

FR_GERICHTE 605 2017 219 vom 28. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_219

FR: FR_GERICHTE 605 2017 219 du 28 mars 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 219 del 28 marzo 2018

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'OAI et transmis comme objet de sa compétence à la Cour de céans par cet Office, le recours est recevable, le recourant 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. 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, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). b) En revanche, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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).

E. 3

a) 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 aussi 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). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). aa) Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). bb) Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour

exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3 et I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31). cc) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée; arrêt TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée).

E. 4

En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Celui-ci estime avoir été empêché de travailler en raison de ses dorsalgies, de sorte que son statut d'invalidé doit être reconnu. L'OAI considère que cela n'est pas le cas et relève qu'en l'absence de lésion organique objectivable, aucune incapacité de travail n'est justifiée médicalement. Qu'en est-il ? a) Il ressort du dossier ce qui suit. aa) accident du 20 février 2016 et premières constatations médicales Le 20 février 2016 à 14h15, un conducteur, qui effectuait une marche arrière afin de quitter une place de stationnement du parking d'un centre commercial, n'a pas remarqué le véhicule à l'arrêt de A._____ et l'a percuté au niveau du flanc arrière droit, à une vitesse estimée à environ 20 km/h. Le conducteur responsable n'a pas été blessé (rapport de gendarmerie, dossier OAI, pièce 17, p. 167ss.). Quatre jours après cet incident, soit le 24 février 2016, l'assuré a consulté le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a posé le diagnostic de « tensions musculaires post AVP ». Un traitement d'anti-inflammatoires et de myorelaxants a été prescrit (rapport médical initial LAA du 15 avril 2016, dossier OAI, pièce 17, p. 177). Une radiographie du 24 mars 2016, demandée par la Dresse D._____, spécialiste en chiropratique, n'a révélé aucune fracture des différents corps vertébraux dorsaux, lesquels présentaient en outre une hauteur normale sans tassement ni fracture. Les espaces intersomatiques étaient en outre respectés (dossier OAI, pièce 17, p. 128). Après une incapacité de travail du 2 au 24 mars 2016, l'assuré a repris le travail à 100% dès le 25 mars 2016, tout en poursuivant un traitement de chiropractie.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 Dans un rapport intermédiaire du 2 mai 2016, la chiropraticienne a posé les diagnostics de « contusions musculaires internes multiples » et « syndrome musculo-squelettique systémique post-traumatique », avec « rachialgies complexes post-traumatiques ». Environ 2 mois et demi après les faits, elle a précisé que le pronostic était bon, avec une amélioration de la mobilité du rachis, ainsi que diminution des

