

VS_GERICHTE S1 13 164 vom 24. Oktober 2014

VS Kantonsgericht, 2014-10-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 13 164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_13_164)

FR: VS_GERICHTE S1 13 164 du 24 octobre 2014

IT: VS_GERICHTE S1 13 164 del 24 ottobre 2014

Regeste

S1 13 164 JUGEMENT DU 24 OCTOBRE 2014 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean- Pierre Zufferey, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X_____, recourant, représenté par A_____ contre Office cantonal AI du Valais, intimé (art. 16 et 44 LPGA ; invalidité, valeur probante d'un rapport médical)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément. Posté le 4 octobre 2013, le recours « préventif » contre de la décision du 4 septembre précédent, complété le 4 novembre 2013, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

- 12 - 2.1 En l'occurrence, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'Office AI a, dans la décision entreprise, refusé à l'assuré tout droit à des prestations d'assurance, en considérant que dès le 1er février 2012 au plus tard, soit bien avant l'échéance du délai de carence d'une année correspondant au 6 mai 2012, X_____ était en mesure de poursuivre son activité habituelle ou tout autre activité de son choix, à plein temps et avec un rendement normal. Comme souligné dans la décision entreprise, le recourant n'a jamais contesté le fait que ses affections somatiques n'avaient pas d'influence négative sur sa capacité de travail au-delà de cette date du 1er février 2012. Le présent litige ne porte ainsi que sur la question de savoir si des troubles d'ordre psychiatrique exercent une telle influence. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGA). L'article 44 LPGA prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La valeur probante d'un rapport médical dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c, RAMA 2000 214 consid. 3a). Selon un arrêt du Tribunal fédéral en matière d'appréciation des preuves

paru aux ATF 135 V 465, même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA (...). Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité (...). Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à

- 13 - l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (consid. 4.4) (...). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (consid. 4.5) (...). Cependant, afin que la personne assurée dispose d'une chance raisonnable de soumettre son cas au tribunal sans être manifestement désavantagée vis-à-vis de l'assureur et s'il subsiste un doute tel que mentionné plus haut, il ne peut être procédé à une appréciation concluante sur la base, d'une part, des rapports produits par la personne assurée et, d'autre part, de ceux émanant des médecins internes à l'assurance. Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPGA (consid. 4.6). 2.2 En l'occurrence, la Cour de céans estime que le rapport du Dr M_____ du 29 août 2012 (pièce 85-6) répond aux exigences jurisprudentielles posées à la valeur probante d'un rapport médical et se déclare convaincue par les conclusions de ce spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR. Celui-ci a examiné personnellement X_____ la veille, en présence d'un interprète de langue B_____. Dans son rapport correspondant, ce médecin a exposé de manière complète l'anamnèse et les plaintes de l'assuré (anamnèse familiale et personnelle, anamnèse professionnelle, anamnèse somatique, anamnèse psychosociale et psychiatrique, plaintes subjectives, traitement médicamenteux actuel et vie quotidienne) ainsi que les résultats de son examen clinique (status psychiatrique). Il a ensuite exclu tout diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail et retenu les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de grave cas de jeu pathologique (F63.0) et d'état dépressif réactionnel de longue durée dû à la situation sociale, susceptible d'atteindre par moment la gravité d'un épisode dépressif majeur moyen mais sans symptôme ayant un impact sur la capacité de travail (F41.2 ou F32.1). Enfin, dans son appréciation du cas, le Dr M_____ a motivé ces

