

FR_GERICHTE 608 2015 107 vom 13. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_107

FR: FR_GERICHTE 608 2015 107 du 13 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2015 107 del 13 giugno 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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 (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui

fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). b) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie. La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5). c) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 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. 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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). En outre, 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; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière au lieu d'une demi-rente. Partant, il s'agit de vérifier si son état de santé s'est ou non modifié depuis la dernière décision entrée en force au point de devoir entraîner une augmentation de sa perte de gain. a) Lorsque la dernière décision du 23 mai 2011 est entrée en force, le recourant souffrait d'une gonarthrose externe gauche, avec les limitations fonctionnelles suivantes: périmètre de marche limité à 20 minutes sans canne, travail essentiellement assis, sans longs déplacements, sans travaux lourds et sans port de charges au-delà de 10 kg, et, sur le plan psychique, d'une dysthymie. Son genou droit était normal. Les médecins ont également indiqué que le recourant avait avoué des abus antérieurs d'alcool et qu'il avait réduit de lui-même sa consommation. Ils ont cependant attesté que seule la gonarthrose avait une influence sur la capacité de travail, fixée à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique du 4 avril 2011, dossier OAI p. 262 et 277). L'autorité intimée a toutefois retenu une capacité de travail identique à celle de sa précédente décision, soit une capacité de 50 % dans une activité adaptée (dossier OAI p. 289). b) Par la suite, le recourant se plaint toujours de douleurs aux genoux. Après que l'état de son genou gauche se soit péjoré, il subit une arthroscopie (Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie

de l'appareil locomoteur, rapport du 4 juillet 2012, dossier OAI p. 344), puis une prothèse totale a été posée le 5 avril 2013 (Dr C. _____, rapport du 13 juin 2013, dossier OAI p. 354). Le 15 mai 2014, le Dr D. _____, spécialiste en médecine générale et médecin généraliste traitant du recourant, diagnostique une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, un syndrome dépressif, la pose d'une prothèse de genou gauche et une gonarthrose droite. Il atteste que l'assuré ne peut pas porter des charges, ne pas travailler en hauteur ni exercer un travail irrégulier, et retient qu'une activité adaptée d'au plus 50 % est exigible. Il précise encore qu'il y a eu peu d'évolution de la thymie et des capacités de déambulation (dossier OAI p. 378). Le 18 novembre 2014, ce médecin indique que, depuis son

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 dernier rapport du 15 mai 2014, il n'y a pas eu d'amélioration sur le plan articulaire et qu'il y aura probablement une pénétration sur le genou contro-latéral. Sur le plan psychiatrique, il relève par contre une nette aggravation avec un syndrome dépressif profond mélancolique avec consommation d'alcool à risque et précise qu'un suivi psychiatrique avec sevrage a été mis en place avec le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il est donc d'avis que le recourant est incapable de travailler, tout du moins sur le marché libre (dossier OAI p. 389). c) L'autorité intimée s'est fondée sur le rapport du 11 février 2015 du Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du service médical régional, pour retenir que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis le 23 mai 2011. Ce médecin relève que l'expertise psychiatrique du 4 avril 2011 est probante, que le Dr D. _____ n'est pas psychiatre et qu'il s'est basé sur les éléments subjectifs mis en avant par son patient, de sorte que l'aggravation psychique n'est étayée par aucune argumentation probante. Il indique encore que si une aggravation psychique devait persister après le sevrage d'alcool, la situation devrait être reconsidérée (dossier OAI p. 391). Il convient toutefois de constater que le rapport du Dr F. _____ n'est pas probant. En effet, il se prononce uniquement sur les troubles psychiatriques dont souffre le recourant, sans s'exprimer sur les troubles physiques. Il se contredit ensuite en niant l'existence d'une aggravation psychique (qui n'est étayée par aucune argumentation probante) tout en admettant qu'elle pourrait persister après le sevrage. Par ailleurs, si l'expertise bidisciplinaire de 2011 était probante, l'état de santé du recourant a évolué tant sur le plan physique que sur le plan psychiatrique. Tout d'abord, une prothèse totale a été posée au genou gauche et le recourant souffre à nouveau d'une gonarthrose au genou droit. Ces nouveaux diagnostics ne détériorent cependant pas la capacité de travail du recourant. Le médecin traitant indique en effet que les capacités de déambulations ont peu évolué (rapport du 15 mai 2014), puis qu'il n'y a pas eu d'amélioration depuis mai 2014 et qu'une aggravation sera probable (rapport du 18 novembre 2014), de sorte que l'on peut admettre que les troubles physiques n'ont pas ou que peu évolué. La probabilité qu'une aggravation se produise ne suffit en effet pas pour la retenir puisqu'encore non existante. Du point de vue psychiatrique, aucun trouble psychique, notamment en lien avec l'alcoolisme, n'avait été retenu dans l'expertise de 2011, si ce n'est une dysthymie qui n'avait aucune influence sur la capacité de travail. Le Dr D. _____ a ensuite diagnostiqué un syndrome dépressif (rapport du 15 mai 2014), puis un syndrome dépressif profond mélancolique avec consommation d'alcool à risque (rapport du 18 novembre 2014). S'il n'est certes pas psychiatre, il indique que le recourant est suivi par un médecin de cette spécialité, le Dr E. _____. Le Dr F. _____ n'étant pas non plus spécialisé en psychiatrie et aucun rapport psychiatrique ne figurant au dossier, il appartenait dès lors à l'OAI de faire préciser par un psychiatre quels sont les diagnostics

psychiques à retenir, leur éventuel lien avec la consommation excessive d'alcool ainsi que leur influence sur la capacité de travail. Faute de disposer d'éléments médicaux sur la question du volet psychiatrique, la Cour de céans se voit par conséquent contrainte de conclure que la cause est insuffisamment instruite. Elle doit dès lors être retournée à l'OAI, à charge pour ce dernier de se renseigner et d'examiner le pan psychiatrique, en particulier l'existence de troubles psychiques et l'éventuel lien entre ceux-ci et la consommation d'alcool. Cet aspect est en effet un élément essentiel qui entre dans les cas de figure expressément prévus par la jurisprudence fédérale précitée permettant le renvoi.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7

E. 4

Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Le recourant ayant obtenu gain de cause, la requête d'assistance judiciaire déposée le 8 juin 2015 devient sans objet et doit être rayée du rôle. la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. La requête d'assistance judiciaire du 8 juin 2015 est rayée du rôle. IV. 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 13 juin 2016/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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