016. Si troubles cognitifs il y a, ceux-ci sont récents et sont liés à la rechute alcoolique. Des troubles cognitifs d'apparition récente dans un contexte de consommation d'alcool sont généralement réversibles, qu'ils soient dus à la toxicité de l'alcool ou au trouble de l'humeur secondaire. Il relève que le médecin traitant propose, "outre l'objectivation des troubles cognitifs par un examen neuropsychologique, la recherche d'une lésion cérébrale ou d'une atrophie cérébrale par une IRM. Or une lésion ou une atrophie cérébrale n'est ni la cause, ni la conséquence directe d'un trouble dépressif, mais peut se rencontrer comme conséquence d'un alcoolisme chronique prolongé. Dans une situation d'alcoolisme primaire, comme c'est le cas ici, la seule question est: des troubles neurocognitifs irréversibles sont-ils la conséquence de la consommation d'alcool ? Or, pour pouvoir apprécier la réversibilité des troubles, une abstinence de toute consommation alcoolique pendant six mois est indispensable". Il pose les conclusions suivantes: "1. A la date du dernier rapport d'expertise (26.06.2015) les experts mentionnent explicitement l'absence de troubles cognitifs sur la base de leurs investigations cliniques. 2. Une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 rechute alcoolique est attestée depuis 1 ½ an, avec pour conséquence un trouble de l'humeur et possiblement des troubles cognitifs non documentés médicalement. 3. Le trouble de l'humeur est la conséquence de la consommation d'alcool. Il est entièrement réversible en cas d'abstinence, comme cela a déjà été démontré dans l'histoire médicale de cet assuré. 4. Les troubles cognitifs allégués, s'ils sont dus au trouble de l'humeur, sont certainement entièrement réversibles avec la résolution de celui-ci. S'ils sont à mettre sur le compte de la toxicité alcoolique, ils sont vraisemblablement réversibles

étant donné leur apparition récente. 5. Une abstinence totale d'alcool pendant 6 mois, démontrée par un dosage mensuelle des CDT, est indispensable avant de pouvoir réaliser un examen neuropsychologique fiable et permettant de juger de la permanence éventuelle des troubles. 6. Une IRM cérébrale n'apportera aucune information concernant d'éventuelles limitations fonctionnelles permanentes sur le plan neuropsychologique, seul élément déterminant pour l'AI. Cet examen n'est donc pas indispensable pour statuer sur le droit aux prestations de l'AI". 3.1.10. Avis du médecin traitant qui a fait procéder à un IRM cérébral, lequel confirme sa suspicion de troubles cognitifs. Il préconise une expertise pour déterminer la part des troubles cognitifs. Dans son rapport médical du 29 janvier 2018, le Dr F._____ explique avoir fait procéder à un IRM cérébral effectué le 22 janvier 2018, qui a conclu à une atrophie et perte de volume modéré du lobe frontal bilatéral. Il indique que cet examen n'est pas forcément spécifique pour une preuve de lésion cognitive mais cela parle tout de même fortement en faveur de troubles cognitifs chez l'assuré. Il conclut: "cet examen IRM cérébral confirme ma suspicion de troubles cognitifs. Cela ne suffit cependant pas pour être affirmatif à 100% et d'autre part un avis spécialisé serait souhaitable par l'intermédiaire d'une expertise pour vraiment déterminer la part des troubles cognitifs". 3.1.11. Un examen neuropsychologique s'avère normal hormis une légère difficulté mnésique en reconnaissance verbale. Un examen neuropsychologique a été réalisé le 2 mars 2018. Dans son rapport du 2 mars 2018, la psychologue rappelle qu'un examen neuropsychologique effectué en septembre 2010 au RFSM mettait en évidence une dysfonction exécutive avant tout d'origine dépressive. Une réévaluation en mai 2013 montrait la quasi-normalisation des résultats avec quelques discrètes difficultés d'inhibition persistantes. Elle en conclut que l'examen neuropsychologique réalisé le 2 mars 2018 est plus ou moins superposable au précédent. Il existe toutefois une légère difficulté mnésique en reconnaissance verbale et ceci est peu significatif. 4. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'assuré souffre ou non d'un alcoolisme primaire ou d'une autre affection physique ou psychique limitant sa capacité de travail. Un premier rapport d'expertise psychiatrique (Dr C._____) avait estimé que la dépendance à l'alcool de l'assuré était primaire et ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante. Le Tribunal de céans avait renvoyé l'affaire à l'autorité intimée pour une expertise psychiatrique et rhumatologique afin de déterminer les motifs des hospitalisations de 1999 et de 2011 et pour déterminer de quels troubles souffrait l'assuré lorsqu'il a été hospitalisé en 1999 puis en 2001. L'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2015 confiée au CEMed va répondre à ces questions. Sur la base des documents médicaux et de l'anamnèse, les experts retiennent un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool. Ils ne retiennent en revanche