douleurs lors de la palpation musculaire et apophyses latérales et épineuses de la colonne. Elle a toutefois mentionné la persistance d'une restriction cervicale et lombaire douloureuse (dossier OAI, pièce 17, p. 166). Le 9 juin 2016, une IRM de la colonne cervicale a été réalisée pour motif de « douleur persistante post-traumatique ». Cette dernière a révélé une « protrusion discale paramédiane droite de C6-C7 au contact de la racine et pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif. Pas de lésion osseuse ni ligamentaire cervicale ». Comme la radiographie précédemment réalisée, l'IRM a confirmé la « hauteur normale des différents corps vertébraux sans tassement ni fracture » ainsi que le respect des espaces articulaires. En outre, cet examen a exclu la présence de « pathologie inflammatoire ou tumorale intra-canalair », de « lésion traumatique », de « malformation » ou de luxation « des structures ligamentaires C1-C2 » (rapport d'IRM du 9 juin 2016, dossier OAI, pièce 17, p. 129). Une nouvelle IRM, cette fois de la colonne dorsale de D7 à L3, a été réalisée le 30 juin 2016. A son tour, cet examen n'a révélé aucune anomalie, l'IRM « pouvant être considérée dans les limites de la norme sans lésion osseuse ou discale ni médullaire décelable » (rapport d'IRM du 30 juin 2016, dossier OAI, pièce 17, p. 130). bb) nouvelle incapacité de travail Dès le 30 juin 2016, l'assuré a bénéficié d'un nouvel arrêt de travail attesté par la Dresse D. _____ jusqu'au 18 juillet 2016 (dossier OAI, pièce 17, p. 154). Cet arrêt de travail a été prolongé par le Dr C. _____ à plusieurs reprises. Dans un rapport intermédiaire du 29 juillet 2016, ce médecin a mentionné les diagnostics de « contusions » ainsi que de « stress post traumatique ». Il a relevé une péjoration des douleurs ainsi que des tensions musculaires, pour lesquelles le traitement de chiropratique, anti-inflammatoires et myorelaxant a continué (dossier OAI, pièce 17, p. 145). Quant à la Dresse D. _____, dans un rapport intermédiaire du 26 août 2016, elle a indiqué le diagnostic de « syndrome complexe de décompensation neuromusculaire post-traumatique sur syndrome d'hyperflexion-hyperextension ». Elle a déclaré que, lors de la dernière consultation du 28 juin 2016, les plaintes étaient stables et le patient présentait un état de fatigue important. Elle a toutefois ajouté qu'un état de fatigue important était présent avant l'accident (dossier OAI, pièce 17, p. 137). Face à la persistance des douleurs, le Dr C. _____ a adressé son patient au Dr E. _____, médecin chef adjoint du service de rhumatologie de F. _____. Son rapport du 20 octobre 2016 relève que l'assuré n'a « pas eu de symptômes immédiats », que son épouse et sa fille, également présentes dans le véhicule, « n'ont absolument rien eu » et que l'assuré « a été initialement se faire contrôler « par précaution », car il n'avait aucun symptôme ». Ce médecin a constaté que « la recherche de points habituellement douloureux en cas de fibromyalgie est négative ». Il a ainsi mentionné le diagnostic de « dorsalgies chroniques post-traumatiques probablement multifactorielles ». Au vu de « la normalité des examens radiologiques, de la non-réponse aux

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 traitements, voire de l'aggravation de la situation après plusieurs mois d'arrêt de travail », il a recommandé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) pour traitement intensif en milieu hospitalier combiné au sevrage médicamenteux (dossier OAI, pièce 17, p. 121ss.). Le 7 novembre 2016, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin conseil de la SUVA, a recommandé des investigations neurologiques en lien avec les troubles de la colonne cervicale (Halswirbelsäule, HWS). A défaut de lésions découvertes dans ce cadre, les plaintes devraient alors être considérées comme insuffisamment prouvées sur le plan organique (« Falls [die fachneurologische Untersuchung] (...) keinen unerwarteten neuen Befund ergibt, kann festgehalten werden, dass den geklagten Beschwerden kein

organisches Substrat im Sinne einer unfallverursachten strukturellen Läsion zugrunde liegt und dass dieselben als organisch nicht hinreichend nachweisbar zu werten sind »).

