

FR_GERICHTE 608 2018 58 vom 18. Dezember 2018

FR Kantonsgericht, 2018-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_58

FR: FR_GERICHTE 608 2018 58 du 18 décembre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 58 del 18 dicembre 2018

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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 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. 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).

E. 2.2

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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), 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.

Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (SMR). 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).
Tribunal cantonal TC Page 5 de 9

E. 2.3

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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). 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 selon les règles de l'art 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 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). 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 (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Dans l'ATF 143 V 418 (consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a étendu la portée de cette jurisprudence à toutes les affections psychiques. Désormais, 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. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources

personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; 137 V 210 consid. 6). 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 précité consid. 3.4.2.1).

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si l'assuré peut prétendre à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2017, ce qui nécessite de procéder à une appréciation médicale de son état de santé. Il ne conteste pas son droit à une demi-rente dès le 1er février 2013, ni l'évaluation faite du point de vue physique, qui au demeurant a été correctement établie. Seul l'aspect psychique est remis en cause.

E. 3.1

Le recourant allègue que l'OAI n'a, à tort, pas appliqué les indicateurs posés par l'ATF 141 V 281, qui s'appliquent désormais à tous les troubles psychiques. Or, ces indicateurs montreraient que ses atteintes psychiatriques entraînent une incapacité de travail totale, à tout le moins depuis mai 2017.

E. 3.2

Il ressort du dossier médical ce qui suit. Dans son rapport du 11 septembre 2015 (dossier OAI p. 225), la Dresse D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique que le recourant présente des symptômes de la lignée dépressive d'intensité moyenne à sévère. Les difficultés de celui-ci sur le plan psychique semblent étroitement liées à sa situation socio-professionnelle. Malgré des mesures professionnelles et Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 d'importants efforts investis en termes de recherche d'emploi et de formation, il n'y a eu aucun débouché favorable et c'est dans ce contexte que l'état dépressif a émergé et se maintient faute de circonstances aidantes. Elle note ensuite que l'état dépressif est également étroitement lié aux douleurs chroniques invalidantes et que les chances de capacité de travail résiduelle et de réinsertion sont très maigres. Elle recommande la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire afin de clarifier la situation. Le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr F. _____, médecin assistant, tous deux auprès de G. _____, posent le 11 septembre 2017 les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuellement moyen (depuis 2016; F33.1), autres modifications durables de la personnalité (F62.88) et difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59). Ils indiquent suivre le recourant depuis le 2 mai 2017 et que celui-ci, fatigué par sa situation socio-financière, souffre d'un état dépressif sévère depuis de nombreux mois dans un contexte de difficultés économiques et sociales majeures. Ils relèvent également la présence de comorbidités somatiques. Par ailleurs, le traitement consiste en des rendez-vous réguliers avec une prescription médicamenteuse de Relaxane et Redormin. L'incapacité de travail est entière dès le 2 mai 2017 (dossier OAI p. 366). Le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, critique le 29 septembre 2017 le rapport de G. _____ (dossier OAI p. 372). Il relève que la description clinique relate un trouble réactionnel aux difficultés économiques et sociales ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif moyen selon la CIM-10. S'agissant de la prise en charge, la fréquence des consultations n'est pas indiquée et le traitement consiste en la prise de deux médicaments phytothérapeutiques pour troubles du sommeil et états nerveux, mais non en la prise d'un antidépresseur. Par ailleurs, le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen n'est pas étayé par des éléments cliniques correspondant aux critères d'une classification internationale reconnue et le traitement ne correspond pas à celui d'un tel trouble et n'est pas conforme aux recommandations des sociétés suisses de psychiatrie pour un épisode dépressif. Quant aux troubles de la lignée dépressive, ils ne sont reconnus comme atteintes que s'ils résistent aux traitements médicalement indiqués effectués dans les règles de l'art avec la collaboration de l'assuré et si ces traitements ont échoué, ce qui n'est à l'évidence pas le cas. Enfin, les autres modifications durables de la personnalité ne sont corroborées par aucun élément relatif à la personnalité de l'assuré et sont assimilées par la jurisprudence aux troubles somatoformes douloureux, qui ne sont en principe pas reconnus comme source d'incapacité de travail durable au sens de l'assurance-invalidité.

E. 3.3

En l'espèce, tant la Dresse D. _____ que G. _____ indiquent que les troubles psychiques du recourant sont en lien avec sa situation socio-professionnelle ou socio-financière, mais qu'ils sont également liés à des comorbidités somatiques. C'est d'ailleurs en raison de celles-ci que l'OAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 50%. Il est donc nécessaire, au vu de la jurisprudence récente, d'appliquer les indicateurs. Or, aucun des rapports figurant au dossier ne les examine. De plus, le Dr H. _____ indique

que les troubles de la lignée dépressive ne constituent des atteintes invalidantes que s'ils résistent aux traitements médicalement indiqués effectués dans les règles de l'art avec la collaboration de l'assuré. Or, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral ne permet plus de refuser la valeur invalidante d'un trouble psychique au motif qu'une thérapie serait encore possible. Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Il relève par ailleurs que les descriptions cliniques des troubles diagnostiqués ne correspondraient pas aux critères selon la CIM-10 ou une classification internationale reconnue, et que le traitement ne serait pas conforme aux recommandations pour un épisode dépressif. Si ce médecin n'est pas psychiatre, de sorte que l'on ne saurait sans autre le suivre, les éléments qu'il relève – notamment en lien avec le traitement – sont de nature à mettre en doute la valeur probante du rapport de G._____ et imposent justement qu'une expertise psychiatrique soit réalisée, comme l'avait d'ailleurs déjà demandé la Dresse D._____. Une incapacité totale de travail ne saurait par conséquent, contrairement à ce que soutient le recourant, être reconnue en l'état du dossier et il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour qu'une expertise psychiatrique soit réalisée conformément à la jurisprudence relative aux troubles psychiques, notamment en appliquant les indicateurs, et en examinant les critiques du Dr H._____.

E. 4.1

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 2 février 2018 est annulée. Le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 4.2

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

E. 4.3

Ayant ainsi obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Conformément aux art. 146ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), compte tenu de la liste de frais produite le 6 décembre 2018, des seules opérations nécessaires effectuées par le mandataire dans le cadre de la présente procédure – à l'exception des opérations antérieures à la décision contestée –, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit à CHF 2'705.65, à raison de CHF 2'437.50 au titre d'honoraires (9h45 à CHF 250.-), CHF 74.70 au titre de débours (photopies à CHF 0.40) et CHF 193.45 au titre de la TVA (7.7%). De ce fait, la requête d'assistance judiciaire du 2 mars 2018 (608 2018 59) est devenue sans objet et peut être rayée du rôle. Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours (608 2018 58) est admis. Partant, la décision du 2 février 2018 est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'indemnité de partie allouée à A._____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'512.20, débours compris, plus CHF 193.45 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un total de CHF 2'705.65, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2018 59), devenue sans objet, est rayée du rôle. V. 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 18 décembre 2018/cso Le Président: La Greffière-rapporteure:

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