

FR_GERICHTE 608 2017 158 vom 27. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_158

FR: FR_GERICHTE 608 2017 158 du 27 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 158 del 27 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

mai 2000 et à un quart de rente du 1er juin 2000 au 31 décembre 2000 (sur la base d'un degré d'invalidité de 54%). Pour la période ultérieure, il lui a dénié le droit à une rente, en raison d'une perte de gain inférieure à 40%. B. Le 17 mars 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI en raison d'une "consommation d'alcool régulière et trop importante". Après avoir requis des rapports auprès du généraliste traitant et demandé l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a, par décision du 28 juin 2017, reprenant un projet du 7 février 2017, rejeté la demande de rente dès lors qu'il s'agissait selon lui d'une toxicomanie primaire sans comorbidité invalidante. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Jean-Luc Herbez, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 28 juin 2017 concluant, avec suite de frais et dépens, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Il se plaint essentiellement de ce que l'OAI n'a pas demandé de rapport (actualisé) à son généraliste et à sa psychiatre, et cela malgré plusieurs demandes. Le 7 août 2017, il s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 31 août 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que la consommation d'alcool du recourant est connue de longue date et ne l'a, pour autant, jamais empêchée d'exercer une activité lucrative. Il souligne en outre que l'incidence du sevrage sur la capacité de travail médicalement attestée permet de conclure au caractère primaire de l'alcoolisme d'espèce. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 en droit 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, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. 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. 2.2. 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 la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu. L'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics. On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Ensuite, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 141 V 281; cf. é.g. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017). Enfin, 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. Pour leurs parts, 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 (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 2.3. 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 physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (arrêt TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; 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). 2.4. 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. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (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,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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. 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). 2.5. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). D'après l'art. 69 al. 2 RAI, si les conditions de la demande de prestations sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties

d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). 2.6. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, voire si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. L'OAI considère que l'incapacité de travail présentée par son assuré est avant tout due à sa dépendance primaire à l'alcool, se fondant, en cela, sur l'avis du Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR. Celui-ci soutient que le recourant "présente un alcoolisme chronique depuis plus de 35 ans. En l'absence d'une pathologie psychiatrique préexistante et à elle seule invalidante, il s'agit d'une toxicomanie primaire au sens de l'AI. La cause de l'incapacité de travail est liée exclusivement à la consommation d'alcool. Pour preuve, lorsque l'assuré était abstinent, son médecin demandait une aide à la réinsertion professionnelle" (dossier OAI, p. 51 et 68). Cependant, alors même qu'elles sont uniquement fondées sur les pièces du dossier assécurologique, les conclusions du Dr C._____ ne reprennent que partiellement les éléments qui y figurent. En effet, les seuls rapports médicaux récents au dossier sont ceux du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale. Or, si celui-ci atteste de l'existence d'un alcoolisme depuis 1980, il précise aussi que son patient souffre d'une "anxiété généralisée F41" depuis la même époque. Cela contredit dès lors l'affirmation du médecin SMR selon laquelle il n'y a pas de "pathologie psychiatrique préexistante et à elle seule invalidante". En outre, si, effectivement, le médecin traitant a cessé de proposer une réinsertion professionnelle lorsque son patient a repris sa consommation d'alcool, force est de constater que, durant la période d'abstinence, la capacité de travail n'était que de 50%. Cela rend nettement moins plausible l'assertion du médecin SMR pour qui "la cause de l'incapacité de travail est liée exclusivement à la consommation d'alcool" (cf. dossier OAI, p. 72 et 97). Par ailleurs, la Cour constate que, par courrier du 5 avril 2017, la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est adressée à l'OAI, indiquant qu'elle "souhait[ait] donner un complément aux précédents rapports médicaux établis en faveur [du recourant] [...] et [lui] demand[ait] pour cela de bien vouloir [lui] adresser les formulaires

ad hoc". Elle précisait qu'un "avis psychiatrique pouvait se révéler très utile dans cette situation" (dossier OAI, p. 54). Or, cette demande n'a pas eu de suites. En particulier, aucun formulaire n'a été adressé à la psychiatre. Pour sa part, le médecin SMR – pourtant interrogé peu après – ne fait pas mention de l'intervention de la psychiatre (dossier OAI, p. 52). Au demeurant, le Dr D._____ semble plutôt privilégier l'hypothèse d'une dépendance secondaire à l'anxiété généralisée, relevant que la "reprise de la consommation d'alcool massive" a eu lieu "sur accentuation de l'état anxieux". De même, le médecin rappelle que la prise du Lyrica – soit un traitement pour les troubles anxieux généralisés – a permis au recourant de stopper sa consommation d'alcool et que la rechute est survenue suite à une diminution de la médication. Il apparaît ainsi que l'avis du médecin SMR est isolé. A sa lecture, celui-ci a procédé à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le sien, tout en s'écartant des constats figurant au dossier, sans même avoir examiné l'assuré. Cela dépasse le rôle de conseil qui est reconnu au SMR. On le rappelle, lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, le médecin SMR ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (cf. arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Pour ce motif, l'avis du médecin SMR ne saurait être suivi. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, force est dès lors de constater que l'autorité intimée a statué sur la base d'un dossier incomplet, s'abstenant de toute mesure d'instruction dans le

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 domaine psychiatrique. Cela justifie le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 4. Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision étant annulée, et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens pour ses frais de défense. Le 28 mai 2018, son mandataire a produit sa liste de frais pour un montant total de CHF 1'048.75, soit CHF 950.- au titre d'honoraires, CHF 23.75 au titre des frais et CHF 75.- au titre de la TVA (7.7%). Ces montants sont intégralement mis à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision du 23 mai 2017 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée; l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est restituée. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'048.75, dont CHF 75.- au titre de la TVA (7.7%); ce montant est mis intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. Notification. 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 27 juin 2018/pte Le Président: Le Greffier-rapporteur: