

# **FR\_GERICHTE 605 2019 298 vom 27. Januar 2021**

FR Kantonsgericht, 2021-01-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_298](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_298)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 298 du 27 janvier 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 298 del 27 gennaio 2021

## **Regeste**

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

## **Erwägungen**

### **E. 4**

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

#### **E. 4.1**

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

#### **E. 4.2**

Pour statuer, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation

de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

### **E. 4.3**

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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).

### **E. 5**

Appréciation des moyens de preuve sur le plan psychiatrique Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité sans discontinuer depuis le 1er février 2011 (fin du délai d'attente), ce qui implique d'examiner la problématique de sa capacité de travail et son évolution dans le temps. Compte tenu de son importance centrale dans l'état actuel de l'assuré, il convient d'examiner d'abord cette question sous l'angle psychiatrique, lequel a fait l'objet de quatre expertises depuis la demande de prestations. Ce grand nombre d'expertises, auquel s'ajoutent les nombreuses autres pièces du dossier, confirme le suivi constant du dossier durant plus de huit ans. Cela permet de balayer d'emblée les griefs de l'assuré quant à la violation par l'OAI de ses obligations en lien avec l'instruction de sa demande. Par ailleurs, il est rappelé que si le recourant a connu des problèmes d'alcool, il n'est pas établi que ceux-ci aient pu provoquer une incapacité de travail durable, étant rappelé qu'il est abstinent depuis près de 10 ans.

#### **E. 5.1**

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une première expertise psychiatrique auprès du Dr D.\_\_\_\_\_, complétée et actualisée dans un second temps par le Dr F.\_\_\_\_\_.

##### **E. 5.1.1**

Dans son rapport d'expertise du 22 septembre 2011, le premier nommé retenait un "épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10)" et des "troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; en rémission complète (F10.202)". Il fixait

l'incapacité de travail à 50%, estimant qu'il pourrait retrouver une capacité complète à partir du 1er décembre 2011 avec la poursuite de la thérapie en cours (dossier OAI, p. 178). Pour établir ses conclusions, l'expert a notamment réalisé un entretien avec l'assuré le 20 septembre 2011. A cette occasion, ce dernier a pu décrire l'impact de ses atteintes somatiques sur son quotidien ainsi que sur son état psychique: tristesse, manque d'énergie, perte de confiance

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 en lui, présence d'idées noires, troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que difficultés à dormir. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assuré en se fondant également sur l'étude des pièces figurant au dossier de l'OAI ainsi qu'un entretien avec le psychiatre-traitant. L'expert présente une argumentation détaillée et convaincante tant sur le plan diagnostique que dans l'évaluation de la capacité de travail. En particulier, il privilégie l'existence d'un trouble de l'humeur par rapport à un trouble de la personnalité en l'absence de dysfonctionnements marqués et durables dans différents domaines (cognitif, affectif, contrôle des impulsions, interpersonnel) ainsi qu'en présence d'une capacité de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme. Il souligne par ailleurs qu'il n'apparaît pas, à l'analyse du cursus professionnel, que les changements d'emploi aient été en lien avec des comportements dysfonctionnels systématiques. En revanche, il relève que tant les symptômes que l'anamnèse tendent plutôt vers l'existence d'une atteinte d'ordre dépressif. Il constate qu'une hospitalisation en janvier 2010 pour des raisons somatiques a été à l'origine de la manifestation d'une symptomatologie de cet ordre, s'aggravant avec le temps. Selon lui, cette atteinte cause une diminution de l'énergie, une perte de la volonté modérée ainsi qu'un ralentissement idéomoteur léger. L'on constate par ailleurs que, même à l'aune de la jurisprudence actuelle sur l'évaluation de troubles psychiques, les conclusions de l'expert semblent toujours valables, l'expertise étant suffisamment détaillée et argumentée. Au vu de ses conclusions bien motivées et convaincantes, l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel.

