

FR_GERICHTE 608 2016 69 vom 14. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_69

FR: FR_GERICHTE 608 2016 69 du 14 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 69 del 14 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

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. D'après 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 invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (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). 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 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 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPG; 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 reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 et 6). Il sied ici de préciser que la dysthymie peut entraîner une diminution de la capacité de travail mais ne représente pas, à elle seule, une atteinte à la santé invalidante (arrêt TF I 649/06 du 13 mars 2007 publié in SVR 2008 IV n° 8 p. 23). En outre, 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. 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) Selon l'art. 17 LPG, 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. Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPG), applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2 ; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b ; VSI 1999 84 consid. 1b). 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, respectivement lorsqu'elle a été revue, 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 rente (cf. arrêts 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).

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 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

E. 4

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si un renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle expertise est nécessaire. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux prévalant lors du refus initial de rente du 10 décembre 2012. a) Ce dernier se fondait expressément sur l'expertise psychiatrique du Dr C. _____ du 3 octobre 2012. Le psychiatre y concluait que son examen ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Tout au plus diagnostiquait-il une dysthymie (F34.1), laquelle n'influçait pas la capacité de la recourante à travailler (dossier OAI, pièce 82). L'OAI n'avait, par contre, pas suivi l'avis des médecins de l'assurée, en particulier celui de son psychiatre le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci diagnostiquait un trouble dépressif récurrent (F33.1) qui, à ses dires, empêçait sa patiente de travailler dans toute activité. Il indiquait notamment que les symptômes étaient constitués d'anxiété, de troubles du sommeil, d'humeur dépressive, de fatigue, d'un sentiment d'incapacité ainsi qu'une perte pondérale (dossier OAI, pièces 29 et 55). b) Dans la décision litigieuse du 19 février 2016, l'autorité intimée considère que l'assurée ne présente toujours pas d'atteinte à la santé au sens de LAI, soit que son état de santé est demeuré inchangé depuis sa précédente décision. Cette conclusion se fonde sur l'avis du Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, selon lequel l'épisode dépressif est en rémission et l'assurée n'a aucun trouble de la personnalité décompensée (rapports des 18 février 2014, 4 août 2015 et 11 février 2016; dossier OAI, pièces 125, 180 et 185). La recourante y oppose l'avis de ses médecins traitants. Il s'agit

d'abord de l'avis de son ancien psychiatre, le Dr F._____. Celui-ci estime que sa patiente n'est pas en mesure de travailler dans un marché libre ou dans un atelier protégé, ajoutant que "ce qui est différent dans l'expertise par rapport à son état actuel est que [l'assurée] présente un trouble histrionique grave" ainsi qu'un "trouble alimentaire" (rapports du 10 septembre 2013 et du 9 décembre 2013, dossier OAI, pièces 92 et 123).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 En l'absence de réelle motivation, ce rapport ne saurait toutefois convaincre. En effet, des troubles semblables étaient déjà relatés par les prédécesseurs du psychiatre avant la première décision de refus de rente. Par exemple, le Dr C._____ avait d'ores et déjà constaté la présence de "traits de personnalité histrionique, avec dramatisation" (dossier OAI, pièce 82). Pour sa part, le Dr D._____ indiquait une "perte pondérale" (dossier OAI, pièce 29). Dans ces circonstances, il est probable que le Dr F._____ présente une appréciation différente d'une situation médicale inchangée (cf. avis de son successeur qui considère que ces troubles sont sans influence sur la capacité de travail, dossier OAI, pièce 179 et 184). Cela ne saurait attester l'existence d'une aggravation de l'état de santé, qui plus est lorsque le médecin ne prend plus en charge la recourante (cf. courrier du 24 juillet 2014, dossier OAI, pièce 147). Il s'agit ensuite de l'avis du successeur du Dr F._____, le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier confirme les constats de son prédécesseur en retenant une "personnalité histrionique" et une "anorexie mentale atypique". Cependant, à son avis, ces deux troubles sont sans influence sur la capacité de travail. A ses yeux, seul un "trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (1983)" cause des limitations fonctionnelles et conduit "de toute évidence à un déficit permanent limitant la capacité d'adaptation [...] à un environnement professionnel". Il fait notamment référence à un besoin excessif d'attention, des comportements impulsifs, des angoisses et des obsessions, des relations sociales perturbées, une désorganisation et une humeur instable (rapports du 2 mars 2015 et du 5 novembre 2015, dossier OAI, pièces 179 et 184). A nouveau, cet avis ne convainc pas, à tout le moins s'agissant des troubles dépressifs récurrents et de l'incapacité de travail en résultant. Le psychiatre relève en effet que tous les troubles sont anciens. La dépression et les troubles alimentaires datent ainsi de 1983. Le rapport médical ne fait dès lors pas mention d'une aggravation récente de l'état de santé. Il procède tout au plus à une évaluation nouvelle d'un état de santé, somme toute, inchangé. Au demeurant, s'agissant de la dépression en particulier, le médecin apparaît être contradictoire lorsqu'il retient qu'une maladie "en rémission" influence la capacité de travail dès lors que, selon l'ICD-10 (F33.4), un trouble dépressif en rémission signifie que le sujet ne présente "aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois". Un trouble asymptotique n'a manifestement pas d'incidence sur la capacité de travail. c) Il ressort de ce qui précède que la décision de l'OAI échappe à la critique lorsqu'elle dénie l'existence d'une maladie invalidante au sens de l'art. 4 LAI. Elle ne peut dès lors être que confirmée.

E. 5

La recourante a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (608 2016 135) 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 (al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours contre la décision du 19 février 2016, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec, quand bien même ses chances de succès étaient très minces, comme il l'a été démontré ci-dessus. Par ailleurs, la recourante est soutenue par le Service de l'aide sociale H._____. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie. Il convient de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle dans le cadre de la procédure de recours (608 2016 69).

E. 6

Au regard de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (608 2016 69) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Pour sa part, la requête (608 2016 135) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante mais ne sont, pour cette dernière raison, pas exigés d'elle. la Cour arrête: I. Le recours (608 2016 69) est rejeté. II. La requête (608 2016 135) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas exigés en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée. 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 14 février 2017/pte Président Greffier

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