

FR_GERICHTE 608 2021 71 vom 17. November 2021

FR Kantonsgericht, 2021-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_71

FR: FR_GERICHTE 608 2021 71 du 17 novembre 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2021 71 del 17 novembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 19

février 2021, reprenant un projet du 1er juillet 2020, le droit à une rente entière dès le 1er décembre 2017, se fondant sur un degré d'invalidité de 100%. C. Contre cette décision, Gastrosocial Pensionskasse, auprès de laquelle l'intéressée est assurée au titre de la prévoyance professionnelle, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 7 avril 2021, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que la rente entière ne soit octroyée qu'à partir de novembre 2019 et que, pour la période antérieure, le degré d'invalidité ne soit établi que sur la base des seules atteintes somatiques. A l'appui de son recours, la recourante constate que l'incapacité de travail dans toutes les activités est essentiellement psychiatrique. Or, elle souligne que les médecins ne faisaient initialement pas état d'une telle atteinte, qui plus est invalidante. Selon elle, cette atteinte s'est plutôt aggravée ultérieurement de sorte que l'incapacité de travail ne peut être attestée qu'à partir de l'expertise bidisciplinaire de novembre 2019, voire à la date de l'expertise du Dr D. _____ en décembre 2018 au plus tôt. Pour la période antérieure à ces rapports, l'incapacité de travail psychiatrique serait attestée de manière rétroactive, ce qui serait en contradiction avec les autres pièces médicales. Il lui semble bien plus convaincant que l'assurée supporte l'absence de preuve quant à l'existence d'une incapacité de travail entre 2016 et novembre 2019, de sorte que le droit à une rente doit lui être nié pour cette période. Le 26 avril 2021, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Dans ses observations du 19 mai 2021, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant à la motivation de sa décision et aux pièces du dossier. Pour sa part, l'assurée n'a pas donné suite au courrier du 27 mai 2021 l'appelant en cause. 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. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, en tant que caisse de prévoyance professionnelle de l'assurée, est en outre directement atteinte par la décision querellée qui lui a été notifiée et qui, partant, la lie; elle a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. 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. 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). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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). Selon l'ATF 141 V 281, 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 en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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. 3. 3.1. 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). 3.2. Pour statuer, 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 3.3. 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 citées). En outre, 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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). 4. Est en l'occurrence litigieux le droit de l'assurée à la rente pour la période antérieure au mois de novembre 2019, ce qui implique l'évaluation de sa capacité de travail pour cette même période. Cela étant, le pouvoir d'examen de la Cour n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne la période à propos de laquelle l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. 4.1. En l'espèce, la décision de l'OAI se fonde sur les conclusions des médecins de G. _____, les Drs E. _____ et F. _____, figurant dans le rapport d'expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) du 18 février 2020. Ce rapport se fonde sur l'étude du dossier

asséculologique – dont le contenu est synthétisé en début d'expertise – ainsi que deux entretiens avec l'assurée réalisés le 17 décembre 2019. A ces occasions, l'assurée a pu décrire ses troubles ainsi que leur impact sur son quotidien. Ces plaintes sont essentiellement somatiques – l'assurée se déclarant surtout limitée par ses douleurs au niveau des cervicales, de son membre supérieur gauche et de son membre inférieur gauche – bien que l'expert-psychiatre relève de nombreux symptômes psychiatriques, en particulier de la lignée

