

FR_GERICHTE 605 2023 10 vom 22. August 2023

FR Kantonsgericht, 2023-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_10

FR: FR_GERICHTE 605 2023 10 du 22 août 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2023 10 del 22 agosto 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de fin d'année – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente – vu le domicile dans le canton de Fribourg lors du dépôt de la demande litigieuse – par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16

E. 2

Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du

E. 2.1

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

E. 2.2

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il

ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, la demande originaire de rente ayant été déposée au mois de mars 2018. 3. Invalidité 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. 3.1. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. 3.2. En vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 par un médecin spécialisé. Plus les facteurs extra-médicaux apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé 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, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1. et références). En définitive, une atteinte 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 [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4). 3.3. Ce n'est, cela étant, pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). 4. Covid long Le virus SARS-CoV-2, généralement appelé « Covid », engendre chez certains patients des séquelles qui peuvent durer longtemps après la fin de la convalescence typique. Ce phénomène est connu sous le nom de « affection post-COVID 19 » ou « Covid long ». La symptomatologie du Covid long est des plus variée. Les principaux symptômes d'une affection sont la fatigue excessive, l'épuisement et l'intolérance à l'effort, le souffle court et les difficultés respiratoires et les problèmes de mémoire et de concentration. D'autres symptômes peuvent également se manifester. En général, la recherche n'a pas encore assez de données pour comprendre de manière satisfaisante ce phénomène. La question de savoir comment la pratique judiciaire doit appréhender cette maladie nouvelle n'a pas encore été complètement investiguée. À l'instar de la recherche médicale sur le syndrome en tant que tel, la pratique judiciaire n'a pas encore assez de casuistique pour tirer des conclusions d'ordre général. Plusieurs auteurs ont toutefois constaté qu'il serait raisonnable de traiter au moins la partie non somatique du Covid long de manière similaire aux maladies psychiques, étant donné la difficulté à établir des liens de causalité adéquate (EGLI, KRADOLFER, VOKINGER, Long Covid, RSAS pp. 176 et 182-183 ; DUPONT, État de droit et état d'urgence : perspectives sous l'angle du droit des assurances, 2023, SJ 2023 p. 345). 5. Droit à la rente – calcul du taux d'incapacité Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 raisonnablement exigibles (lit. a), qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 5.1. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). 5.2. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n°1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p.274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. (...) Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits

fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (arrêt 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.3.; ATF 113 v 22 consid. 4d p. 32; Marc HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 ss.).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16

E. 6

Rentes dégressives ou limitées dans le temps Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). Selon cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

E. 6.1

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

E. 6.2

A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

E. 7

Appréciation des preuves L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

E. 7.1

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 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.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16

E. 7.2

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre 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 et les réf.).

E. 7.3

Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 ; ATF 125 V 351). 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 ; 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est 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).

E. 7.4

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

E. 7.5

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid.

3b/aa et les références).

E. 8

Objet du litige Est en l'espèce uniquement litigieux le droit à la rente à partir du 1er septembre 2021 (l'OAI admettant en cours de procédure avoir omis de tenir compte d'une période de trois mois de stabilisation de l'amélioration de l'état de santé [cf. dans ce sens art. 88bis al. 2 RAI]). Le recourant soutient pour l'essentiel que son incapacité de travail est encore totale, a fortiori donc après cette dernière date. Il conteste en particulier la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire du 23 septembre 2021.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Le recourant fait également référence à la « kyrielle » de certificats médicaux qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert et qui montreraient un état de santé plus grave que celui dont fait état le rapport d'expertise. De surcroît, à partir de juillet 2020 il est atteint du Covid long. Ce syndrome aurait une influence notable sur son état de santé et sur son incapacité de travail. Pour ces raisons, le recourant conclut, principalement, à l'octroi d'une rente AI qui ne soit pas limitée dans le temps, subsidiairement, à l'établissement d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire avec un volet psychiatrique et un volet de médecine interne afin de compléter l'instruction du dossier. Selon l'OAI, l'expertise aurait été menée selon le droit et les règles de l'art. Le recourant ne mettrait pas en évidence de nouveaux éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés auparavant et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause la décision attaquée. Qu'en est-il ? Première demande de rente