#### **E. 5.1.2**

Pour sa part, dans son rapport du 2 août 2012, le Dr F.\_\_\_\_\_ diagnostiquait un "syndrome somatoforme persistant (F45.4)", des "difficultés dans l'adaptation d'une nouvelle étape de vie (Z60.0)" et un "trouble anxieux dépressif mixte (F41.2), secondaire à la séparation conjugale". Selon lui, ces atteintes n'étaient pas invalidantes, estimant que les limitations de l'assuré étaient surtout en lien avec troubles psycho-sociaux (dossier OAI, p. 259). En d'autres termes, le Dr F.\_\_\_\_\_ confirme les prévisions de son prédécesseur, le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel prévoyait une amélioration de l'état de santé de l'assuré à partir de décembre 2011. Les conclusions de ce deuxième expert sont fondées sur l'examen du dossier ainsi qu'un entretien avec l'assuré le 20 juin 2012, lors duquel ce dernier a pu exprimer ses plaintes, surtout somatiques avec des douleurs généralisées, des vertiges, des troubles de l'équilibre, des douleurs dans la tête et dans le dos. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen de l'assuré, constatant une certaine discordance entre ce que l'assuré relate et ce qu'il ressent. Cet examen a été complété d'un dosage plasmatique, attestant de la compliance du patient à son traitement. Lue de manière isolée, l'argumentation de l'expert-psychiatre serait manifestement discutable au vu de son caractère extrêmement lapidaire. Cependant, elle apparaît suffisante lorsqu'elle est mise en lien avec les éléments relevés par le Dr D.\_\_\_\_\_. En effet, alors que ce dernier relevait des symptômes dépressifs encore d'une certaine importance, l'on ne peut comprendre les affirmations du Dr

F. \_\_\_\_\_ que comme le constat que ceux-ci se sont atténués, l'expert ne pouvant plus "détecter de signes ou symptômes cliniques parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé". Cette amélioration était par ailleurs annoncée par son prédécesseur qui estimait qu'une pleine capacité de travail serait susceptible d'être récupérée au 1er décembre 2011 avec la poursuite de la thérapie en cours.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Le Dr F. \_\_\_\_\_ se contente d'examiner l'impact du trouble somatoforme qu'il diagnostique, se référant en cela aux critères dits de Meyer-Blaser alors pris en compte pour considérer que la capacité de travail est entière. Sous l'angle de la jurisprudence actuellement applicable, l'on constate néanmoins que la plupart des constats de son prédécesseur demeurent valables, en présence d'un assuré "intelligent et [qui] possède des ressources psychiques". L'on peut donc le suivre lorsqu'il affirme que l'assuré est capable de travailler.

