

FR_GERICHTE 608 2013 69 vom 8. Juni 2015

FR Kantonsgericht, 2015-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_69

FR: FR_GERICHTE 608 2013 69 du 8 juin 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 69 del 8 giugno 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 17

octobre 2011 ne répond pas de façon suffisamment pertinente aux critiques élevées par son ancien médecin psychiatre traitant. Par mémoire de recours séparé déposé le même 7 mai 2013 par son mandataire, le recourant a également contesté la décision du 25 mars 2013 par laquelle l'Office de l'assurance-invalidité a ordonné à la Caisse de compensation de verser à la société d'assurance perte de gain, en raison d'une surindemnisation, une somme de 15'836 fr. 80 prélevée sur les arrérages de rente mensuelle d'invalidité (cause 608 2013 69). Il conclut sous suite de frais et dépens à ce que la décision attaquée soit réformée dans le sens que l'assurance perte de gain maladie doit être astreinte à lui restituer un montant de 12'673 fr. 80, avec intérêts au taux annuel de 5% dès le 6 mai 2013. A l'appui de ses conclusions, il allègue notamment ce qui suit: il a perçu de la société d'assurance perte de gain des indemnités journalières perte de gain du 1er juin 2004 au 27 juin 2005, pour un montant total de 42'430 fr. 05 correspondant à 80% de son salaire AVS; par courrier du 13 mars 2013, la société d'assurance perte de gain lui a indiqué qu'en raison des rentes d'invalidité qui allaient lui être octroyées, ce montant comprenait une surindemnisation à concurrence de 15'836 fr. 80; suite à ce courrier, sans consulter son mandataire, le recourant a donné son accord pour que ce montant soit directement prélevé sur le montant correspondant aux rentes arriérées; cet accord a été donné par erreur et il a été annulé par courrier de son mandataire du 3 mai 2013, en invoquant que le calcul de surindemnisation doit se baser sur le gain perdu et non sur le gain assuré, de telle sorte que le remboursement dû se limitait à 3'163 francs. Le recourant sollicite par ailleurs la jonction des causes relatives aux deux recours séparés qu'il dépose. Le 23 mai 2013, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais fixée à 800 francs.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 E. Dans ses observations du 8 octobre 2013, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours portant sur la négation du droit à une demi-rente à partir du 1er mai 2011. Il fonde pour l'essentiel sa position sur les rapports d'expertise en relevant que les avis divergents des deux médecins psychiatres traitants ne justifient pas de confier à un autre médecin psychiatre le soin de procéder à une nouvelle expertise. Il mentionne également que le recourant a cherché, notamment lors des deux stages d'entraînement à l'endurance, à minimiser sa capacité de travail en allant jusqu'à faire constater son incapacité à exercer une quelconque activité, alors que ses médecins psychiatres traitants successifs attestent eux-mêmes une capacité de travail résiduelle de 50%. Quant au recours portant sur le montant versé directement à l'assurance perte de gain au titre de remboursement d'une surindemnisation, l'Office de l'assurance-invalidité se

