

FR_GERICHTE 608 2016 161 vom 23. Mai 2017

FR Kantonsgericht, 2017-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_161

FR: FR_GERICHTE 608 2016 161 du 23 mai 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 161 del 23 maggio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision sur opposition querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8

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. 28 al. 1 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 raisonnablement exigibles (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 invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'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 un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). 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 physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). 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 (arrêts TF 8C_356/2012 du 11 février 2013 consid. 3 ; 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées). Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) 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. 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 (arrêt TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2). 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

E. 3

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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) 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). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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). Enfin, 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). b) 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). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

E. 4

Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise du Dr C._____ du 14 mars 2016 et un court complément de sa part daté du 21 mars 2016. a) La médecin fait état des diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis et d'alcool, utilisation continue et primaire (F12.25 et F10.25), lesquels sont sans répercussion sur la capacité de travail. Selon l'expert, si le recourant se sèvre de ces substances, dont la consommation a commencé avant qu'il n'ait l'âge de travailler, il présentera une pleine capacité de travail depuis le jour de l'examen (cf. dossier OAI, pièces 92 et 94). L'expertise et son complément se fondent sur l'étude du dossier assécurologique du recourant, une prise de sang et d'urine ainsi que deux entretiens des 2 février et 12 mars 2016. Lors de ces entretiens, l'assuré a pu décrire ses troubles, leur origine et leur évolution. Les dires du recourant ont, à cet égard, été relevés de manière succincte par l'expert, lequel a systématiquement indiqué lorsque l'information avait été donnée par le recourant. Pour sa part, le médecin a pu procéder à

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 un examen complet de l'assuré qu'il a, en particulier, mis en lien avec ses déclarations. Par exemple, l'expert a confronté les dires du recourant – selon lesquels il avait cessé toute consommation de cannabis – aux résultats des analyses d'urine et de sang, constatant la présence de cannabinoïdes – en contradiction avec l'arrêt de consommation allégué. Partant, l'expert avait une connaissance pleine de l'anamnèse et du contexte médical et a procédé à un examen complet, prenant notamment en compte les plaintes émises. Les conclusions sont également dûment motivées, l'expert examinant notamment l'origine de la consommation de cannabis et d'alcool. Celle-ci étant primaire, elle n'a pas causé une maladie psychique invalidante que l'expert n'a par ailleurs pas diagnostiquée. b) Reste à examiner les conclusions de l'expert eu égard aux autres pièces du dossier assécurologique. Le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, fait état des diagnostics d'épisode dépressif sévère (F32.2), de trouble de la personnalité (F60.9), de troubles liés à une dépendance (F10 et F12.2), de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59) et de dislocation de la famille (Z63.1). En raison de ces diagnostics qui causent des difficultés de concentration, d'adaptation, de résistance au stress ainsi que des idées de persécution et d'isolement, il estime que son patient n'est plus en mesure de travailler (cf. dossier OAI, pièces 22 et 56). Pour sa part, le Dr E._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, soutient que la dépression s'est exacerbée en 2013. En raison de cette aggravation, son patient ne peut plus exercer son ancienne activité et sa capacité de travail n'est plus que de 50% dans une activité adaptée, moins contraignante (dossier OAI, pièce 46). Cela étant, l'expert démontre que le diagnostic de trouble de la personnalité (F60.9) ne peut pas s'appliquer à un patient ayant pu travailler 11 ans comme pilote de sous-marin. Dans la mesure où il se déplace avec la voiture de son frère chaque week-end – ce qui implique des rencontres régulières avec celui-ci – et qu'il garde ses enfants à la même fréquence, l'expert rejette l'existence d'un retrait social. L'expert relève également que ses constats – notamment bons contacts avec son entourage, bonne hygiène, capacité de s'organiser, capacité de conduire – et le quotidien de l'assuré –

lecture, bricolage – est incompatible avec les symptômes d'une dépression sévère (cf. ICD-10, code F32.2). Le raisonnement de l'expert est, à cet égard, concluant. Il discute et écarte les conclusions émises par les médecins du recourant de manière convaincante. En outre, on peut relever que tant l'avis du Dr D. _____ que celui du Dr E. _____ n'avaient pas convaincu le Dr F. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR. Celui-ci soutenait ainsi que la description clinique "ne corrobor[ait] pas un épisode dépressif sévère" et que "le rôle de la polytoxicomanie dans la stagnation de l'état psychique [devait] être évaluée, de même que l'exigibilité d'un sevrage" (dossier OAI, pièce 58). Cela va dans le sens de l'expert. Enfin, on doit relever que les médecins prennent en compte, dans l'évaluation de la capacité de travail, de problématiques socio-culturelles. On pense notamment aux diagnostics de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59) et de dislocation de la famille (Z63.1). De tels facteurs ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 c) Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'expertise du Dr C. _____ du 14 mars 2016 est convaincante et peut être suivie. Le recourant n'est dès lors pas invalide au sens de l'art. 4 al. 1 LAI ni menacé d'une invalidité imminente. Partant, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

E. 5

Le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (608 2016 177) dans la procédure de recours. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours contre la décision du 5 juillet 2016, bien qu'au final infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. Par ailleurs, le recourant est soutenu par le Service de l'aide sociale de G. _____. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie. Il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle dans le cadre de la procédure de recours 608 2016 161.

E. 6

En résumé de tout ce qui précède, mal fondé, le recours (608 2016 161) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Pour sa part, la requête (608 2016 177) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant mais ne sont, pour cette dernière raison, pas exigés de lui. Il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours (608 2016 161) est rejeté. II. La requête (608 2016 177) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas exigés en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. 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 23 mai 2017/pte Président Greffier

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