- 14 - conclusions diagnostiques de façon claire et cohérente. Il a expliqué que des troubles de la personnalité de type paranoïaque ne se retrouvaient pas chez l'expertisé, que celui-ci souffrait bien d'une importante addiction aux jeux, que ce jeu pathologique (F63.0) avait de

graves conséquences personnelles et sociales que X_____ appréciait de manière tout à fait réaliste, que les préoccupations liées à cette déchéance entraînaient un état dépressif réactionnel et situationnel de longue durée, pouvant par moment atteindre la gravité d'un épisode dépressif majeur moyen mais non influer sur la capacité de travail (F41.2 ou F32.1) et que les symptômes typiques de la dépression majeure ayant un impact sur la capacité de travail (ralentissement psychomoteur et de la pensée, troubles cognitifs, difficultés de conclure, indécision, pôle matinal avec incapacité de fonctionner dans la matinée, péjoration saisonnière) n'étaient pas observés. Ainsi, contrairement aux critiques émises par le recourant dans sa réplique du 21 janvier 2014 et ses ultimes remarques du 20 mars suivant, ce rapport d'expertise répond aux exigences de clarté, de cohérence et de motivation posées par la jurisprudence topique et comporte bien toutes les rubriques qu'un tel rapport doit contenir. A cet égard, l'intimé a souligné à bon escient dans son écriture du 11 février 2014 que le Dr M_____ avait, dans son rapport d'examen clinique du 29 août 2012, clairement indiqué les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter de l'appréciation des psychiatres traitants et de ne pas reconnaître d'incapacité de travail de longue durée dans la situation de l'assuré. Une étude attentive du dossier permet d'ailleurs de constater que les conclusions du Dr M_____ ne sont pas si éloignées de celles des médecins de l'assuré. Dans leur rapport du 8 juillet 2009, les médecins du Service de psychiatrie et psychothérapie hospitalière ont fait état de diagnostics des groupes Z (difficultés liées aux jeux et paris, Z72.6 et difficultés liées à d'autres situations juridiques, Z65.3), soit du chapitre XXI de la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Or, ce chapitre ne présente pas des maladies, affections et troubles en tant que tels, mais simplement des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé. La mention de ces difficultés a d'ailleurs été reprise par la Dresse K_____ dans son rapport du 20 janvier 2012 (pièce 126-6). A l'issue de l'hospitalisation du 6 au 20 mai 2009, les médecins du service précité ont constaté une amélioration rapide sur le plan thymique, avec un amendement des idées suicidaires et des angoisses relatives au remboursement des dettes, et n'ont arrêté aucune

- 15 - incapacité de travail. Ils n'ont mentionné aucun trouble de la personnalité dans les diagnostics retenus et ont uniquement évoqué un premier séjour en 2002 pour un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ainsi qu'un jeu pathologique connu depuis 1996. En relation avec les difficultés que l'assuré a rencontrées en 2009, la Dresse H_____ n'a fixé, dans un certificat du 28 octobre 2009, qu'une incapacité de travail de courte durée, soit de 100% du 21 mai au 30 juin puis de 50% du 1er juillet au 14 octobre 2009 (pièce 124-29). Elle a simplement répondu au Dr J_____ le 28 avril suivant que X_____ était connu du CCPP depuis 2004, que le suivi actuel consistait en des entretiens de soutien, qu'aucun traitement médicamenteux n'était prescrit et que les diagnostics de jeu pathologique (F63.0) ainsi que de trouble mixte de la personnalité avec des traits impulsifs et dépendants (F61.0) avaient été posés (pièce 124-16). En date du 29 février 2012, la Dresse H_____ a maintenu ces deux diagnostics, en précisant que le trouble mixte de la personnalité avec des traits paranoïaques (F61.0) existait depuis l'âge adulte et en y ajoutant celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis juin 2011 (F32.2). Elle a expliqué que l'assuré avait repris un suivi au CCPP depuis le 14 décembre 2011, que les symptômes actuels consistaient en un mal-être physique, une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, des ruminations, de la culpabilité, une mauvaise estime de soi, une perte d'appétit, des troubles

