

FR_GERICHTE 608 2017 249 vom 31. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_249

FR: FR_GERICHTE 608 2017 249 du 31 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 249 del 31 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 18

avril 2017, le second expert a confirmé l'incapacité de travail jusqu'en novembre 2016 au moins. Le Tribunal se doit dans ce contexte de faire référence à la durée de la procédure d'instruction qui aurait pu être raccourcie en l'occurrence. En effet, suite à la validation de l'expertise C._____ par le SMR, l'autorité aurait en principe pu accorder le droit à la rente. Cette manière de procéder n'empêche pas l'office d'attirer l'attention de l'assuré sur son obligation de diminuer le dommage

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 en lien avec les possibilités thérapeutiques mises en évidence par l'expert (arrêt TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.3). 4.3. Pour la période qui suit la sommation du 12 janvier 2015, on précise déjà que celle-ci ainsi que le projet de décision du 25 août 2015 demandaient au recourant de suivre un traitement médicamenteux et une thérapie. Comme l'a relevé l'autorité dans sa décision ici litigieuse, l'assuré s'est soumis à cette obligation. Le Dr D._____ a en revanche relevé, parmi les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un "défaut intentionnel du patient à suivre les prescriptions médicamenteuses" (doss. AI p. 563). Si, par hypothèse, l'OAI a déduit de ce diagnostic un défaut de l'obligation de diminuer le dommage, il doit être rendu attentif au fait que les sommations doivent être formulées d'une manière précise afin de permettre aux assurés de connaître ce qui est exigé de leur part. Par ailleurs, il revient principalement au médecin traitant de constater qu'un patient ne suit pas la thérapie préconisée ou envisageable. Si l'expert voulait reprocher au recourant d'avoir failli à de telles obligations, il devait prendre contact avec les médecins traitants pour connaître ce que ceux-ci ont prescrit à leur patient et à quel dosage, ce qu'il n'a pas fait en l'occurrence (cf. doss. AI p. 546). On ne saurait d'ailleurs imputer au patient le fait que l'expert a un avis différent sur les méthodes de traitement. Cas échéant et moyennant sommation, on pourrait uniquement reprocher au patient de ne pas changer de médecin s'il s'avère que celui-ci n'envisage manifestement pas des mesures idoines. Quant au dosage des médicaments prescrits, il faut ainsi vérifier si ceux-ci correspondent aux prescriptions. Le contenu de la lettre de sommation du 12 janvier 2015 (doss. AI p. 361) concernait les prélèvements sanguins ainsi que le suivi d'une thérapie, et ne saurait être étendu à d'autres comportements. 5. Dans un second argument, l'autorité intimée nie la présence d'une maladie invalidante. 5.1. 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). 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

E. 19

novembre 2007 consid. 3.2). 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. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Les rapports des SMR ont 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'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent 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, 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 (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). 5.2. En l'espèce, on constate la présence dans le dossier de différents certificats de médecins traitants qui confirment une incapacité de travail en raison des problèmes physiques que rencontre le recourant. On peut se contenter – dans le cadre de ce renvoi – de mentionner le rapport de la spécialiste en rhumatologie du SMR, la Dresse F._____, du 23 juillet 2012 (doss. AI p. 105 ss). Cette praticienne retient que "les lombocuralgies chroniques référées à des troubles rachidiens radiologiquement objectivés justifient une non-exigibilité de l'ancienne profession de grutier / maçon, en tant qu'il s'agit d'une activité très contraignante pour le rachis dorsolombaire de par les mouvements itératifs contraignants pour le rachis, le port itératif de charges lourdes et qu'elle ne s'exerce qu'en position debout avec des déplacements très fréquents en terrain irrégulier, nécessite le travail sur échelle et échafaudage. En revanche, il n'y a pas d'argument clinique ou radiologique pour retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée". L'expert D._____ renvoie – pour ce qui concerne le volet somatique – également aux certificats des médecins traitants (doss. AI p. 550 ss). Or, l'OAI a totalement omis de se prononcer sur ce volet de l'état de santé et son évolution. La décision est muette quant à son influence sur la capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que sur la capacité de gain en général. Le SMR également se prononce uniquement sur l'aspect psychiatrique. Pour ce motif également, la décision doit manifestement être annulée et le dossier renvoyé pour

instruction complémentaire. La nécessité d'un examen bi- ou multidisciplinaire devra être examinée. 5.3. Finalement, en ce qui concerne l'expertise psychiatrique du 18 avril 2017 – sur laquelle le Tribunal ne doit en principe pas se prononcer en raison du renvoi –, on doit se demander pour quelles raisons ce spécialiste parvient – en mettant en avant son accord avec l'évaluation de ses confrères (cf. doss AI p. 561) – à la conclusion que l'état de santé ait pu évoluer favorablement entre fin novembre 2016 et le jour de l'expertise, soit le 11 avril 2017. Ce second expert relève explicitement que le constat de l'absence d'une maladie de gravité objectivement incapacitante se fait "au temps du présent examen" (cf. doss. AI p. 566). Le Dr D. _____ confirme en même temps la présence d'une incapacité de travail jusqu'en novembre 2016, au plus jusqu'au moment de son examen. En pareilles circonstances, le médecin du SMR ne pouvait pas se contenter de confirmer – comme il l'avait du reste déjà fait pour la première expertise (rapport du 6 janvier 2015, doss. AI p. 358) – la valeur probante de ce nouveau rapport. 6.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Au vu de ce qui précède, le recours doit ainsi être admis et la décision querellée annulée, sans qu'il n'y ait besoin d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant. Il reviendra à l'autorité de se prononcer dans le cadre de la nouvelle décision d'une manière motivée sur ceux-ci. Compte tenu de la durée de la procédure de plus de six ans, elle veillera à statuer dans les meilleurs délais. 7. 7.1. La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. L'avance de frais du même montant est restituée au recourant. 7.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens entiers, dès lors qu'un renvoi équivaut à un gain de cause total (ATF 137 V 57; 133 V 450). Sur le vu de la complexité relative du cas, des écritures produites en procédure et des stricts travaux nécessaires à la bonne exécution du mandat, il se justifie de s'écarter de la liste de frais produite par le mandataire du recourant – de plus non conforme au tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (RSF 150.12) en ce qui concerne les débours – et de fixer l'indemnité à laquelle le mandataire a droit à CHF 5'000.- (honoraires – d'environ 19h00 au lieu d'environ 37h30 demandées – et débours compris), plus CHF 400.- de TVA à 8 % (les prestations ayant été presque exclusivement effectuées en 2017), soit à un total de CHF 5'400.-. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire du recourant. (dispositif à la page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 11 septembre 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg dans le sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. III. Il est alloué au recourant pour ses frais de défense une indemnité de CHF 5'400.- (dont CHF 400.- au titre de la TVA). Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Luc Esseiva. 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 31 août 2018/jfr/vth Le Président : La Greffière-rapporteure :

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