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 pas l'existence d'un trouble dépressif récurrent, soit une maladie psychiatrique indépendante de la consommation d'alcool. Ils affirment que c'est cette dépendance à l'alcool qui va nécessiter les hospitalisations entre 1999 et 2001 puis entre 2009 et 2010. Ils n'ont pas pu attester objectivement de l'existence d'épisodes dépressifs primaires. De leur côté, les médecins traitants de l'assuré du RFSM sont d'un autre avis. Ils posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent et considèrent que leur patient a été hospitalisé de 1999 à 2001 deux à trois fois pour des épisodes dépressifs ainsi que quatre hospitalisations de CSH entre 2009 et 2010. Le Dr F._____ lui pose le diagnostic d'état dépressif chronique avec troubles cognitifs dans le cadre d'un sevrage d'un problème d'éthylisme chronique. L'on relèvera ici que l'expertise du CEMed est basée sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier. Elle explore, de

façon minutieuse et détaillée, sur 19 pages, les données administratives, l'analyse du dossier, les données subjectives, les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles, les données objectives, les examens et les données complémentaires et enfin la synthèse et la discussion. Elle est bien plus fouillée que les rapports médicaux des psychiatres traitants ou du médecin traitant de l'assuré. Comme indiqué par les médecins du CEMed, les psychiatres traitants ne motivent pas la raison pour laquelle ils posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent et ils ne démontrent pas non plus l'existence d'un trouble dépressif avant l'existence de la dépendance à l'alcool. Les psychiatres traitants ne se prononcent pas non plus sur l'incapacité de travail et retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen alors que le degré moyen ne peut justifier une incapacité de travail. De plus, il faut rappeler ici que les avis des médecins traitants doivent, de jurisprudence constante, être appréciés de façon prudente compte tenu du lien particulier qui les lie à leur patient. S'agissant des possibles troubles cognitifs présentés par l'assuré, l'avis du médecin SMR est convaincant et doit être suivi. Celui-ci indique qu'il n'y avait aucun trouble cognitif à la date du rapport d'expertise du 26 juin 2015. Par la suite, il y a eu une rechute de la consommation d'alcool s'accompagnant d'une fluctuation de l'humeur. Ce médecin mentionne que si l'assuré a présenté des troubles cognitifs, ils sont récents et en lien avec la rechute alcoolique. De même, ces troubles cognitifs, dans l'hypothèse où ils seraient dus au trouble de l'humeur, sont certainement entièrement réversibles avec la résolution de celui-ci et s'ils sont dus à la consommation d'alcool, ils sont vraisemblablement réversibles étant donné leur apparition récente. Quant à une IRM cérébrale telle que préconisée par le Dr F. _____, elle est inutile car elle ne sera pas en mesure d'apporter des informations concernant d'éventuelles limitations fonctionnelles permanentes sur le plan neurologique. Enfin, l'examen neuropsychologique réalisé en mars 2018 est plus ou moins superposable au précédent, lequel montrait la quasi-normalisation des résultats. Enfin, l'assuré prétend que son activité de machiniste-grutier n'est absolument pas adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Dans leur expertise du 26 juin 2015, les experts du CEMed ont affirmé que, sur le plan fonctionnel, en raison des lombalgies, l'assuré est limité uniquement dans les ports de charges lourdes de manière répétée et qu'en respectant cette limitation, sa capacité de travail est complète dans toutes les activités. Dans le questionnaire envoyé à l'employeur concernant la description du poste de travail (pièce 23 dossier), il est écrit que l'assuré doit rarement porter des charges. Cette activité n'est ainsi pas contre-indiquée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 5. Il découle de ce qui précède qu'un refus de toute prestation apparaît ici juridiquement fondé et que l'on doit considérer que l'assuré est capable d'exercer son activité de machiniste-grutier, à 100%, et sans diminution de rendement. Dans ces circonstances, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La responsabilité de l'assurance-invalidité ne paraît en effet pas être engagée à l'endroit de cet assuré présentant certes au départ quelques limitations sur un plan rhumatologique, mais dont la problématique a principalement trait à sa consommation d'alcool régulière. Celle-ci n'a fort heureusement pour lui pas encore produit de dégâts irréversibles sur un plan psychique, qui le rendrait incapable de travailler, et qui serait, dès lors, assimilable à une atteinte invalidante au sens de la loi. 6. L'Instance de céans doit encore statuer sur la demande d'assistance judiciaire déposée par l'assuré à l'appui de son recours. Il a limité sa demande à la prise en charge des frais de justice. 6.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr., LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction

administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). 6.2. L'assuré n'a aucun revenu et est au bénéfice de l'aide sociale. L'on peut ainsi admettre qu'il est indigent. S'agissant de la seconde condition, le recours n'est pas d'emblée ni à l'évidence dénué de toutes chances de succès, cela quand bien même il a été entièrement rejeté, dans le droit sens de la loi. La requête d'assistance judiciaire partielle est ainsi admise. 6.3. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu la décision d'octroi de l'assistance judiciaire partielle de ce jour, le paiement ne sera toutefois pas exigé de sa part.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours (605 2017 179) est rejeté. II. L'assistance judiciaire partielle (605 2017 180) est octroyée. III. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés, en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée. 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 24 mai 2018/mfa Le Président : La Greffière-rapporteure :

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