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 dépressive. Pour leur part, les experts ont pu procéder à des examens complets, tant sur le plan psychiatrique que rhumatologique. Ces éléments conduisent les experts à retenir les diagnostics invalidants d'"épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques" (F32.2), de "trouble somatoforme" (F45.4), d'"uncodiscarthrose entre C4 et C7, des débords discaux postérieurs entre C4 et C7, sans image compressive et sans myélopathie" (M51.3) et de "douleur lombaire sur arthrose interapophysaire postérieure" (M51.9). Ils mentionnent également l'existence d'une fibromyalgie sans impact sur la capacité de travail. Sur le plan temporel, ils relèvent notamment que l'assurée souffre d'une symptomatologie chronique depuis 2015, mais une fibromyalgie est évoquée depuis 2007. A cet égard, l'expert-rhumatologue constate l'existence de quelques incohérences entre la pauvreté des signes de spondylarthrite et l'importance des plaintes et leur retentissement sur la vie quotidienne de l'assurée. Pour sa part, l'expert-psychiatre met cette incohérence sur le compte de troubles somatoformes. Sur ce plan, il constate que l'état clinique est stable depuis la fin de l'année 2016 au moins, se référant aux rapports des médecins traitants. S'agissant de l'examen de la capacité de travail, celui-ci est suffisamment argumenté. L'expert- psychiatre examine cette problématique sur la base des critères établis par la jurisprudence, constatant notamment que l'assurée est cohérente – les douleurs alléguées produisant une altération du fonctionnement dans tous les domaines de la vie – et qu'elle dispose, malgré son état, de certaines ressources, toutefois insuffisantes. Pour cette raison, il considère que l'assurée n'est plus en mesure de travailler depuis 2016, même s'il pense que la mise en place d'un suivi pourrait l'aider à développer et mobiliser ses ressources et améliorer progressivement son état. Sur le plan rhumatologique, l'expert relève des limitations en lien avec le soulèvement et le port de charges de plus de 10 kg, la position en porte-à-faux du buste ainsi que les mouvements de rotation, de flexion et d'extension du rachis cervical. S'il estime que l'ancienne activité n'est plus adaptée, il pense que la capacité de travail demeure entière dans une activité respectant ces limitations. Partant, il apparaît que l'expertise de G._____ remplit l'ensemble des conditions pour se voir reconnaître une pleine force probante. 4.2. Cette appréciation n'est pas mise en cause par les autres pièces du dossier. L'on relève notamment que le Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, confirme que ce rapport satisfait aux exigences en matière d'expertises médicales (rapport du 24 mars 2020, dossier OAI, p. 352). Cette appréciation est, par ailleurs, confirmée par les autres médecins interrogés alors que la recourante ne prétend pas que les conclusions de G._____ seraient totalement invalides. Elle se contente de critiquer l'appréciation rétroactive de l'état de santé psychiatrique. Sous réserve de cette problématique, il n'est dès lors pas nécessaire de revenir plus avant sur l'évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée. Selon la recourante, l'incapacité de travail a été établie rétroactivement de manière médicale et théorique en contradiction avec les pièces du dossier, le trouble psychique étant mentionné au plus tôt en décembre 2018. Elle affirme, par exemple, ce qui suit: "Unter Berücksichtigung des IV- Dossiers und der oben aufgeführten Aktenlage ist hingegen mit dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die psychiatrischen Leiden erst mit den Feststellungen gemäss Gutachten 11/19 bzw. mit dem [Gutachten] vom 28.12.2018 ein leistungsbegründendes Ausmass erreichten. Jede andere Würdigung oder Herleitung wäre eine ruckwirkende Spekulation, willkürlich und widerspricht den echtzeitlichen Arztberichten" (recours, allégué 15).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Cependant, contrairement à ce qu'affirme la recourante, les rapports figurant au dossier de l'OAI confirment que les troubles psychiatriques remontent à une période bien antérieure à l'examen par les experts de G._____. Ainsi, dans son rapport du 28 décembre 2018, le premier expert- rhumatologue interrogé, le Dr D._____ constatait qu'il existait "vraisemblablement une composante fibromyalgique", de sorte qu'il encourageait la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, avec un volet psychiatrique. Dans son résumé des pièces, il constatait que de précédents médecins – citant notamment un rapport du 17 septembre 2018 ne figurant pas au dossier de l'OAI – évoquaient déjà le diagnostic de "syndrome douloureux chronique" en septembre 2018 (dossier OAI, p. 213). Pour sa part, dans son rapport du 27 avril 2017, le Dr I._____, spécialiste en anesthésiologie, retient l'existence d'une fibromyalgie présente depuis 2007 et d'une dépression présente depuis une date indéterminée. Bien que ne retenant pas ces troubles – qui, pour l'essentiel d'entre eux, constituent bel et bien des atteintes psychiatriques - comme invalidants, il soulignait alors qu'ils avaient "un impact sur l'évolution" (dossier OAI, p. 55). Le Dr J._____, médecin praticien, soulignait également l'existence d'une fibromyalgie, relevant que l'origine douloureuse des plaintes depuis 2007 était indéterminée (rapport des 23 décembre 2016 et 2 mai 2017, dossier OAI, p. 1 et 73). Les troubles dépressifs sont au demeurant aussi évoqués par des intervenants non-médecins. Dans le cadre du premier entretien du 13 mars 2017 déjà, le collaborateur en charge du dossier relevait notamment que l'assurée "pleur[ait], [était] triste" et déclarait "reste[r] au lit toute la journée" ou sur son canapé (dossier OAI, p. 41). A ce stade, la Cour admet que les autres médecins qui se sont prononcés sur le cas n'ont pas systématiquement attestés de l'aspect invalidant ou non des troubles psychiques qu'ils évoquaient. Néanmoins, bien qu'ils ne soient pas psychiatres, ils en confirmaient l'existence et l'impact sur l'état de santé de l'assurée. Dans ce contexte, les experts de G._____ ont mis en perspective de manière argumentée ces avis non-spécialisés, estimant vraisemblable l'existence d'une incapacité de travail à ce titre remontant à 2016. Aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute cette appréciation, laquelle ne peut manifestement pas être qualifiée de "spéculation rétroactive, arbitraire et contraire aux rapports médicaux", justifiant – comme l'exige la recourante – de faire supporter la prétendue absence de preuve à l'assurée en lui niant le droit à une rente ("Ferner ist darauf hinzuweisen, dass wenn man den echtzeitlichen Berichten nichtfolgen möchte, in psychiatrischer Hinsicht vom Jahr 2016 bis November 2019 von einem unbewiesenen Sachverhalt auszugehen ist. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Versicherte zu tragen. Der unbewiesene Sachverhalt kann nicht durch eine nachträgliche Spekulation mittels Gutachten 11/19 ersetzt werden. Die diesbezüglichen Einschätzungen beanspruchen nämlich ihre Geltung ex nunc et pro futuro"). Enfin, l'on constate qu'une incapacité de travail totale est médicalement attestée par les certificats médicaux délivrés depuis 2016. En l'absence de modification notable de l'état de santé sur le plan rhumatologique, l'on peut donc conclure que les causes de cette incapacité de travail médicalement attestée sont restées identiques depuis lors. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a considéré que l'état de santé de l'assurée l'empêchait de travailler depuis 2016 déjà et lui a octroyé une rente entière depuis le 1er décembre 2017, soit à l'échéance du délai

d'attente d'une année.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 4.3. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 19 février 2021 confirmée. Il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. arrêts TF I 416/06 du 3 janvier 2007 consid. 4.1; TC FR 605 2020 52 du 26 octobre 2020 consid. 6.2). L'avance de frais de CHF 800.- est restituée à la recourante. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 19 février 2021 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice et l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 17 novembre 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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