

# **NE\_GERICHTE CDP.2015.192 vom 2. Oktober 1997**

NE Tribunal cantonal, 1997-10-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2015.192\\_d19971002](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2015.192_d19971002)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2015.192 du 2 octobre 1997

IT: NE\_GERICHTE CDP.2015.192 del 2 ottobre 1997

## **Regeste**

Refus de rente.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité d'un degré supérieur à une demi-rente, respectivement sur le point de savoir si le taux d'invalidité a subi, au sens de l'article 17 LPGA, une modification notable entre la décision litigieuse du 16 juin 2015 et celle du 13 janvier 2010, en raison principalement d'une dégradation de l'état de santé psychiatrique et somatique de l'assuré. b) En vertu de l'article 17 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 cons. 3.5, ATF 113 V 273 cons. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA (ATF 112 V 371 cons. 2b; ATF 112 V 387 cons. 1b). La révision du droit à la rente au sens de l'article 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 cons. 3b), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 cons. 6.1 et 7.1). Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements 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. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3c, 105 V 156 cons. 1; arrêt du TF du 29.06.2007 [I 312/06] cons. 2.3). En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière

objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées ( ATF 134 V 231 cons. 5.1, ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C\_369/2008] cons. 2.2). 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 dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute ( ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées). Selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative ( ATF 121 V 362 cons. 1b et les références citées). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt non publié de la CDP du 26.05.2015 [CDP.2014.288] cons. 3b; ATF 99 V 102 ; arrêts du TF des 28.07.2008 [9C\_449/2007] cons. 2.2 et 24.02.2009 [9C\_327/2008] cons. 4).

### **E. 3**

a) En l'occurrence, une demi-rente d'invalidité a été octroyée au recourant par décision du 13 janvier 2010 au motif d'une invalidité économique de 58 % fondée sur une incapacité de travail médico-théorique de 50 % en raison des diagnostics suivants : état dépressif moyen (F32) dans le contexte d'un trouble anxiodépressif chronicisé (F41.2), syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), lombosciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 gauche sans signe irritatif ou déficitaire sensitivomoteur, séquelles douloureuses d'une capsulite rétractile de l'épaule droite opérée à deux reprises en 1992. Cette décision a consécutivement été confirmée par la Cour de céans dans un arrêt du 21 décembre 2011 [CDP 2010.48] puis par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 16.04.2012 [9C\_57/2012] . b) A l'appui de sa demande d'augmentation de rente d'invalidité du 26 février 2013 tendant à l'octroi d'une rente complète, le recourant a fait valoir que, depuis le début de l'année 2010, son état de santé, tant psychique (troubles anxiodépressifs) que physique (symptomatologie fibromyalgique), se serait aggravé de manière durable. Il a invoqué les conclusions du Dr A. contenues dans son rapport à l'OAI du 4 septembre 2013. Ce praticien a principalement conclu à une aggravation nette, depuis 2012, du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33 2). c) Dans la décision attaquée, l'office intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du 5 janvier 2015 du Dr F., qui a retenu comme atteinte ayant une

répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) avec comorbidité psychiatrique (trouble dépressif récurrent, épisode actuel entre léger et moyen, avec syndrome somatique; F33.01 et F33.11) ainsi que sur les avis de synthèse du SMR des 18 mars, 24 avril et 15 juin 2015, qui a, en substance, fait siennes les conclusions de l'expert, pour nier le droit à une augmentation de rente d'invalidité. L'atteinte retenue par le Dr F. dans son expertise du 5 janvier 2015, respectivement par les Drs B., C. et D. ainsi que E. dans l'expertise du 2 mars 2009, ne diffère de l'avis du Dr A. que dans la gravité de ce trouble et dans l'appréciation que celui-ci porte sur la capacité de travail médico-théorique du recourant. D'un côté, le Dr F. constate un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel entre léger et moyen, alors que le Dr A. établit le même diagnostic mais avec un épisode actuel sévère. A cet égard l'expertise du 5 janvier 2015 explique de manière convaincante que l'assuré a des périodes où il se sent bien et d'autres périodes où il ressent de la tristesse et une humeur avec des sentiments de dévalorisation (p. 21 de l'expertise), décrivant ainsi le caractère fluctuant – et non durable – de cet aspect de son atteinte psychique. Au demeurant, l'expertise remplit les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Le rapport contextualise en effet de manière aboutie et efficace la situation du recourant et fait suite à un examen complet, qui contient une anamnèse axée sur les éléments pertinents (synthèse complète du dossier médical). Le praticien tient compte des plaintes de X., décrit le statut clinique en indiquant les multiples éléments objectivés et fournit les résultats du dosage plasmatique. Le Dr F. établit des diagnostics clairs, en distinguant les atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail de celles n'en ayant pas. Il effectue enfin une appréciation du cas et, dans ce cadre, motive ses diagnostics par des symptômes objectivés et exclut le trouble dépressif sévère en mettant en lumière l'absence d'éléments en composant les critères. Enfin, le rapport conclut au fait que la situation du recourant ne s'est pas péjorée depuis l'octroi de la rente en 2008, l'atteinte à la santé correspondant à une incapacité de travail de 50 %. Ceci étant, aucun élément objectif ne permet de faire douter la Cour de la conscience professionnelle, la compétence et l'objectivité de l'expert désigné. Il en résulte que, au moment du prononcé de la décision litigieuse, une pleine valeur probante devait être reconnue à cet avis médical et c'est à juste titre que l'office intimé a fondé sa décision sur ses conclusions. d) Reste donc à déterminer si les éléments médicaux nouveaux amenés par l'assuré dans le cadre de la présente procédure de recours sont admissibles et, cas échéant, à même de battre en brèche les conclusions de l'expert. La Cour de céans constate que les réponses des Drs A. et G. du 14 juillet 2015 aux questionnaires médicaux du recourant, qui mettent en lumière le suivi psychiatrique du recourant depuis fin 2014, sont postérieures à la décision querellée. Néanmoins, ces avis portent sur l'état prévalant lorsque ladite décision a été rendue. Il convient dès lors d'en tenir compte dans le cadre du présent arrêt. Ceci étant, il doit être précisé qu'au moment de l'entretien d'expertise du 4 novembre 2014, l'expertisé ne suivait pas de traitement psychiatrique autre que le suivi de soutien assuré par son médecin traitant, ce dont a d'ailleurs tenu compte l'expert (p. 18 et 21 de l'expertise). Quant à l'office intimé, il n'était pas informé de ce nouveau suivi au moment de rendre sa décision. Comme indiqué précédemment (cons. 2b), le Tribunal fédéral considère qu'on ne saurait remettre en cause l'avis d'un expert parce que, comme c'est le cas en l'espèce, un ou plusieurs médecins traitant ont un avis contradictoire. Il n'en va différemment que à la double condition que ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C\_369/2008] cons. 2.2) . Le recourant soutient en

