

FR_GERICHTE 608 2017 49 vom 20. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_49

FR: FR_GERICHTE 608 2017 49 du 20 septembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 49 del 20 settembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

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. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2). En outre, 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). 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 (arrêt TF I 946/05 du 11 mai

2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord 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 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive (ATF 127 V 295 consid. 5a in fine; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351). Il y a en outre 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). Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), 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). 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). d) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité, ce qui nécessite de procéder à appréciation médicale de son état de santé. a) Le dossier médical contient les documents suivants: Un rapport du 12 août 2015, dans lequel le Dr D. _____, généraliste traitant, retient les diagnostics suivants: troubles anxio-dépressifs (diagnostic à préciser auprès d'un psychiatre), cervico-brachialgies bilatérales chroniques, probable syndrome de l'intestin irritable avec constipation chronique. "Il s'agit d'une patiente qui présente de manière récidivante des douleurs abdominales et une constipation dans le cadre d'un syndrome de l'intestin irritable et des cervico-brachialgies chroniques qui nécessitent de la physiothérapie à répétition. On note également un syndrome anxieux et dépressif dont un diagnostic précis n'a pas encore été à ma connaissance apporté". Il ajoute la présence d'un traitement antalgique à la demande. Un rapport rédigé sur la formule officielle du 17 août 2016, par lequel ce même Dr D. _____ indique notamment que "A. _____ n'est pas au bénéfice d'une formation professionnelle et n'a jamais travaillé en Suisse. Les restrictions que l'on pourrait attendre dans une éventuelle activité professionnelle seront d'ordre physiques dans le cadre des cervico-brachialgies chroniques et psychiques dans le cadre du trouble anxio-dépressif (à évaluer plus précisément chez un psychiatre)". Il répond par la négative à toutes les propositions de limitations fonctionnelles et fait état d'une faible motivation et d'un absentéisme probablement important. Un rapport du 28 novembre 2016, où le Dr E. _____, médecin SMR, note que "cette assurée présente un «état anxio-dépressif» ne nécessitant aucun traitement psychotrope, ni anxiolytique, ni antidépresseur, et aucune prise en charge spécialisée, pas même un suivi par un(e) psychologue". Il en déduit que cette

atteinte, faute de justifier une prise en charge médicale, n'est pas susceptible de justifier une incapacité de travail durable. S'agissant ensuite des cervico-brachialgies chroniques, il note qu'il s'agit d'un symptôme et non d'une atteinte à la santé. De plus, "le rapport ne fait part d'aucune investigation rhumatologique, radiologique ou autre à la recherche d'une cause organique aux plaintes douloureuses", raison pour laquelle il conclut là encore au caractère non invalidant de ce problème. Il relève enfin que la colopathie fonctionnelle ne peut avoir de répercussion durable sur la capacité de travail. Se fondant enfin sur les réponses du médecin traitant à l'annexe au rapport médical du 17 août 2016, il conclut que "tout porte à croire que nous sommes en présence d'une incapacité de travail d'origine purement psycho-sociale, sans atteinte à la santé invalidante". b) La Cour de céans constate que le dossier médical est relativement aisé à appréhender, dès lors qu'il met en présence, pour la recourante, deux rapports du généraliste traitant et, pour l'autorité intimée, un rapport du médecin SMR. Les rapports du Dr D. _____ font certes état de certaines pathologies qui pourraient être susceptibles d'influencer la capacité de travail de la recourante, influence qui n'est toutefois nullement affirmée. Tout d'abord, les atteintes mentionnées relèvent de la sphère psychiatrique, rhumatologique et gastro-entérologique, alors que le médecin en question ne dispose d'aucune spécialisation dans ces domaines. Il précise d'ailleurs lui-même que le diagnostic de trouble anxio-