### **E. 5.1.3**

Les conclusions de ces deux experts n'apparaissent pas mises en cause par les autres pièces figurant au dossier pour la même période, lesquelles vont pour la plupart dans le même sens. En 2011, l'assuré avait commencé à être suivi par un psychiatre, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin aboutissait à des conclusions proches de celles du Dr D. \_\_\_\_\_, estimant que son patient souffrait d'un trouble de l'humeur sous la forme d'une dépression. Il indiquait ainsi que, "durant des mois, le patient s'est isolé sans donner de nouvelles, abusant d'alcool, ne se nourrissant presque pas, signalé par son épouse, il est hospitalisé en urgence à l'hôpital psychiatrique [...] le 28.01.2011, en raison d'une crise anxieuse et dépressive sévère, abus d'alcool et risque suicidaire". Le médecin attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 28 janvier 2011 mais estimait également "tout à fait raisonnable une reprise de travail à 50% dans 3 mois (dès 01.sept.2011) et 100% dans 6 mois (dès 01 janvier 2012)" (rapport du 13 juin 2011, dossier OAI, p. 134 et 165). Le Dr K. \_\_\_\_\_ partageait donc le même avis que son confrère expert, interrogé peu après en septembre 2011. Au demeurant, à cette époque, l'assuré avait réalisé plusieurs séjours auprès de L. \_\_\_\_\_, soit du 28 janvier au 21 février 2011, du 1er octobre au 30 novembre 2012 et du 20 décembre 2013 au 15 janvier 2014. Suite au premier séjour – correspondant à l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ – les médecins de cet établissement évoquaient la possibilité que l'assuré reprenne à terme une autre activité (rapports des 16 février, 22 février et 1er avril 2011, dossier OAI, p. 133, 156 et 418; cf. ég. p. 167). A la suite des autres séjours, les médecins admettaient que leur patient n'était plus en mesure de travailler à temps plein mais estimaient possible qu'il reprenne une activité. Cependant, l'origine de cette incapacité de travail n'était pas en lien avec l'état de santé mais – comme le soulignait le Dr F. \_\_\_\_\_ – avec le déconditionnement du patient, soit un facteur extra-médical. Ils précisaient par ailleurs que "la situation psychosociale instable contribu[ait] aux décompensations psychiques récidivantes" (rapport du 28 août 2014, dossier OAI, p. 468; cf. ég. p. 401). En cela, les médecins de L. \_\_\_\_\_ confirmaient l'appréciation des deux experts-psychiatres. Enfin, à l'instar des experts et des médecins de L. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait également un diagnostic de troubles anxio-dépressif moyens ("rezidivierende Depression mittelgradig mit Angstzuständen"). En revanche, pour sa part, il en appréciait l'impact d'une manière radicalement différente puisqu'il estimait que son patient était totalement incapable de travailler depuis le 25 mai 2012, soit la date du début de sa prise en charge (rapport du 4 juin 2014, dossier OAI, p. 392; cf. ég. p. 493). Toutefois, à la lire, l'appréciation de ce

médecin, tendait à prendre en compte des facteurs invalidants qui sortent du champ psychiatrique, notamment des diagnostics somatiques (diabète)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 ainsi que des facteurs extra-médicaux. Il se justifie, dans ce contexte, de privilégier l'appréciation concordante des deux experts-psychiatres.

#### **E. 5.1.4**

Se rattachant aux appréciations des deux experts en psychiatrie et des médecins de L.\_\_\_\_\_, la Cour retient que l'assuré aurait été en mesure de reprendre une activité en décembre 2011.

#### **E. 5.2**

En 2017, deux nouvelles expertises pluridisciplinaires, chacune avec un volet psychiatrique.

##### **E. 5.2.1**

L'OAI a mandaté le centre d'expertise I.\_\_\_\_\_, le volet psychiatrique ayant été traité par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport commun du 4 septembre 2017, les différents experts (médecine interne, neurologie, endocrinologie et psychiatrie) retiennent en particulier les diagnostics d'angoisse généralisée (F41.1). Uniquement en raison de ce trouble panique de degré sévère et qui interfère avec tous les domaines de la vie, les experts affirment que l'assuré n'est plus en mesure de travailler depuis octobre 2012. Selon eux, les deux autres diagnostics de "troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool actuellement abstinente" et de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptômes psychotiques" sont sans répercussion sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 603). Cependant, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au SMR, n'apparaît pas convaincu par les conclusions de ces experts. Dans des rapports du 8 et du 19 septembre 2017, il relève un grand nombre d'insuffisances et d'incohérences. Il souligne que le rapport se fonde sur une connaissance partielle du dossier, ne contient pas de document concernant l'affection rhumatologique, procède à une anamnèse imprécise et contient un status clinique incomplet. Il illustre ses déclarations par le fait que les experts affirment que le "dosage plasmatique de clozapine [est] non décelable", ce qui est normal puisque ce médicament n'est pas prescrit à l'assuré, alors que "parmi les 27 médicaments prescrits (!) aucun n'a été dosé" (dossier OAI, p. 630 et 643). Ces critiques paraissent fondées. L'on doit constater en effet que ce rapport semble lacunaire et peu cohérent au regard des autres pièces du dossier. Par exemple, l'on constate que les experts n'expliquent pas la subite dégradation de l'état de santé entre août 2012 – où l'assuré était encore jugé pleinement apte au travail par le Dr F.\_\_\_\_\_ – et octobre 2012 – date à partir de laquelle les experts de I.\_\_\_\_\_ ne l'estiment plus apte au travail. Devant de tels doutes, il était nécessaire de procéder à un complément d'instruction.