substance que le fait de ne pas tenir compte de son suivi psychiatrique depuis fin 2014 rendrait l'appréciation faite par l'office intimé arbitraire. Si cet élément constitue effectivement un fait objectivement vérifiable dont il n'a pas été tenu compte dans l'expertise, respectivement dans la décision de l'OAI, sa pertinence n'est néanmoins pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expert, faute pour le recourant de démontrer en quoi cet élément plaiderait de manière prépondérante en faveur d'une aggravation de son état psychiatrique. La Cour constate en effet que ses médecins traitants, qui ne contestent au demeurant pas les symptômes objectivés par le Dr F., se contentent de souligner l'absence de prise en compte du suivi psychiatrique sans expliquer en quoi il appuierait l'appréciation divergente qu'ils font eu égard à la gravité de l'atteinte et la capacité de travail qui en résulte. En outre, le suivi psychiatrique décrit dans les documents des Drs A. et G. du 14 juillet 2015 ne renseignent pas la Cour sur sa nature ni sa portée. Il ressort uniquement de ces avis médicaux que le recourant a tout d'abord été suivi par un infirmier en psychiatrie, puis auprès du Dr G., à un intervalle bimensuel, ce qui paraît a fortiori difficilement parler en faveur d'une aggravation sans aucun autre élément à l'appui. Qui plus est, lorsque le recourant a adressé à l'OAI – après avoir pris connaissance de l'expertise et alors qu'il bénéficiait déjà du suivi psychiatrique discuté – son courrier du 17 avril 2015, il n'en a pas fait mention. Étonnamment, le courriel du Dr A. du même jour, qui y était joint, n'en parlait pas non plus, tous deux ne faisant référence qu'au suivi effectué par ce dernier. Le recourant n'a pas non plus fait mention de ce fait dans son envoi du 18 mai 2015 à l'attention de l'office intimé ni dans ses objections du 11 juin 2015 au projet de décision. Partant, si cet élément était déterminant pour trancher la question litigieuse, comme le soutient le recourant, la Cour peine à comprendre pour quel motif lui et son médecin-traitant n'en ont pas informé l'office intimé, alors qu'ils savaient pertinemment que celui-ci ne pouvait pas en avoir connaissance. Enfin, le dossier enseigne que, de l'avis de ses médecins traitants, le recourant avait déjà besoin du suivi psychiatrique avant que celui-ci ne débute. Selon eux, il ne pouvait toutefois pas le suivre avant fin 2014 car il avait la tâche de s'occuper de son fils handicapé. Il en découle que la mise en place du traitement n'est pas intervenue parce que sa situation s'était péjorée mais bien parce qu'il n'avait plus la garde de son fils. Il s'ensuit que cet élément n'est pas suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. On ne saurait non plus suivre le recourant lorsqu'il soutient que l'aggravation de son état de santé comporterait une composante physique. Dans son rapport à l'OAI du 4 septembre 2013, le Dr A. a expressément diagnostiqué une fibromyalgie, toutefois sans effet sur la capacité de travail. Ultérieurement, dans son courriel du 14 novembre 2013, ce praticien a relevé qu'il était difficile pour lui d'objectiver une aggravation fibromyalgique. Dans un téléphone au SMR du 28 avril 2014, il a souligné qu'il n'y avait, sur le plan physique, pas de grand changement, hormis une prise de poids continue. Enfin, dans son courrier du 14 juillet 2015, il a indiqué qu'il n'y avait pas de changement au niveau rhumatologique depuis l'expertise de 2009 et a expressément rejeté la nécessité de la tenue d'une autre expertise rhumatologique. d) Il s'ensuit que c'est à tort que le recourant soutient que la décision du 16 juin 2015 est arbitraire. Ses griefs apparaissent ainsi mal fondés de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation des preuves à laquelle a procédé l'office intimé. En outre, vu l'état du dossier, en particulier le rapport d'expertise du Dr F. du 5 janvier 2015 auquel une pleine valeur probante doit être reconnue, il n'y a pas besoin de faire procéder au complément d'instruction médicale demandé.

#### **E. 4**

Le recours étant rejeté, les frais doivent être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). Il n'a en outre pas droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

## **E. 16**

déc. 2005, en vigueur depuis le 1erjuil. 2006 (RO20062003;FF20052899).5Introduit par le ch. I de la LF du 16 déc. 2005, en vigueur depuis le 1erjuil. 2006 (RO20062003;FF20052899).6RS831.107Nouvelle teneur selon le ch. IV 2 de la LF du 16 déc. 2005, en vigueur depuis le 1erjanv. 2007 (RO20062003;FF20052899).8RS173.1109Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2003 (4erévision AI) (RO20033837;FF20013045). Nouvelle teneur selon le ch. II 40 de la LF du 20 mars 2008 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, en vigueur depuis le 1eraoût 2008 (RO20083437; FF20075789).

1Si 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.

2De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative<sup>1</sup>, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes:

a. elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté;

b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté;

c. le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;

d. le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours;

e. si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats;

f. le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant;

g. le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige;

h. les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours ainsi que les noms des membres du tribunal et sont notifiés par écrit;

i. les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

1RS172.021

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