E. 8.1

A. _____ souffre d'un TDAH qui a été diagnostiqué la première fois en 2019. Il a travaillé chez D. _____ jusqu'à son burnout en 2016. Depuis lors, il est entré dans une période très sombre, marquée par les dépendances (dont en particulier une grave dépendance, iatrogène, aux benzodiazépines) et l'empirement de sa condition psychique. Depuis lors, les médecins traitants et les thérapies se sont enchainés. Le 30 août 2016 il a requis l'octroi d'une rente. Par décision du 2 juin 2017, l'OAI a rejeté la demande en raison d'une incapacité de travail insuffisamment longue. Cette décision est entrée en force. Nouvelle demande de rente, litigieuse

E. 8.2

Le 22 février 2018 le recourant a déposé une deuxième demande de prestations AI en invoquant une dégradation importante de son état de santé, à cause de ses problèmes psychiques et de nouveaux problèmes de dos. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise bi-disciplinaire avec la Dre F. _____, experte en psychiatrie, et le Dr G. _____, expert en rhumatologie. Pour ce qui concerne le volet psychiatrique, l'experte a posé le diagnostic de "Perturbation de l'activité et de l'attention" (TDHA), de "Trouble panique" et de "Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue". Elle a également mis en évidence l'existence de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision, et d'une ancienne dépendance au cannabis, substance dont le recourant est à l'heure actuelle abstinent.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Selon la Dre F. _____, à partir du mois de juin 2021, la capacité de travail globale du recourant est de 100%, avec une diminution de la performance de 20% due à la dépendance aux benzodiazépines. Selon elle, une prise en

charge psychiatrique et psychothérapeutique (avec traitement antidépresseur), combinée au sevrage de benzodiazépines et hypnotiques, permettrait de retrouver une capacité de 100% sans diminution du rendement. Quant au volet rhumatologique, le Dr G. _____ retient le diagnostic de "Rachialgies diffuses avec cervico-dorsalgies chroniques". Son évaluation de la capacité de travail est également de 100%, sans diminution du rendement, et cela, dès le départ. Il faudrait pourtant que l'activité exercée soit adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues sont : pas de port de poids supérieur à 10kg, pas d'activités en position défavorable et pas de penchements répétitifs.

E. 9

Discussion

E. 9.1

Valeur probante de l'expertise Le recourant soutient de manière laconique que le volet psychiatrique de l'expertise serait à considérer « avec des pincettes ». Il remarque en particulier que l'incapacité de travail à raison de 100% se termine le 15 avril 2021, jour même de la visite chez les experts. En effet, à partir de cette date et jusqu'au 1er septembre 2021, son incapacité de travail passe à 50% et ensuite à 0%.

E. 9.1.1

Il sied de supposer que l'argument du recourant consiste dans la contestation de l'impartialité de l'experte. En effet, après avoir consulté l'ancienne psychiatre du recourant, la Dre H. _____, l'experte est arrivée à la conclusion que ce dernier « manipule les faits, omettant certains ou mettant en avant d'autres, de façon à obtenir des bénéfices secondaires » (expertise, p. 40 ; dossier AI, p. 470). Cette affirmation ne saurait suffire à remettre en cause la neutralité de l'expertise, qui s'est déroulée selon les règles de l'art et qui explique de manière détaillée la situation du recourant. Il est tout à fait légitime, voire même précisément attendu, de la part de l'experte qu'elle appréhende les déclarations de l'assuré avec recul, surtout lorsque ces dernières sont en contradiction apparente avec les avis des médecins traitants, dont on peut partir du principe, avec la jurisprudence, qu'ils soient plus enclins à se prononcer dans un sens favorable à leur patient.