limite à indiquer qu'elle a transmis le recours à la Caisse de compensation compétente pour effectuer le versement et que celle-ci s'en remet à justice. F. Le 18 novembre 2013, par mémoire de son mandataire, le recourant dépose des contre-observations par lesquelles il maintient ses conclusions formulées dans les deux recours, en étayant sa position et en produisant notamment un nouveau rapport médical du 15 novembre 2013 de son nouveau médecin psychiatre traitant. Dans ses ultimes remarques du 4 juin 2014, l'Office de l'assurance-invalidité complète également son argumentation et confirme sa position. Il produit un rapport du 9 mai 2014 établi par un médecin du Service médical régional BE/FR/SO (SMR), dont il ressort que les rapports établis par le nouveau médecin psychiatre traitant du recourant ne remettent pas en cause la capacité de travail établie par l'expert. L'Office de l'assurance-invalidité relève par ailleurs que dans la mesure où le nouveau rapport déposé fait état d'une péjoration de l'état de santé du recourant en novembre 2013, cette aggravation alléguée est postérieure à la décision attaquée et sort dès lors du cadre du litige. G. Invitée à se déterminer sur les recours déposés, la société d'assurance perte de gain dépose un mémoire le 6 août 2014, en précisant d'emblée que seul celui ayant trait au remboursement direct intervenu entre l'Office de l'assurance-invalidité et elle-même la concernait. La société d'assurance perte de gain relève que le désaccord portant sur le principe et/ou le montant d'une éventuelle créance liée au versement d'indemnité perte de gain est un litige de droit privé qui doit être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré. Sur cette base, elle conclut à ce que le recours, en tant qu'il porte sur le calcul de surindemnisation, soit rejeté, dans la mesure où il est recevable. Parallèlement à cette conclusion, constatant que le mémoire du recourant du 7 mai 2013 pourrait être considéré comme une demande en paiement déposée à son encontre, la société d'assurance perte de gain se prononce sur celle-ci en concluant au rejet des conclusions formulées. H. Egalement invitée à se prononcer sur les recours déposés, la Caisse de pensions C._____ dépose des déterminations le 7 novembre 2014. Elle conclut au rejet des recours déposés. I. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 en droit 1. a) Le recours contestant le versement d'une somme de 15'836 fr. 80 à l'assurance perte de gain à titre de surindemnisation (cause 608 2013 69) est dirigé formellement contre l'Office de l'assurance-invalidité, la société d'assurance perte de gain et la Caisse de compensation (voir première page du recours). b) Le recourant ne conteste pas que les conditions de l'art. 85bis du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) pour le versement des arriérés de la rente d'invalidité à la société d'assurance perte de gain, à titre de tiers ayant fait une avance, sont réalisées. Du reste, il ne conclut pas au versement d'un montant par l'Office de l'assurance-invalidité ou la Caisse de compensation. Il ne conteste ainsi pas le principe de compensation directe entre la Caisse de compensation et Helsana, mais uniquement le montant de la prétention en restitution que la société d'assurance perte de gain a fait valoir auprès de l'Office de l'assurance-invalidité, respectivement la Caisse de compensation, à titre de surindemnisation. En effet, alors qu'une somme de 15'836 fr. 80 a été versée à la société d'assurance perte de gain, le recourant est d'avis que celle-ci ne pouvait prétendre à ce titre qu'à un montant de 3'163 francs, de telle sorte qu'elle doit lui rembourser un montant de 12'673 fr. 80, plus intérêts. c) D'une façon générale, le point de savoir si, et le cas échéant dans quelle mesure, une société d'assurance perte de gain dispose d'une créance en

restitution à l'encontre d'un assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré; celui-ci doit contester le principe de la restitution et, le cas échéant, l'étendue de celle-ci directement auprès de l'assurance perte de gain. La décision de l'office AI sur le paiement direct à l'assurance perte de gain en cas de maladie ne concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne le bien-fondé et le montant de la créance en restitution de l'assurance (Arrêt TF du 16 juin 2014 dans la cause 9C_287/2014 et les références citées). Selon la jurisprudence (arrêts 8C_115/2013 du 30 septembre 2013 consid. 5.2 et I 296/03 cité, et les références), le principe selon lequel les contestations sur le bien-fondé et le montant de la créance de restitution de l'assureur perte de gain en cas de maladie doivent être résolues directement entre celui-ci et la personne assurée, et non pas dans la procédure en matière d'assurance-invalidité dans laquelle l'office AI n'a pas à traiter de ce rapport juridique, est valable de manière identique que les indemnités journalières de l'assureur perte de gain soient fondées sur le droit public (voir art. 67 ss de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie; LAMal; RS 832.10) ou sur le droit privé (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Est seul déterminant que l'assuré dispose d'une voie de droit directe à l'encontre de l'assureur pour contester le bien-fondé et le montant de la prétention en restitution. Le fait qu'il s'agisse d'une question de surindemnisation et qu'il existe donc une certaine proximité avec une contestation du droit des assurances sociales ne suffit pas à soumettre le litige à la procédure de recours applicable en droit de l'assurance-invalidité. d) Dans la mesure où les indemnités perte de gain en cause ont été versées par la société d'assurance perte de gain en vertu d'un contrat conclu par l'ancien employeur du recourant en faveur de son personnel, conformément à la LCA, le désaccord concernant la restitution d'une partie de ces indemnités est un litige de droit privé qui doit être tranché dans une procédure opposant l'assurance et l'assuré.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 Il faut par ailleurs constater, comme l'a fait la société d'assurance perte de gain dans sa détermination du 6 août 2014 (p. 3), que le recourant conclut dans son mémoire du 7 mai 2013 à ce que la société d'assurance perte de gain soit astreinte à restituer au recourant un montant de 12'673 fr. 80, en alléguant des faits sur lesquels se base cette prétention, de telle sorte que l'écriture du 7 mai 2013 peut être considérée comme une demande en paiement. En tant qu'elle vise la société d'assurance perte de gain, cette écriture fera dès lors l'objet d'une procédure distincte de la présente procédure relevant du droit des assurances sociales, une telle division des causes se justifiant en particulier au regard de l'art. 42 al. 1 let. c du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1). Pour le reste, en tant qu'il est dirigé contre l'Office de l'assurance-invalidité et la Caisse de compensation, le recours portant sur le montant de la prétention en restitution est sans objet. En effet, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité sur le paiement direct à la société d'assurance perte de gain ne porte que sur les modalités du versement, de telle sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne le bien-fondé et le montant de la créance en restitution. Quant à la Caisse de compensation, elle s'est limitée à exécuter cette décision relative aux modalités de paiement et n'a, elle non plus, pas rendu de décision concernant le bien-fondé et le montant de la créance en restitution. En conséquence, le recours portant sur le montant de la prétention en restitution est irrecevable en tant qu'il est dirigé contre l'Office de l'assurance- invalidité et la Caisse de compensation. e) Le recours déposé contre la décision du 23 mars 2013 niant le droit à une rente d'invalidité à partir du 1er mai 2011 (cause 608 2013 70) a quant à lui été interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré

directement touché par la décision attaquée. Partant, il est recevable et il convient d'examiner ses mérites. 2. a) Les modifications de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) du 18 mars 2011 (6ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 23 mars 2013 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2012. Cela étant, les dispositions applicables en l'espèce n'ont en principe pas été modifiées ou n'ont subi que des adaptations formelles de sorte que, par souci de simplification, il sera fait référence au droit en vigueur au 1er janvier 2012. Enfin, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 129 V 1 consid. 1.2). b) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'il

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. En cas de modification de la situation, l'art. 88a al. 1 RAI dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 soit à craindre. c) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est 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). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être

chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (Tribunal fédéral, arrêts non publiés 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174, 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 158 consid. 5c/cc) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. L'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; SVR 2006 IV n° 42 p. 151; arrêt I 156/04 du 13.12.2005; arrêt I 417/92 du

E. 19

mai 1993).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (Tribunal fédéral, arrêt 9C_913/2012 du 9 avril 2013, consid. 5.2). d) Selon le principe de la libre 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 des preuves. 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. En particulier, si des rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). 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, 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). Enfin, 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 références). 3. a) En l'espèce, il est admis que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière du 1er juin 2004 au 31 mars 2008 et à une demi-rente d'invalidité du 1er avril 2008 au 30 avril 2011. Le litige concerne la période à compter du 1er mai 2011. Il porte sur le taux d'invalidité du recourant qui prétend à une demi-rente correspondant à un taux d'invalidité de 52% pour une durée indéterminée, alors que l'autorité intimée exclut tout droit à une rente à partir du 1er mai 2011, sur la base d'un taux d'invalidité réduit à 30% dès le 23 janvier 2011. Il convient tout d'abord de se référer au dossier médical afin de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 b) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 26 décembre 2009 (dossier AI, p. 360), Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, procède à une anamnèse complète en retraçant les antécédents personnels, scolaires, professionnels, familiaux, psychosociaux et psychiatriques du recourant. Il mentionne en particulier l'accident de la circulation du 13 septembre 1997 qui a été à l'origine d'un syndrome cervical pris en charge par l'assurance-accident, ainsi que les difficultés professionnelles rencontrées en mars 2003 dans son emploi d'employé polyvalent dans un commerce d'alimentation, qualifiées de mobbing par le recourant. A la date du 26 décembre 2009, l'expert pose les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7), présent depuis l'adolescence, et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), présent depuis juillet 2003. Les limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité pathologique sont la difficulté avec l'autonomie (crainte à la perspective de devoir se débrouiller seul) ainsi que le besoin de dépendance, auxquels s'ajoute une idéation persécutoire. L'intensité des manifestations de la personnalité pathologique est toutefois modérée. Elles influencent la capacité de travail en ce sens qu'elles compliquent la rémission de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Le trouble anxieux et dépressif mixte est retenu en prenant en considération la présence, à un degré modéré, d'une symptomatologie anxieuse accompagnée de manifestations neurovégétatives et d'une symptomatologie dépressive. Les symptômes sont qualifiés de modérés car, en fait, il existe une différence entre ce qui est rapporté par le recourant et ce qui est effectivement observé. Les limitations fonctionnelles en lien avec le trouble anxieux et dépressif mixte sont ainsi l'anxiété, la perte de la confiance en soi ainsi qu'un sentiment de perte d'espoir, sans autre élément limitatif sur le plan dépressif (absence de diminution de l'énergie, de diminution de la volonté, de ralentissement idéomoteur et de troubles cognitifs). Sur le plan de la capacité de travail, vu la nature et l'intensité des limitations fonctionnelles susmentionnées, les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la personnalité pathologique alors que les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence d'antécédents notables avant l'épisode actuel (2003), l'absence de consommation de substances psycho-actives, l'étayage social préservé (épouse, fratrie) et la recherche de soins spécialisés (suivi psychiatrique régulier). Sur cette base, en tenant compte des particularités des dernières expériences professionnelles réalisées en tant que cuisinier par le recourant durant la

