

FR_GERICHTE 608 2015 231 vom 21. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_231

FR: FR_GERICHTE 608 2015 231 du 21 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 231 del 21 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

mois. Elle ajoute que l'épisode dépressif s'améliore, qu'il est réactionnel à la situation psycho- sociale, qu'il n'induit pas de limitations fonctionnelles et qu'une capacité de travail est attestée par le psychiatre dans une activité adaptée aux problèmes des mains, ce qui est le cas de celle de constructeur-dessinateur. Elle précise en outre que l'incapacité de travail totale attestée par la suite par le psychiatre traitant n'est pas motivée. Enfin, s'agissant du rapport du cardiologue du 19 mai 2016, elle souligne que le nouvel infarctus constitue une nouvelle atteinte, survenue postérieurement à sa décision, qui ne pourra dès lors être examinée que dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande. Par courriers du 10 janvier et du 7 février 2017, le recourant est intervenu spontanément pour déposer différents rapports et certificats médicaux. Dans sa détermination du 7 février 2017, l'autorité intimée considère que ces documents ne remettent pas en cause la décision querellée. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci 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. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). 3. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi 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 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. 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 si 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée de la façon suivante: 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; enfin, un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière (al. 2). 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). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Toutefois, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêts TF 9C_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 4.2.3 et I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). c) 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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 105 V 158).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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). 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). 4. Est en l'espèce litigieuse la question de la capacité résiduelle de travail du recourant, laquelle relève d'une appréciation médicale de la situation. La Cour de céans constate tout d'abord que les parties s'accordent sur le fait que le problème dermatologique qui avait justifié en premier lieu le dépôt de la demande a été résolu et que celui-ci n'implique plus d'incapacité de travail depuis le 5 janvier 2015, comme l'atteste le Dr D. _____, spécialiste FMH en dermatologie et vénérologie, dans son rapport du 8 juin 2016 (dossier OAI, p. 700). Ce praticien précise en outre que la seule limitation fonctionnelle est d'éviter le contact avec des produits irritants pour la peau. A cet égard, il faut constater que la dernière activité exercée par le recourant, soit constructeur-dessinateur, est une activité adaptée respectant cette limitation fonctionnelle. Sur le plan cardiologique, dans ses rapports du 9 septembre 2014 (dossier OAI, p. 640) et du 12 novembre 2014 (dossier OAI, p. 641), le Dr C. _____, spécialiste FMH en cardiologie, indique clairement qu'à ce moment, la situation du recourant est stable et qu'il n'y a pas de limitation physique d'un point de vue cardiologique dans son nouvel emploi comme dessinateur

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 technique. Il précise que les limitations fonctionnelles actuelles sont d'ordre extra-cardiaque avec, d'une part, une dermatite hyper-kératosique et, d'autre part, un état dépressif important. Sur le plan psychiatrique, la première évocation d'un état dépressif ressort du rapport du

E. 9

septembre 2014 du Dr C. _____ (dossier OAI, p. 640). Par la suite, des rapports médicaux sont demandés au Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit le recourant. Dans un rapport du 15 novembre 2014 (dossier OAI, p. 646), ce praticien pose le diagnostic d'épisode dépressif sans spécificité, depuis avril 2014 (F32.9). Il précise qu'il n'y a aucune incapacité de travail attestée par lui-même, mais qu'une incapacité de travail est attestée par son dermatologue. Comme limitations fonctionnelles, autres que celles liés à ses antécédents (cancer du colon et problèmes cardiologiques), il indique des fluctuations de sa thymie, avec occasionnelles idées suicidaires, trouble du sommeil et manque d'estime de soi. Dans les rapports adressés au médecin-conseil de l'assurance perte de gain (rapport du 12 février 2015 [dossier OAI, p. 680] et rapport du 23 mars 2015 [dossier OAI, p. 682], il confirme le diagnostic susmentionné et évoque une légère amélioration. Il considère en outre qu'une capacité de gain dans une activité adaptée peut être exigée. Cette dernière information ressort également de son rapport du 6 mai 2015 (dossier OAI, p. 689). Suite au projet de décision, le Dr E. _____ se prononce en date du 7 octobre 2015 (dossier OAI, p. 713) en relevant que son patient manque de sécurité en lui-même, qu'il sent des angoisses, qu'il a un trouble du sommeil, qu'il aimerait travailler, éventuellement à 50 % une fois que son état sera rétabli mais qu'il a très peur de ne plus trouver de travail à cause de son âge et de la possibilité de réapparition de son eczéma. Il ajoute qu'en plus de son âge, il faut tenir compte de la fragilité de son état physique, sur lequel s'est greffé un état dépressif qui traîne. Les problèmes psychiatriques sont également évoqués par le Dr F. _____, médecin généraliste. Dans son rapport du 5 décembre 2014 (dossier OAI, p. 673), il reprend le diagnostic et les limitations fonctionnelles posés par le psychiatre traitant. Il considère que la reprise de l'activité habituelle n'est pas envisageable en raison du trouble dépressif sévère et que, pour l'instant, il est impossible de savoir si une autre activité est exigible. Dans son rapport du 12 mai 2015 (dossier OAI, p. 697), il indique que le problème psychiatrique est actuellement au premier plan, précisant que son patient présente toujours un manque d'estime de soi important et une angoisse extrême quant à son avenir socio-professionnel, qu'il craint que son état émotionnel entraîne des maladies physiques tels qu'un nouveau problème cardiaque ou un cancer. Enfin, il relève que cet état anxio-dépressif se manifeste également par un état de fatigue surtout matinal. A la lecture de ces rapports médicaux, la Cour de céans constate que, jusqu'au moment déterminant pour le cas d'espèce, soit jusqu'à la date de la décision litigieuse du 4 novembre 2015 (cf. considérant 2 ci-dessus), seul le Dr F. _____ retenait clairement une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée, en raison du trouble psychique. Or cet avis ne saurait être suivi, dans la mesure où, d'une part, il émane d'un médecin non spécialiste en psychiatrie et où, d'autre part, il est en contradiction avec celui du psychiatre traitant, qui considère, quant à lui, qu'une activité adaptée peut être exigée de son patient. C'est d'ailleurs justement l'avis du Dr G. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) dans ses rapports du 16 juillet 2015 (dossier OAI, p. 702) et du 16 octobre 2015 (dossier OAI, p. 714). De plus, comme le relève également le médecin SMR, dans ses différents rapports, tous très succincts, le psychiatre traitant reste vague quant aux limitations fonctionnelles liées au trouble psychique retenu, qui est au demeurant un épisode dépressif sans précision (F32.9) et non pas un trouble dépressif récurrent (F33) ou un épisode dépressif moyen ou sévère (F32.1-32.3). Ce dernier retient ainsi des fluctuations de la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 thymie avec occasionnelles idées suicidaires, des troubles du sommeil, un manque d'estime de soi, des angoisses, un manque d'appétit, un état de