E. 9.1.2

L'on se trouve, quoi qu'il en soit, en présence d'une conviction d'invalidité de longue durée qui n'est pas corroborée dans les faits. Le recours paraît, en tous les cas, peu disposé à se soigner sérieusement. Ceci est attesté au moins dans son parcours thérapeutique avec la Dre I. _____ et avec la Dre H. _____. Il a entamé un traitement auprès de la première, qui lui a délivré un certificat d'invalidité de travail et, dès que cette dernière a estimé qu'il était apte à reprendre une activité lucrative, il a changé de médecin. Cet épisode donne à penser que le recourant voit en la médecine un moyen d'obtenir une rente AI bien plus que de l'aider à obtenir une amélioration de son état de santé. Une considération similaire s'impose par rapport à la question du sevrage. En effet, dans son opposition au projet de décision du 5 janvier 2022, le recourant soutient qu'il est impossible de le sevrer à la benzodiazépine. Il soutient également que, étant « ultra-métaboliseur », cette dépendance ne serait pas problématique.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Le recourant paraît ainsi vouloir décider à l'avance de l'issue de tout traitement et douter, de manière irrationnellement pessimiste, de tout essai thérapeutique. Ces éléments correspondent parfaitement avec les considérations de

l'experte, qui remarque que « même maintenant qu'il en a subi les effets délétères (tolérance, sevrage, complications judiciaires), il préfère gérer ses angoisses avec des benzodiazépines et hypnotiques, quitte à faire perdurer un syndrome de dépendance, plutôt que d'adhérer à un traitement médicamenteux non addictif (antidépresseur à doses efficaces. Les benzodiazépines, et l'alcool aussi, font un effet plus rapide, plus puissant, satisfaisant le besoin de sensations fortes souvent rencontré chez les personnes souffrant de TDAH) » (expertise, p. 36). En conclusion, on peut penser que l'assuré est en recherche d'une rente à laquelle il estime avoir droit. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'essayer d'améliorer sa condition médico-existentielle, il semble toujours s'arranger pour trouver un nouvel obstacle lui permettant de se conforter dans son statut d'invalidé. Une telle attitude ne saurait avoir pour effet d'engager la responsabilité de l'assurance-invalidité, sinon au préjudice des autres assurés. L'experte a, à ce titre, très vraisemblablement posé le bon constat, à savoir celui de la non-compliance du recourant au traitement et de sa conviction d'invalidité de longue durée. Au demeurant, l'expertise est objectivement claire, et solidement documentée. Et, comme il a été dit, sa partialité ne saurait se déduire du simple fait qu'elle soulève le caractère manipulateur du recourant.

E. 9.1.3

Ce dernier se plaint également du fait qu'un grand nombre de certificats médicaux produits par son psychiatre traitant actuel, le Dr E. _____, n'auraient pas été pris en compte par l'autorité intimée. Il est vrai que le Dr E. _____ a prolongé l'attestation d'incapacité de travail du recourant à plusieurs reprises. Parmi ces certificats, seul celui du 29 mars 2022 argumente les raisons d'une telle incapacité. Le Dr E. _____ explique que, à son avis, « l'obstacle majeur, rencontré au décours de la thérapie réside aux réponses très peu satisfaisantes aux divers psychotropes. Les différentes classes thérapeutiques d'anxiolytiques et d'antidépresseurs n'ont malheureusement induit que peu d'effet thérapeutique et de multiples effets secondaires amenant à chaque fois à l'arrêt du traitement » (dossier AI, p. 583). Cet élément pourrait tout au plus contredire l'exigibilité d'une thérapie visant à éliminer la baisse de rendement de 20%. Cependant, cet avis ne saurait primer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur les avis contraires de l'experte psychiatre et de la Dre H. _____, ancienne psychiatre traitante, qui, en ayant déjà essayé de sevrer le recourant pour limiter les effets secondaires d'une médication non-indiquée, devait forcément croire à un issu positif d'un tel sevrage. Pour ce qui concerne l'état de santé, au contraire, le Dr E. _____ se limite à dire que « depuis le début de la prise en charge, le patient présente des difficultés de concentration et d'attention, on assiste également à une baisse de l'humeur, des troubles du sommeil, une asthénie et une anxiété marquée ». Cet état de fait le porte à conclure que « les troubles persistants, malgré la psychothérapie et les médicaments prescrits à doses conséquentes, ont induit une incapacité totale

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 de travail pour une durée indéterminée. Le pronostic de réhabilitation demeure, ainsi, réservé » (dossier AI, p. 583). La symptomatologie décrite par le psychiatre traitant est visiblement identique à celle dont fait état l'expertise. La différence réside uniquement dans les conclusions sur la capacité de travail, inexistante selon le Dr E. _____ et entière selon l'experte. Le médecin traitant n'expliquant pas en quoi cet état de fait médical causerait une telle invalidité, il sied de retenir les conclusions de l'expertise, mieux documentées sur ce point.