##### **E. 5.2.2**

Celui-ci s'est concrétisé par une nouvelle expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, neurologie, rhumatologie et neuropsychologie), cette fois-ci auprès de J.\_\_\_\_\_, le volet psychiatrique ayant été attribué au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans des rapports du 18 mai (rapport du psychiatre) et 21 août 2018 (rapport consensuel), les médecins retiennent le diagnostic invalidant de "schizophrénie simple" (F20.6) dont les premiers symptômes seraient survenus en 2016. Selon eux, "l'incapacité de travail est totale, cela depuis au moins le placement en foyer en 2016" (dossier OAI, p. 748 et 754).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 A l'instar de ses prédécesseurs, l'expert-psychiatre s'est fondé tant sur les pièces mises à sa disposition par l'OAI que sur un entretien avec l'assuré le 15 mai 2018. A cette occasion, ce dernier n'a fourni à l'expert que des indications sommaires, centrées sur les hospitalisations en milieu psychiatriques, que ce dernier a dû dès lors compléter par une anamnèse orientée. Par ce biais, il a été en mesure de procéder à un examen complet d'un assuré à l'hygiène et à l'habillement négligés, au "déplacement [...] difficile, ralenti, hésitant" avec un tremblement important aux extrémités supérieures et "des tics buccaux avec protrusion répétée de la langue évoquant des dyskinésies tardives". Les conclusions sont, par ailleurs, suffisamment étayées par l'expert-psychiatre. En particulier, l'on constate que celui-ci détaille les motifs le conduisant à retenir l'existence d'un trouble de la personnalité, contrairement à ce qui avait été le cas jusqu'alors. Il indique ainsi ce qui suit: "on peut considérer l'état actuel caractéristique d'une schizophrénie simple comme révolution torpide de troubles de l'humeur qui allaient en gravité croissante depuis 2010 et qui ont nécessité plusieurs hospitalisations. De 2010 à 2016, les diagnostics de trouble de l'humeur sont justifiés par le tableau clinique tandis qu'actuellement l'évolution malheureuse de celui-ci en impose pour le constat d'une schizophrénie simple". Il explique ainsi l'absence de difficultés avant l'adolescence – soit l'un des éléments ayant conduit les précédents experts à exclure l'existence d'un trouble de la personnalité – par le fait qu'elles étaient compensées.

### **E. 5.2.3**

Tant l'appréciation de la capacité de travail que la date de l'aggravation de l'état de santé en 2016 sont évoquées dans les autres rapports médicaux au dossier. Ainsi, l'on relève d'emblée que tant le Dr M. \_\_\_\_\_ que les médecins de L. \_\_\_\_\_, font état d'une symptomatologie bien plus marquée depuis 2016, avec notamment des hallucinations visuelles et auditives en péjoration. Ainsi, le Dr M. \_\_\_\_\_ mentionne le nouveau diagnostic suivant: "neu psychotische Zustände, andauernd auftretend mit akustischen Halluzinationen und psychotischer Angst DD shizophren (ab April/Mai 2016)" (rapport du 24 janvier 2017, dossier OAI, p. 581). Ce médecin va donc entièrement dans le sens des experts de J. \_\_\_\_\_, en particulier quant à la survenance d'une décompensation psychique en 2016. De même, à l'occasion d'un quatrième séjour de l'assuré entre le 29 mars et le 12 avril 2018, les médecins de L. \_\_\_\_\_ retiennent désormais le diagnostic de "schizophrénie simple" (F20.6), avec une symptomatologie défavorable. Ceux-ci estiment que l'assuré n'est plus en mesure de travailler qu'au sein d'un atelier protégé en raison de son état (rapport du 18 juillet 2018, dossier OAI, p. 778).