période précédant l'expertise, l'expert retient une capacité de travail globale de 50% sur un plan strictement médical théorique, en ajoutant qu'une pleine capacité de travail est susceptible d'être récupérée en l'espace d'environ un mois pour autant que le processus soit organisé dans un cadre structuré (mesures de réinsertion professionnelle), au vu de l'absence de stabilité psychique encore suffisante. Dans son rapport complémentaire du 9 août 2010 (dossier AI, p. 409) faisant suite à un stage d'entraînement au travail durant lequel le recourant a eu des difficultés à assumer un horaire journalier de trois heures, sans rendement exigé, l'expert confirme que les symptômes relatifs aux diagnostics susmentionnés sont modérés et qu'il existe une différence entre ce qui est rapporté par le recourant et ce qui est effectivement observé. L'expert confirme dès lors la capacité de travail exigible qui ressort de son expertise. Dans son nouveau rapport d'expertise du 17 octobre 2011 (dossier AI, p. 492), l'expert reprend l'anamnèse effectuée dans son rapport du 26 décembre 2009, en l'actualisant. Suite à une question posée dans un rapport du médecin psychiatre traitant, il expose clairement les raisons qui l'amènent à nier la présence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 borderline. En lien avec des douleurs constantes évoquées par le recourant durant la période du stage d'entraînement au travail, l'expert fait le constat que le recourant ne souffre pas de douleurs persistantes intenses et qui constitueraient sa préoccupation essentielle. Il ne retient dès lors pas non plus le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. A la date du 17 octobre 2011, s'agissant du diagnostic de personnalité dépendante, l'expert confirme la difficulté avec l'autonomie, ainsi que le besoin de dépendance. Par contre, la projectivité (attribution des torts à autrui) n'atteint plus l'ampleur d'une idéation persécutoire, de telle sorte que, globalement, les limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité pathologique sont modérées et limitent la capacité de travail à la hauteur de 30% au plus. Quant au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, il ne doit plus être posé car l'anxiété s'est amenuisée depuis l'expertise du 26 décembre 2009. Seule persiste une symptomatologie dépressive réduite qui n'atteint pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif, même de degré léger. Il s'agit d'une dépression chronique atténuée avec des fluctuations, justifiant le diagnostic suivant: autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants. En lien avec ce diagnostic, l'expert expose ensuite de façon détaillée que les éléments-clés de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser) sont soit non-vérifiés, soit insuffisamment marqués pour être à l'origine de limitations fonctionnelles incapacitantes, même partiellement. Pour le reste, l'expert constate à nouveau, en s'appuyant notamment sur les rapports de stage du 25 août 2010 (dossier AI p. 416) et du 30 novembre 2010 (dossier AI p. 455), qu'il existe une différence entre ce qui est rapporté par le recourant et ce qui est effectivement, ce qui amène à confirmer une majoration des plaintes psychiques et l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan de la symptomatologie dépressive. Il conclut dès lors à l'existence d'une incapacité de travail de 70% depuis le mois de juillet 2003 jusqu'à la fin de l'année 2007, 50% à partir de l'année 2008 jusqu'au 24 janvier 2011 au plus tard, et de 30% à partir de cette date. Cette dernière date est fixée en référence à un rapport médical intermédiaire du médecin psychiatre traitant, faisant état d'une réaction dépressive au mois de décembre 2010, stabilisée le 24 janvier 2011. L'expert précise encore que si la reprise de l'activité professionnelle n'a pas pu avoir lieu à hauteur de 70%, cela n'a pas été dû à des raisons psychiatriques, mais à l'absence de motivation. Enfin, dans un dernier rapport du 7 septembre 2012 (dossier AI, p. 542), l'expert répond aux questions complémentaires posées