E. 9.2

Covid long Le recourant soutient par ailleurs que l'autorité intimée n'aurait pas tenu suffisamment compte de son Covid long. Il déclare souffrir de tous les symptômes de cette maladie. Or, en l'espèce, force est de constater que les symptômes du Covid long se recoupent avec l'état de santé pré-pandémique du recourant. L'épuisement, l'intolérance à l'effort et les problèmes respiratoires peuvent être facilement mis en lien avec son train de vie marqué par les dépendances. L'information la plus récente sur la consommation de cigarettes est le rapport de consultation du Dr J. _____ du 27 janvier 2020 (dossier AI, p. 324). À cette occasion, le recourant déclara fumer 2-3 paquets par jour, soit une moyenne de 50 cigarettes. Pendant plusieurs années, sa moyenne était même de 4 à 5 paquets par jour. Une telle consommation de cigarettes est apte à engendrer, à l'instar du Covid long, un épuisement, une intolérance à l'effort et une difficulté respiratoire. Pour le surplus, il serait paradoxal d'imputer les problèmes de mémoire et de concentration au Covid long, étant donné le diagnostic, en 2019, de TDAH. En effet, il s'agit de symptômes typiques de cette maladie. Il serait déraisonnable de croire que leur cause puisse résider dans les séquelles du Covid, alors qu'un lien avec une atteinte anciennement diagnostiquée a déjà été fait. La thèse du Covid long à l'origine des symptômes indiqués n'est à tout le moins pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Quoi qu'il en soit, cette thèse d'une autre origine des symptômes ne saurait avoir pour effet de remettre en cause les conclusions des experts sur le caractère non invalidant desdits symptômes. Dans toutes ces conditions, et vu tout particulièrement sa conviction d'être invalide et son refus de suivre les recommandations des anciens médecins traitant, il ne se justifie pas d'accéder à la demande subsidiaire du recourant d'être soumis à une nouvelle expertise.

E. 10

Sort du recours Au vu de ce qui précède, le recours est très partiellement admis, l'OAI ayant reconnu que le droit à la rente ne pouvait être supprimé qu'à partir du 1er septembre 2021, et non à partir déjà du 1er juin 2021.

E. 10.1

La décision querellée est, partant, modifiée dans le sens de ce qui précède.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16

E. 10.2

Pour le surplus, elle est intégralement confirmée, notamment pour ce qui a trait aux périodes de reconnaissance d'un droit, à titre rétroactif, cet aspect de la décision n'ayant pas été contesté. La Cour relève, à cet égard, que l'OAI a semblé se prononcer à nouveau sur une période censée couverte par une précédente décision de refus rendue à l'époque. Elle a en effet une nouvelle fois confirmé son refus d'allouer une rente entre le mois de juin 2016 et le mois de février 2017. Elle indiquait, cela étant, uniquement se référer à son premier refus de rente, entré en force. Dès lors, cette question ne saurait être examinée par la Cour de céans. D'autant moins que le recourant n'avait pas recouru à l'époque contre ce premier refus, qu'il ne conteste pas davantage aujourd'hui, demandant essentiellement la non-limitation de sa rente dans le temps.

E. 11

Frais de justice et indemnité de partie Les frais de justice et l'indemnité de partie tiendront compte de la très partielle admission du recours.

E. 11.1

La procédure n'étant pas gratuite, des frais de justice de CHF 650.- sont mis à la charge du recourant qui succombe largement. De son côté, l'OAI prendra à sa charge les CHF 150.- restant. Toutefois, dans la mesure où l'assistance judiciaire va encore lui être octroyée, ces frais de justice ne seront pas réclamés au recourant.

E. 11.2

Concernant l'admission très partielle, le recourant a droit à une première couverture de ses dépens, qui sera mise à la charge de l'OAI. Celle-ci est forfaitairement fixée à CHF 300.-, débours compris. A quoi s'ajoute une TVA de 7,7%, pour un montant de CHF 23.10. Au final, c'est une première indemnité de CHF 323.10 qui est allouée. Elle est mise à la charge de l'OAI.