### **E. 5.3**

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, sur le plan psychique, une incapacité de travail doit être reconnue au recourant de janvier 2010 au 1er décembre 2011. Par la suite, en se référant aux conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_, l'on doit considérer que ses troubles psychiques ne le limitaient plus dans l'exercice d'une activité. En février 2016, date de son placement en foyer, ses troubles se sont décompensés et l'on doit dès lors lui reconnaître à nouveau une incapacité de travail totale, conformément aux conclusions du psychiatre de J. \_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17

## **E. 6**

Appréciation des moyens de preuve sur le plan somatique Il reste à examiner si une incapacité de travail pouvant donner droit à une rente doit également être reconnue pour la période de décembre 2011 à février 2016 (compte tenu de ce qui précède, reste à examiner si des documents médicaux justifient une incapacité de travail pouvant donner droit à une rente pour la période entre décembre 2011 et février 2016).

### **E. 6.1**

Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, s'est chargé du volet rhumatologique de l'expertise de J. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 1er juin 2018, il constate que l'assuré "présente une symptomatologie douloureuse chronique, qu'il situe à l'ensemble du corps [...], dont l'anamnèse est peu précise, survenant dans le cadre d'une affection psychiatrique". D'un point de vue rhumatologique strict, il estime qu'il n'y a "pas de maladie mise en évidence justifiant une incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignant" (dossier OAI, p. 764). Cette appréciation s'écarte en partie de celle la Dre E. \_\_\_\_\_, du SMR, qui avait examiné l'assuré le 5 mars 2012. Dans son rapport du même jour, la rhumatologue considérait en effet que des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires limitaient l'assuré dans l'ancienne activité d'aide-soignant, laquelle supposait beaucoup de contraintes pour le rachis. Pour autant, elle considérait que l'assuré était apte à exercer une activité adaptée à 100% avec un rendement conservé. Une telle activité devait respecter les limitations suivantes: "pas de port itératif de charges > 15-20 kg, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pas de travail sur échelle ni échafaudage" (dossier OAI, p. 233). Le Dr R. \_\_\_\_\_, généraliste, semblait admettre que son patient était apte à travailler sur le plan somatique puisque, dans un rapport du 22 avril 2013, il demandait que l'OAI lui fasse des "propositions pour l'aider à trouver une réadaptation correcte pour lui" (dossier OAI, p. 312). Les incapacités de travail qu'il atteste par la suite ne sont en lien qu'avec une "aggravation de son état psychique, aggravation également constatée par son médecin psychiatre traitant" (dossier OAI, p. 399 et 501). Le dossier ne contient pas d'autre document médical sur ce plan. Il ressort de ce que précède que, à tout le moins, l'on doit reconnaître que les seuls troubles rhumatologiques ne limitent pas l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée.

### **E. 6.2**

Sur le plan endocrinologique, il apparaît que l'assuré souffre d'un diabète de type II depuis de nombreuses années, lequel est considéré comme relativement invalidant par ses médecins traitants. Le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, soulignait que l'assuré n'était en mesure de travailler que dans "des horaires réguliers dans un cadre de 08h00-11h30 et 14h00-17h00, pour qu'il ait la possibilité de superviser les contrôles, les repas ainsi que son traitement" (dossier OAI, p. 384; cf. ég. p. 447ss). De même, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, soulignait en 2012 que son patient souffrait "de troubles mictionnels marqués dus à une hypertrophie prostatique obstructive, d'allure bénigne" et que les symptômes étaient "très probablement aggravés par un diabète déséquilibré avec une glycosurie importante". Selon lui, la "situation mictionnelle invalidante [empêchait son patient] de pouvoir travailler de manière sereine" (rapport du 26 septembre 2012; dossier OAI, p. 462; cf. ég. p. 470, 464 et 703). L'incidence des difficultés à gérer le diabète sur la capacité de travail ont également