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 dépressif doit être précisé par un psychiatre; par ailleurs, les atteintes somatiques consistent bien plus en des symptômes (douleurs) qu'en de réels diagnostics. On ajoute qu'il ne fait aucune référence à un système de classification reconnu. Qui plus est, le médecin ne fournit que de très brèves explications à l'appui de ses "diagnostics", se bornant en substance à relever l'absence de formation professionnelle et d'activité professionnelle en Suisse, à savoir des éléments qui ne sauraient en soi justifier une invalidité mais qui constituent plutôt des facteurs psychosociaux, non déterminants en l'espèce (cf. supra consid. 2b). Par ailleurs, l'impact desdites atteintes sur la capacité de travail de l'assurée demeure peu clair, le médecin ne se prononçant pas formellement à cet égard, que ce soit sous l'angle professionnel ou ménager et indiquant au demeurant n'avoir "jamais rédigé de certificat d'incapacité de travail pour cette patiente"; il atteste en outre clairement l'absence de limitations fonctionnelles. Autant d'éléments qui achèvent de douter de la présence d'une atteinte invalidante. Si le médecin traitant s'était trouvé face à un véritable problème de santé, sans doute aurait-il entrepris des investigations supplémentaires afin d'objectiver la présence d'atteintes éventuellement invalidantes et/ou d'entreprendre une prise en charge ad hoc et ce. Or, le trouble psychique ne fait l'objet d'aucun traitement spécifique (le dossier ne fait en tous les cas mention d'aucune prescription médicamenteuse ni d'une prise en charge psychothérapeutique); il en va de même pour la problématique digestive, dont il semble qu'elle n'influence pas la capacité de travail. Quant à l'atteinte somatique au dos, elle n'a justifié jusqu'ici que des séances de physiothérapie ainsi qu'une prescription d'antalgiques d'usage courant (Irfen 400 et Dafalgan 1g), à la demande; on constate l'absence de clichés radiologiques. Or, si les atteintes précitées avaient présenté un caractère aussi grave que le prétend la recourante dans son mémoire, il va sans dire que de telles démarches auraient été diligentées afin, d'une part, de pouvoir poser un diagnostic *lege artis* ainsi que, d'autre part, pouvoir en évaluer correctement les conséquences sur la capacité de travail, respectivement ménagère. On rappellera ici l'obligation de diminuer le dommage incombant à l'assurée, ce qui implique notamment de se soumettre aux traitements adéquats susceptibles de juguler ses problèmes de santé (cf. supra consid. 2c). Force est donc de constater, à l'instar du médecin SMR, que

le dossier médical présenté par la recourante ne permet pas de conclure à l'existence d'une atteinte invalidante à la santé, en l'absence notamment de traitement spécifique et de diagnostics posés dans les règles de l'art. La simple allégation de douleurs (au dos et au ventre), en dehors de tout diagnostic précis, de même que la simple éventualité d'une atteinte psychique, dont les contours demeurent extrêmement flous, ne sauraient manifestement suffire à fonder une invalidité ni, d'ailleurs, à justifier la mise sur pied, par l'autorité intimée, d'investigations supplémentaires. A cet égard, l'instruction menée par cette dernière, bien que brève, ne souffre d'aucun reproche. En possession d'un rapport remis à l'appui de la demande de prestations, l'autorité a en effet requis du médecin traitant, le seul à suivre l'assurée, un rapport médical détaillé et actualisé, qu'il a ensuite soumis à l'analyse de son médecin SMR. Les circonstances du cas d'espèce ne justifient en particulier pas de la part de l'OAI d'entreprendre spontanément des investigations supplémentaires, dans la mesure où il revient en premier lieu à l'assuré de rendre vraisemblable, avec l'appui de son/ses médecin/s, l'existence d'une/des atteinte/s à la santé susceptible de causer une invalidité (cf. supra consid. 2d), conformément à son devoir de collaboration.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 L'OAI était donc fondé à conclure à l'absence d'atteinte invalidante et à rejeter la demande de prestations de la recourante.

E. 4

La recourante a requis en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle. a) Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des 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). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3); b) S'agissant des chances de succès du recours déposé, il convient de constater qu'en ne déposant, à l'appui de sa demande de prestations, qu'un bref rapport médical établi par son généraliste traitant, lequel évoque sans grande conviction des atteintes psychiatrique et somatique, et en l'absence de toute prise en charge sérieuse des atteintes dont elle se prévaut, il était d'emblée clair que les perspectives de gagner le procès étaient très minces, de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait renoncé à s'y engager. Le recours paraissait d'emblée dénué de toute chance de succès et il se justifie dès lors de rejeter la requête d'assistance judiciaire, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner l'autre condition (ressources insuffisantes).

E. 5

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (608 2017 49) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Pour sa part, la requête d'assistance judiciaire totale (608 2017 50) est rejetée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici exceptionnellement réduits à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 49) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2017 50) est rejetée. III. Les frais de justice de CHF 400.- sont mis à la charge de la recourante. 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 20 septembre 2017/mba Président Greffier-rapporteur

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