E. 12

Assistance judiciaire Il reste, pour la part des dépens non couverte, à statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale formulée dans le cadre du recours et motivée le 19 janvier 2023.

E. 12.1

A teneur de l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite doit être accordée au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Selon l'art. 142 du code 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 toutefois pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). 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.

E. 12.2

En l'espèce, il ressort des pièces justificatives que le recourant bénéficie de l'aide sociale et que sa femme nécessite des prestations complémentaires de la part de l'assurance-invalidité. Partant, il appert que les revenus du couple sont manifestement insuffisants pour permettre à la famille de faire face aux frais de la présence procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires de l'existence, de sorte que la condition de l'indigence est établie.

L'admission très partielle du recours tend pour sa part à démontrer que celui-ci n'était pas entièrement dénué de chances de succès. Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause n'est pas exempte de toute difficulté. Dans ces circonstances, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et de lui désigner Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, comme défenseur d'office.

E. 12.3

La liste de frais déposée par Me Sansonnens le 13 mars 2023 fait état d'un montant total de CHF 4'327.81, TVA 7.7% incluse (CHF 3'983.35 à titre d'honoraires pour 15 heures et 56 minutes de travail, facturées au tarif horaire de CHF 250.-, plus CHF 35.- de débours, plus

CHF 309.45 de TVA). L'on constate tout d'abord que le tarif horaire de 250.- doit être baissé à 180.- en vertu de l'art. 12 de l'arrêté du Conseil d'Etat du Tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA) du 17.12.1991. Par ailleurs, il s'avère que 6 heures de travail ont été comptabilisées pour la rédaction du recours, pour un mémoire de 7 pages et pour une requête d'assistance judiciaire de 4 pages. Au vu de la question litigieuse en l'espèce, qui se résume à l'examen de la force probante de l'expertise psychiatrique et au rôle éventuel du Covid long dans le cas d'espèce, qui plus est dans un domaine juridique régi par les maximes d'office et inquisitoire, il semble qu'une telle durée soit quelque peu excessive. Cela d'autant plus que le défendeur a déjà dédié 5 heures et 30 minutes à l'étude du dossier. En effet, il sied de constater que, étant donné les circonstances, le temps nécessaire à l'écriture du mémoire de recours n'aurait pas dû représenter autant d'heures de travail. Dans ces conditions, on retiendra que l'ensemble du travail requis dans ce dossier n'aurait pas dû représenter plus de 12 heures de travail, en plus du temps déjà indemnisé au titre de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Partant, il convient de s'écarter de la liste de frais produite et de fixer ex aequo et bono l'équitable indemnité du défendeur désigné à CHF 2'195.-, débours compris (12 heures x CHF 180.-/heure + CHF 35.-), plus CHF 169.- au titre de la TVA (7.7%), soit un second total de CHF 2'364.-. Un tel montant semble adéquat afin de tenir compte du travail strictement nécessaire à effectuer dans ce type d'affaire, dans le cadre, on le rappelle, d'une procédure soumise à la maxime d'office. Cette seconde indemnité est intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg et sera versée directement à Me Benoît Sansonnens. la Cour arrête : I. Le recours est très partiellement admis (605 2023 10). Partant, la décision est modifiée dans le sens où la suppression de la rente limitée dans le temps prend effet au 1er septembre 2021 et non au 1er juin 2021. II. Les frais de justice sont mis à la charge : a. du recourant, par CHF 650.-; b. de l'OAI, par CHF 150.-. Vu l'assistance judiciaire octroyée, les frais de justice ne sont pas réclamés au recourant. III. Une première indemnité de partie de CHF 323.10 (débours et TVA de CHF 23.10 compris) est allouée au recourant. Elle est prise en charge par l'OAI. IV. L'assistance judiciaire gratuite est accordée (605 2023 11). Me Benoît Sansonnens est désigné défendeur d'office. V. Une seconde indemnité de CHF 2'364.- (débours et TVA de CHF 169.- compris) est allouée à Me Benoît Sansonnens. Elle est intégralement mise à la charge de l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 VI. 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 22 août 2023/mbo-fmo Le Président Le Greffier-stagiaire

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