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 été constatées par le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui a traité l'assuré dans le cadre des urgences de l'Hôpital

fribourgeois en raison de la décompensation diabétique de type II (rapport du 21 janvier 2013, dossier OAI, p. 404). Cependant, dans leur évaluation, ces médecins tenaient également compte de la situation psychiatrique de l'assuré, laquelle a déjà fait l'objet d'une évaluation séparée. Par exemple, le Dr S. \_\_\_\_\_ soulignait ainsi que "la difficulté à se gérer, à contrôler le diabète et adapter son alimentation lui impose déjà un frein de départ. Par contre, la présence de troubles anxiodépressifs, en suivi psychiatrique, impose l'avis de son médecin psychiatre afin de définir l'exactitude de la diminution du rendement. Sur le plan métabolique, un minimum de 30 à 50% de moins du rendement est présent". Dans ce contexte, il convient de se référer à d'autres documents et, en particulier, aux expertises de I. \_\_\_\_\_ et de J. \_\_\_\_\_. Dans le volet dédié de l'expertise de I. \_\_\_\_\_, la Dre V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, retenait ce qui suit: "il est nécessaire que le patient ait un bon contrôle métabolique pour la reprise d'une activité professionnelle mais après cette consultation, je doute que le patient en soit capable tant la gestion du stress, des émotions et des angoisses est insuffisante. Le patient pourrait éventuellement reprendre une activité professionnelle mais il faudrait dans ce cas éliminer toute source potentielle de stress" (dossier OAI, p. 596). Pour leur part, dans le même volet de l'expertise de J. \_\_\_\_\_, la Dre W. \_\_\_\_\_ et la Dre X. \_\_\_\_\_, toutes deux spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, estimaient que "du point de vue diabétologique, il n'y a pas de contre-indication à la poursuite du travail", ne constatant des restrictions que dans des emplois en hauteur ou de conduite professionnelle. Elles admettaient néanmoins que la performance pourrait être réduite en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie prolongée et que le patient avait besoin d'assistance pour les autosoins (dossier OAI, p. 770). L'on rappelle que lors des expertises de I. \_\_\_\_\_ et de J. \_\_\_\_\_, l'état psychiatrique de l'assuré s'était considérablement aggravé au point de justifier son placement dans un foyer. Il apparaît ainsi que, strictement du point de vue de son diabète, l'assuré n'est pas limité dans l'exercice d'une activité adaptée.

### **E. 6.3**

Enfin, d'un point de vue neurologique, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en la matière, avait examiné l'assuré en 2013. Dans son rapport du 21 novembre 2013, il retenait ce qui suit: "ce patient présente un tremblement probablement mixte. D'une part essentiel, respectivement familial. Et d'autre part également, d'origine médicamenteuse. En revanche, nous n'avons pas d'argument pour une polyneuropathie. Nous avons donc pu rassurer le patient. Si le tremblement devenait plus gênant, je propose la prescription d'un bêta-bloqueur vu que les médicaments psychopharmacologiques doivent être maintenus" (dossier OAI, p. 452). Cette appréciation semble partagée par les médecins qui se sont chargés du volet neurologique de l'expertise de J. \_\_\_\_\_, les Drs Z. \_\_\_\_\_ et AA. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurologie. N'excluant pas une origine parkinsonienne aux tremblements constatés, ils mettent surtout ceux-ci en lien avec une "cause toxico- médicamenteuse (polymédication importante, dont des neuroleptiques, notamment la risperdone)" (dossier OAI, p. 759). L'impact de ces troubles a cependant déjà été pris en compte dans le cadre de l'examen psychiatrique.

### **E. 6.4**

Ainsi, si l'assuré est limité par des troubles somatiques, aucun élément médical objectif ne permet de reconnaître que ceux-ci l'empêchaient de travailler, à tout le moins dans une activité adaptée à ses limitations.

## **E. 7**

Résumé de l'appréciation des preuves, droit à la rente et sort du recours Il ressort de l'ensemble de ce qui précède qu'une incapacité de travail doit être reconnue au recourant du 1er janvier 2010 au 1er décembre 2011 ainsi que depuis le mois de février 2016 en raison des troubles psychiques, étant précisé qu'à eux seuls, les troubles somatiques ne conduisent pas à la reconnaissance d'une incapacité de travail. L'incapacité de travail portant du mois de janvier 2010 au 1er décembre 2011 justifie le droit à une rente entière du 1er janvier 2011 (fin du délai d'attente d'un an selon l'art. 28 al. 2 LAI) au 31 mars 2012 (délai d'attente de trois mois selon l'art. 88a RAI). Cette rente doit en revanche être supprimée à partir du 1er avril 2012, la comparaison des revenus – lesquels ne sont pas contestés et n'apparaissent pas devoir être objet de critiques – laissant apparaître un degré d'invalidité insuffisant. En février 2016, l'état de l'assuré s'est aggravé suite à la décompensation de troubles de la personnalité, soit une nouvelle atteinte psychiatrique justifiant qu'il soit à nouveau pris en compte un délai d'attente d'une année (art. 28 al. 2 LAI). L'assuré doit donc se voir reconnaître le droit à une rente entière à partir du 1er février 2017, soit après l'échéance du délai d'attente d'une année. Partant, la décision de l'OAI échappant à la critique, le recours (605 2019 298), mal fondé, doit être rejeté et la décision contestée confirmée. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant, sous réserve des considérants sur l'assistance judiciaire qui suivent.

## **E. 8**

Dispositions relatives à l'assistance judiciaire gratuite

### **E. 8.1**

En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. L'art. 29 al. 3 Cst. vise à assurer que chacun puisse, indépendamment de sa situation financière, faire juger par un tribunal des litiges non dénués de chance de succès, et se faire représenter au procès par un avocat pour autant que cela soit matériellement nécessaire. Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire doit donner à la partie indigente les moyens de mener son procès, mais non pas l'aider à améliorer de manière générale sa situation financière (arrêt TF 9C\_923/2009 du

### **E. 8.2**

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 et 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).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 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, 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). 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 (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C\_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3).

### **E. 8.3**

Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA). 9. Examen du droit à l'assistance judiciaire 9.1. En l'espèce, le recourant a produit un document du service social de sa commune, selon lequel il bénéficie de la couverture de son budget. On peut dès lors retenir qu'il ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours, bien qu'au final infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. L'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait par ailleurs justifiée. En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 605 2019 298 et de lui désigner comme défenseur d'office Me Daniel Känel, avocat. 9.2. Le 26 novembre 2019, celui-ci a transmis sa liste de frais, d'un montant total de CHF 2'235.95, à savoir CHF 1'950.- au titre des honoraires (650 minutes à CHF 180.-), CHF 97.50 au titre de débours forfaitaires (5%), CHF 28.60 au titre de frais et CHF 159.85 au titre de la TVA (7.7%). Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, force est de constater que l'avocat prétend tant à des frais forfaitaires (intitulés "débours") qu'à des frais fixés par opérations (photopies et envois recommandés), prenant de ce fait en compte deux fois les mêmes opérations. Au demeurant, on lui rappelle que la méthode des frais

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 forfaitaires n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). Par ailleurs, le mandataire prend en compte un tarif des photopies qui ne correspond pas aux exigences du tarif cantonal (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA). Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe le montant de ces frais, se référant aux pièces figurant au dossier (notamment un seul envoi recommandé adressé à la Cour), à CHF 25.-. Partant, l'indemnité du défenseur désigné est fixée à un montant total de CHF 2'127.10, à savoir à CHF 1'950.- au titre d'honoraires (650 minutes à CHF 180.-), CHF 25.- au titre de frais et CHF 152.10 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg. 9.3. Compte tenu de l'assistance judiciaire octroyée, les frais de justice de CHF 800.- ne sont pas prélevés. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 298) est rejeté. II. La requête (605 2019 299) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Daniel Känel, avocat, désigné en qualité de défenseur d'office. III. Il est alloué à Me Daniel Känel une indemnité de CHF 2'127.10, dont CHF 152.10 au titre de la TVA (7.7%), intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. V. 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 27 janvier 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

#### **E. 10**

mai 2010 consid. 4.1.2). Dans le domaine des assurances sociales, le droit à l'assistance judiciaire en procédure cantonale est expressément inscrit à l'art. 61 let. f LPGA.

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