S'agissant des plaintes relatives à la colonne thoracique (Brustwirbelsäule, BWS), il a relevé qu'une contusion ne pouvait en principe pas être mise en relation avec des douleurs durables: « Aufgrund der (...) Literatur, kein kausaler Zusammenhang zwischen einer Kontusion und während längerer Zeit persistierenden Beschwerden hergestellt werden kann ». Dans ces conditions, il a affirmé que les douleurs persistantes sont plutôt causées par une constellation psychosociale défavorable: « für das persistierende Schmerzsyndrom meistens ungünstige psychosoziale Konstellationen verantwortlich sind » (appréciation médicale du 7 novembre 2016, dossier OAI, pièce 17, p. 117ss.). Le 14 décembre 2016, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, spécialiste en neurologie, qui a exclu la présence d'une affection neurologique (rapport du 15 décembre 2016, dossier OAI, pièce 17, p. 104). L'absence de lésion objective a encore été confirmée par ce spécialiste le 9 février 2017: « (...) l'imagerie ne montre pas d'autre pathologie telle une hernie discale. (...) il n'y a pas de lésion structurelle objectivable » (rapport du 9 février 2017 du Dr H._____, dossier OAI, pièce 32, p. 264), puis par le médecin traitant le 13 février 2017: « Bien qu'il n'y ait aucun substrat somatique aux douleurs (...) » (rapport du 13 février 2017 du Dr C._____, dossier OAI, pièce 32, p. 267). Sur cette base, le médecin conseil de la SUVA a alors exclu la présence de lésion structurelle accidentelle s'agissant de la colonne thoracique. Il a par ailleurs rappelé qu'aucune symptomatologie cervicale n'était médicalement établie. Dans ces conditions, il a considéré le cas comme terminé et a nié l'existence d'un lien de causalité avec les troubles persistants allégués (appréciation médicale du 27 décembre 2016, dossier OAI, pièce 17, p. 99ss.). Dans ce contexte, la SUVA a refusé la prise en charge des troubles allégués, estimant que ceux-ci n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (décision sur opposition du 3 avril 2017, dossier OAI, pièce 32, p. 279ss.). Ce refus a été confirmé par la Cour de céans dans un arrêt du 15 mars 2018 (cause 605 2017 91). cc) investigations médicales ultérieures Une nouvelle IRM de la colonne (cervicale, dorsale et lombaire) a été effectuée le 20 mars 2017. À nouveau, aucune anomalie particulière n'a été constatée, sans aucun conflit radiculaire (rapport du 21 mars 2017, dossier OAI, pièce 37, p. 342).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Dans un rapport du 3 mai 2017, le Dr I._____, spécialiste en neurologie, a évoqué pour la première fois le terme de « whiplash » et a confirmé à son tour l'absence de lésions neurologiques: « Il n'existe aucune preuve clinique de neuropathie périphérique pour expliquer la symptomatologie actuelle. L'absence de dégâts tissulaires sur le site d'essai suggère qu'une sensibilisation centrale des voies nociceptives est à l'origine de l'hypersensibilité à la douleur. On parle plutôt de syndrome « whiplash » associé avec commutation à une forme chronique et avec plutôt une hypersensibilité centrale » (dossier OAI, pièce 30, p. 238ss.). Sur mandat de la Vaudoise Assurance, assureur perte de gain, une expertise a été réalisée le

E. 6

Reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire partielle formulée par le recourant le 17 octobre 2017, et suite à laquelle il a été renoncé à lui demander le versement d'une avance de frais. a) Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. De plus, selon l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure en matière d'assurance-invalidité n'est pas gratuite. Aux termes de l'art. 142 al. 1 CPJA, 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 et à celle de sa famille. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable. D'après l'art. 143 al. 1 let. a CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure. Selon l'al. 2 de cette disposition, elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. b) En l'espèce, le recourant n'a apporté aucun élément permettant d'établir la précarité de sa situation financière, au-delà de la suspension de salaire dont il a fait l'objet à partir du 1er octobre 2017 et dont on peut du reste douter qu'elle se soit prolongée, compte tenu de la reprise de l'activité professionnelle annoncée à 50% dès le 13 novembre 2017. Dans ces conditions, il n'est nullement établi que le recourant ne puisse faire face aux frais de la présence procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Si la condition d'indigence n'est pas remplie, l'on doit également s'interroger sur les chances de succès du recours, qui s'est finalement avéré clairement infondé. Dans tous les cas, la requête d'assistance judiciaire partielle formulée par le recourant le 17 octobre peut être rejetée. Les frais de justice, fixés en l'espèce à CHF 800.-, sont mis à sa charge vu l'issue du recours et doivent donc lui être réclamés. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. L'assistance judiciaire gratuite partielle (605 2018 69) est rejetée. III. Des frais de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. 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 28 mars 2017/isc Le Président: La Greffière:

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