par l'Office de l'assurance-invalidité suite à des remarques formulées par le médecin psychiatre traitant en lien avec le rapport d'expertise du 17 octobre 2011. L'expert confirme ce rapport. Il précise en particulier que l'affirmation selon laquelle la personnalité du recourant fonctionne en faux-self (faux-self: le sujet protège sa partie souffrante en adoptant une attitude qui ne lui correspond pas) parce qu'il se montre souffrant et algique lorsqu'il se sent observé, est erronée. En effet, le faux-self se manifeste de manière permanente et a fortiori lorsque la personne touchée est en présence d'autrui. c) Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne contiennent par ailleurs pas d'éléments remettant en cause les conclusions de l'expert. Cette conclusion s'appuie en particulier sur les considérations suivantes: - Dans son rapport du 20 avril 2005 (dossier AI, p. 185), Dr E. _____, médecin auprès du SMR, mentionne les diagnostics de status après whiplash de la colonne cervicale et de syndrome lombo-vertébral, en précisant que ceux-ci n'ont pas de conséquence sur la capacité de travail. Ces indications rejoignent celles figurant dans les rapports établis par

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine générale, en particulier en dates du 14 juillet 2004 (dossier AI, p. 107), du 3 mars 2005 (dossier AI p. 155) et du 23 décembre 2004 (dossier AI, p. 160). Plus spécialement, le rapport du 14 juillet 2004 fait ressortir que, excepté l'état dépressif constaté à ce moment-là, le recourant est capable d'accomplir tous travaux légers à moyens. - Dans son rapport du 3 mai 2013 (dossier AI, p. 626) établi sur requête du mandataire du recourant, Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant du recourant depuis le mois de septembre 2012, pose le diagnostic de trouble de la personnalité de type mixte, en lien avec l'existence de séquelles post-traumatiques et la présence d'un trouble combiné du déficit de l'attention et de l'hyperactivité. Il indique que l'aptitude du recourant à un emploi de quelque ordre qu'il soit est limitée en tout cas entre septembre 2012 et mi-avril 2013 pour des raisons psychiques qui se manifestent notamment par des réactions somatiques hors normes à des stimuli perçus comme stressants, des réactions comportementales inappropriées et excessives, une peur de l'échec, une crainte de la répétition des humiliations et trahisons vécues et une mauvaise gestion de ses sentiments agressifs. En relevant que l'évaluation de l'incapacité de travail comme employé de production légère n'est pas évidente sur la base d'observations faites dans un cabinet médical, ce médecin traitant conclut qu'une incapacité de 50% semble donc appropriée, même dans un emploi adapté. La seule affirmation du médecin traitant selon laquelle l'incapacité de travail est de 50% entre septembre 2012 et mi-avril 2013 ne constitue pas un indice concret suffisant permettant de douter du bien-fondé de la conclusion de l'expert selon laquelle cette incapacité est de 30%. En effet, alors qu'elles sont présentées dans le rapport du 3 mai 2013 sous la forme d'une simple énumération, les difficultés d'ordre psychique subies par le recourant ont fait l'objet d'investigations complètes et ont été discutées en détail dans les rapports d'expertise. Le rapport établi le 9 mai 2014 par Dr H. _____, médecin auprès du SMR, va dans le même sens en relevant qu'indépendamment du fait que le diagnostic de trouble combiné du déficit de l'attention et de l'hyperactivité de l'adulte soit posé ou non, seules sont déterminantes les limitations fonctionnelles, qui reposent sur les symptômes présentés. Or, les symptômes rapportés par Dr. G. _____ ne sont pas nouveaux par rapport à la dernière expertise, de telle sorte que l'incapacité de travail évaluée à 50% par le médecin psychiatre traitant n'est qu'une appréciation différente d'une situation médicale identique. Quant au rapport établi par Dr G. _____ le 15 novembre 2013, il mentionne un état dépressif récidivant, actuellement