du sommeil et des angoisses, qu'aucune médication n'avait été prescrite et que la capacité de travail était nulle pour des raisons psychiatriques, depuis le 14 décembre 2011 et même depuis l'accident cardiaque selon l'anamnèse (pièce 56). Il semble également ressortir des rapports de la Dresse K_____ des 22 novembre 2011 (pièce 126-6) et 20 janvier 2012 (pièce 126-6) que les troubles anxio-dépressifs sévères étaient apparus en réaction à l'arrêt cardiaque du 6 mai 2011, ainsi qu'à l'opération et à l'hospitalisation y relatives, et avaient justifié la reprise d'un suivi psychiatrique auprès de la Dresse H_____. Toujours selon la Dresse K_____, l'évolution cardiovasculaire a toutefois été rapidement favorable, le patient a suivi un programme de réadaptation sans complication jusqu'à la mi-août 2011, l'ergonomie effectuée à la fin de la réadaptation s'est révélée négative et l'incapacité totale de travail a duré du 6 mai 2011 au 31 janvier 2012. Lors de l'entretien du 13 mars 2012 auprès de l'Office AI, l'assuré s'est déjà déclaré intéressé par différentes pistes professionnelles (pièce 58). Il a été convoqué au cours de cariste le 2 avril 2012 (pièce 64) et a demandé quelques explications à l'Office AI concernant ce cours le 26 avril suivant (pièce 66). La prise en charge de cette mesure a été confirmée par ledit office quatre jours plus tard (pièce 67)

- 16 - puis X_____ a, du 22 au 25 mai 2012, suivi avec succès ce cours comportant une partie théorique et pratique (pièces 76-3 et 76-5). Ces éléments, de même que l'absence de tout traitement médicamenteux lors de l'épisode dépressif pourtant qualifié de sévère par la Dresse H_____ (pièce 56), confortent la Cour dans sa conviction que, à l'instar des conclusions du Dr M_____ (pièce 85-6) reprises par le Dr L_____ dans son rapport final rectifié du 3 septembre 2012 (pièce 86), l'état dépressif consécutif aux troubles cardio-vasculaires survenus le 6 mai 2011 n'avait, en lui-même et en l'absence de symptômes typiques de la dépression majeure ayant un impact sur la capacité de travail, pas entraîné d'incapacité de travail, ou à tout le moins qu'une incapacité de courte durée comme en 2009. Il convient d'ajouter que lors de l'examen clinique du 28 août 2012, l'assuré s'est surtout plaint de sa déchéance sociale due aux jeux pathologiques, ainsi que de troubles du sommeil, d'un tabagisme bien actif, de ruminations mentales intensives, fréquentes mais pas continues, d'une perte partielle de projection dans le futur et d'idées passives de mort occasionnelles, sans idéation suicidaire active continue accompagnée de projets concrets (pièce 85-6). Hormis une humeur dépressive de degré léger à moyen, présente la plupart du temps, le Dr M_____ n'a pas retrouvé chez X_____ tous les symptômes décrits par la Dresse H_____ le 29 février précédent, à savoir un mal-être physique, une diminution de l'intérêt et du plaisir, un sentiment de culpabilité, une mauvaise estime de soi, une perte d'appétit et des angoisses (pièce 56). Enfin, l'amélioration de la symptomatologie dépressive rapportée le 31 janvier 2014 par le psychiatre traitant tend à confirmer le fait que les épisodes dépressifs surviennent chez l'assuré en réaction à certaines situations mais qu'ils ne sont pas propres à influencer négativement et durablement la capacité de travail de celui-ci. Enfin, dans ce rapport du 31 janvier 2014 produit en procédure judiciaire, la Dresse H_____ a précisé que le trouble de la personnalité développé à l'adolescence était moins décompensé. Elle n'en a tiré plus qu'un diagnostic assez vague, à savoir un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Ce trouble existant depuis longtemps n'a toutefois pas empêché l'assuré de travailler normalement depuis son arrivée en Suisse en 1987 (pièce 2.2), comme le montre son extrait de compte AVS (pièce 43 ; cf. également les pièces 8, 10, 11-2 et 125-17). Il en va de même du diagnostic de jeu pathologique (F63.0). Partant, l'appréciation divergente par les psychiatres traitants de l'impact de l'état dépressif réactionnel sur la capacité de travail de leur patient ne permet pas de douter du caractère