pessimisme et une anhédonie, mais il ne les décrit pas précisément et n'indique pas non plus quelles incidences ces limitations ont sur la capacité de travail. Dans ces conditions, l'autorité intimée pouvait effectivement suivre l'avis de son médecin SMR en retenant qu'une activité adaptée, telle que celle que le recourant exerçait en dernier lieu, soit constructeur-dessinateur, était encore exigible, sans diminution de rendement. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant produit de nouveaux rapports médicaux, lesquels ne permettent toutefois pas de remettre en cause cette appréciation de la situation jusqu'au moment de la décision querellée du 4 novembre 2015. En effet, d'une part, le rapport du Dr D. _____ du 23 novembre 2015 confirme simplement que la situation au niveau dermatologique est satisfaisante. D'autre part, dans son rapport du 8 décembre 2015, le Dr F. _____ maintient qu'aucune reprise de travail, même dans une activité adaptée, n'est envisageable en raison du problème psychiatrique, domaine dans lequel ce praticien n'est toutefois pas spécialiste, ce qui implique de relativiser son avis. Enfin, dans son rapport du 23 novembre 2015, le Dr E. _____ réitère le diagnostic d'épisode dépressif sans spécificité (F32.9), et considère que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est nulle. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, il se contente de dire qu'il est difficile de répondre à cette question, qu'il ne peut pas se prononcer et que le pronostic est incertain voire pas du tout favorable en raison de son anamnèse, de son essai de reclassement professionnel sans succès, de son état dépressif et de son âge. Il sied cependant de relever que cette appréciation diffère totalement de celle figurant dans ses rapports des 12 février, 23 mars et 6 mai 2015 et qu'il ne donne aucune explication quant à ce changement d'opinion, de sorte que cela n'est pas suffisant pour remettre en cause l'appréciation de l'autorité intimée. Il en est de même de l'attestation du 31 août 2016, dans laquelle ce praticien se prononce rétroactivement en certifiant une incapacité de travail à 100 % depuis le 25 juin 2014. En revanche, il faut reconnaître que, postérieurement à la décision querellée, la situation semble avoir changé dans la mesure où le recourant a été victime d'un nouvel infarctus en février 2016. Dans son rapport du 19 mai 2016, le Dr C. _____ indique que le pronostic cardiologique à la suite de ce nouvel événement est difficile à prévoir mais que, compte tenu d'un infarctus limité et d'une fonction ventriculaire gauche préservée, une incapacité de travail importante dans une activité adaptée est peu probable. Par contre, il relève que l'impact de ce nouvel infarctus sur le plan psychologique a été énorme et qu'actuellement, l'état anxio-dépressif du patient empêche toute reprise de travail. Par ailleurs, dans son rapport du 2 décembre 2016, le Dr E. _____ pose pour la première fois le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) sans toutefois donner des explications au sujet de ce changement de diagnostic. En outre, il se prononce également pour la première fois clairement sur la capacité de travail en retenant que la perte d'estime de soi, les difficultés de concentration et la résistance affaiblie impliquent une incapacité de travail totale tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée. Ces éléments justifient dès lors que la situation soit réévaluée à partir du 25 février 2016, date du nouvel infarctus. Le courrier du mandataire du recourant du 10 juin 2016, accompagné du rapport du Dr C. _____ du 19 mai 2016, sont ainsi transmis à l'autorité intimée pour y donner suite en tant que nouvelle demande.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 5. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite partielle accordée. Succombant, le recourant n'a pas droit à une indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le

recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite partielle accordée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 21 février 2017/meg Président Greffière-rapporteure

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