moyen, sans syndrome somatique. En tant qu'il porte sur des faits postérieurs à la décision attaquée, ce rapport n'est pas pertinent dans la présente procédure (voir entre autres ATF 121 V 366 consid. 1b). - Dans son rapport du 29 janvier 2011 établi suite à une consultation du 24 janvier 2011 (dossier AI, p. 460), Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ancien médecin traitant du recourant, soulève la question de la présence d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il indique par ailleurs que, durant les mois précédents, il y a eu une aggravation de l'état psychique, avec augmentation des tensions, de l'angoisse, et souvent des manifestations somatiques liées à l'angoisse, ainsi qu'une réaction dépressive en décembre 2010, qui s'est ensuite atténuée. Ce médecin estime que le recourant présente une diminution

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 partielle (50%) de la capacité de travail à long terme, en ajoutant qu'il paraît souhaitable de laisser l'intéressé s'encourager à valoriser lui-même la capacité de travail résiduelle. Dans son rapport du 16 avril 2012 (dossier AI, p. 529) établi sur la base d'un questionnaire du le mandataire du recourant, Dr I. _____ confirme l'existence d'une incapacité de travail à 50% sur le long terme, en raison d'un trouble de la personnalité avec des difficultés relationnelles, une instabilité, des conflits, un manque de confiance en autrui et en soi-même. Entre autres éléments, il critique certains points des rapports d'expertise établis par Dr D. _____ en affirmant notamment que l'expression répétée d'idées de mort ne doit pas être relativisée avec le temps, que l'instabilité du parcours professionnel du recourant doit être mieux prise en considération, de même que ses sentiments d'angoisse et de colère, et enfin que les critères permettant de retenir l'existence d'une personnalité borderline sont remplis. Il a déjà été vu ci-dessus que le deuxième rapport d'expertise du 17 octobre 2011 discute la question d'une éventuelle personnalité émotionnellement labile, type borderline, avant de nier un tel diagnostic. Quant à l'évolution de l'état de santé du recourant, l'expert l'a pris en considération en retenant l'existence d'une incapacité de travail de 50% jusqu'au

E. 24

janvier 2011, comme employé de production industrielle légère. 5. a) L'Office de l'assurance-invalidité a retenu un taux d'invalidité de 30% en prenant en considération un revenu réalisable sans invalidité de 55'770 francs (revenu de 50'700 réalisé en 2003 dans l'ancienne activité, indexé) et un revenu d'invalidité de 38'862 fr. 60 (revenu réalisable dans une activité d'employé de production industrielle légère, au taux de 70%, compte tenu d'un désavantage salarial de 10%). Cette méthode de calcul n'est pas contestée dans le recours. Le taux d'invalidité de 30% doit dès lors être confirmé pour la période à partir du 24 janvier 2011.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 b) En se fondant sur le taux d'invalidité réduit à 30% dès le 24 janvier 2011, l'Office de l'assurance-invalidité a nié au recourant tout droit à une rente d'invalidité dès le 1er mai 2011. Cette solution est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables. Plus particulièrement, en prenant en considération un délai de trois mois entre la date de l'amélioration de la capacité de gain et la date à laquelle le droit à la rente a été supprimé, l'Office de l'assurance-invalidité a appliqué correctement l'art. 88a al. 1 RAI. Il s'ensuit que le recours déposé contre la décision du 23 mars 2013 niant le droit à une rente d'invalidité à partir du 1er mai 2011 doit être rejeté. c) La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à 800 francs et prélevés sur l'avance de frais versée par le recourant. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. En tant qu'il est dirigé contre B. _____ complémentaires SA, le recours

contestant le versement d'une somme d'argent à celle-ci à titre de surindemnisation (cause 608 2013 69) fera l'objet d'une procédure séparée. II. En tant qu'il est dirigé contre l'Office de l'assurance-invalidité et la Caisse de compensation AVS commerce de gros et de transit, le recours contestant le versement d'une somme d'argent à B. _____ complémentaires SA à titre de surindemnisation (cause 608 2013 69) est irrecevable. III. Le recours déposé contre la décision du 23 mars 2013 niant le droit à une rente d'invalidité à partir du 1er mai 2011 (cause 608 2013 70) est rejeté. IV. Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. V. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. VI. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 juin 2015/msu

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 Président Greffier-stagiaire

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