fiable et fondé des conclusions des médecins du SMR, qui ont tenu

- 17 - compte de cette divergence et ont donné les raisons pour lesquelles ils ne se ralliaient pas à dite appréciation. La mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGA ne se justifie donc pas. N'y change rien le fait qu'au cours de la procédure administrative, une telle mesure d'instruction ait été envisagée, d'ailleurs au même titre qu'un examen clinique au SMR (pièce 65-7), puis confiée à un expert externe (pièces 65-9 et 70), lequel s'est récusé en raison, semble-t-il, des connaissances insuffisantes de l'assuré en français (pièce 74). N'y change rien non plus le fait qu'une tutelle au sens de l'ancien article 369 CC ait été instituée le 15 octobre 2012 en faveur de X_____ (pièce 92). Comme l'Office AI l'a fait remarquer avec pertinence dans la décision querellée, l'institution de cette tutelle ne permet pas de conclure au caractère invalidant de la maladie psychique à l'origine de l'incapacité de l'assuré à gérer ses affaires. Bien que le recourant n'ait plus contesté ce point en procédure judiciaire, il sied de rappeler finalement, en renvoyant à la jurisprudence en la matière citée dans la décision entreprise, que le temps consacré pour un entretien d'expertise n'est pas un critère permettant, en soi, de juger de la valeur probante d'un rapport mais qu'il dépend bien plutôt des questions à résoudre et du tableau clinique. En l'espèce, l'examen d'une heure et dix minutes pratiqué par le Dr M_____ le 28 août 2012 (pièce 85-6) a suffi à cet expert pour retenir, entre autres conclusions, que l'épisode dépressif majeur moyen diagnostiqué chez l'assuré n'avait pas d'influence négative sur la capacité de travail. Dans sa décision du

E. 4

septembre 2013 est confirmée. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de l'affaire (art. 69 al. 1bis LAI, art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA), sont donc mis à la charge du recourant qui succombe. L'assistance judiciaire totale lui ayant toutefois été accordée par décision présidentielle du 2 décembre 2013, ces frais seront provisoirement supportés par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. b LAJ), à charge pour le recourant de les rembourser si sa situation économique devait s'améliorer (art. 10 al. 1 let. a LAJ). En ce qui concerne les dépens, le conseil juridique commis d'office de la personne assistée qui succombe est rémunéré par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. a LAJ). La rémunération du conseil juridique commis d'office obéit aux règles de la loi fixant le tarif

- 18 - des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (art. 9 LAJ). Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27ss de la présente loi, auxquels s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Les honoraires de A_____, qui n'est intervenue qu'au stade de la réplique, a rédigé deux brèves écritures ainsi que trois courriers et déposé deux copies dans un dossier de complexité moyenne, sont arrêtés forfaitairement à 1200 fr., TVA comprise (art. 27 al. 5 et 40 al. 1 LTar). Le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions relatives à l'assistance judiciaire percevant des honoraires correspondant au 70 pour cent des ceux prévus aux articles 31 à 40 LTar, c'est une indemnité de 840 fr. débours compris, au demeurant conforme au tarif horaire articulé au considérant 3.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_391/2007 du 26 mai 2008 (cf. également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_928/2012 du 26 avril 2013 consid. 8.3, paru in SVR 2013 UV Nr. 23), qui devrait être accordée à l'avocat d'office de X_____ (art. 30 al. 1 LTar). Me Q_____ officie toutefois au Service juridique R_____ ou A_____. Conformément à la jurisprudence fédérale (ATF 120 Ia 169 consid. 3a, SVR 1999 IV Nr. 28 consid. 4c, 4d et 4e), il n'est pas arbitraire d'indemniser distinctement les avocats employés auprès d'associations ou d'assurances de

protection juridique, d'une part, et les avocats exerçant leur métier en profession libérale, d'autre part. L'indemnité due à A_____ au titre de l'assistance judiciaire est donc arrêtée à 500 francs.

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de X_____ mais provisoirement supportés par l'Etat du Valais au titre de l'assistance judiciaire. 3. Une indemnité de 500 fr. est allouée à A_____ au titre de l'assistance judiciaire et provisoirement supportée par l'Etat du Valais.

Sion, le 24 octobre 2014

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