

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
I 701/04

Arrêt du 27 juillet 2005
IIIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Lustenberger et Kernen. Greffier : M. Cretton

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat, rue de Romont 33, 1700 Fribourg,

contre

Office AI du canton de Fribourg, impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez, intimé

Instance précédente

Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg, Givisiez

(Jugement du 22 septembre 2004)

Faits:

A.

A. _____, né en 1973, ressortissant turc, divorcé et père de deux enfants, est arrivé en Suisse en 1991. Il a exercé diverses activités professionnelles dont la dernière, entre le 10 septembre 1998 et le 30 juin 2000, en qualité d'ouvrier à la presse dans l'entreprise O. _____ S.A. Le contrat de travail a été résilié d'un commun accord entre l'employeur et l'employé, en raison des problèmes de santé de ce dernier (notamment syndrome lombo-vertébral, discopathie lombaire étagée, vomissements postprandiaux, infection respiratoire: certificats médicaux du docteur P. _____, médecin traitant, des 4 février et 27 juillet 2001, et de la doctoresse S. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 20 septembre 2002). L'assuré n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors.

Le 4 juillet 2002, A. _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg (ci-après : l'OAI). Il indiquait souffrir d'un état dépressif chronique. Ayant recueilli les rapports d'expertise du docteur O. _____, spécialiste FMH en neurologie (rapport du 14 mars 2002) et de la doctoresse Z. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH (rapport du 14 juin 2002), l'OAI a en outre requis l'avis de la doctoresse C. _____, également spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré (rapport du 9 octobre 2002). Au terme d'un examen neurologique détaillé, le docteur O. _____ est parvenu à la conclusion que A. _____ était un homme en bonne santé, possédant une capacité de travail entière, ne présentant aucun syndrome lombo-vertébral, ni affection pulmonaire. Le praticien n'a par ailleurs relevé aucun signe objectif de maladie infectieuse, malgré les plaintes de l'assuré (douleurs au dos ou au ventre, nervosité générale). Il a ajouté qu'une véritable maladie psychosomatique lui apparaissait hautement invraisemblable. Pour sa part, la doctoresse Z. _____ a posé le diagnostic de trouble de la personnalité, émotionnellement labile, de type impulsif (F 60.30, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé

connexes, dixième révision, de l'Organisation Mondiale de la Santé [CIM-10]) et a fait état d'un retard mental léger (F 70 CIM-10). Elle a également relevé que A. _____ rencontrait des difficultés liées à l'orientation de son mode de vie et présentait des compétences sociales inadéquates (Z 73.4 CIM-10). Compte tenu des troubles psychiques constatés, elle estimait sa capacité de travail à 50 %. Enfin, la doctoresse C. _____ a certifié que la personnalité fruste et la débilité légère de son patient, de même que les syndromes dépressif sévère et dorsal vertébral chronique douloureux dont il souffrait, le rendaient totalement inapte à l'exercice de son ancienne profession. Elle se déclarait toutefois incapable de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

Se fondant principalement sur l'évaluation de la doctoresse Z. _____, l'OAI a octroyé à A. _____ un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 43 %, dès le 1er septembre 2001 (décisions des 9 mai, 16 juillet, 27 juillet 2003 et décision sur oppositions du 21 octobre 2003).

B.

Le 21 novembre 2003, A. _____ a recouru contre la décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg. Il en demandait l'annulation en concluant, avec suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. Il estimait que les rapports des doctresses Z. _____ et C. _____ étaient contradictoires, ce qui nécessitait un complément d'instruction. Par jugement du 22 septembre 2004, la juridiction cantonale a rejeté le recours formé par A. _____.

C.

Ce dernier interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il demande l'annulation en concluant, avec suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2001. Il a déposé à l'appui de son recours un rapport établi le 17 septembre 2004 par le docteur G. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Ce praticien a posé le diagnostic de trouble somatisation (F 45.0 CIM-10 ou 300.81, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition [Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV, établi par l'American psychiatric association]), de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (antécédents) (F 45.5 CIM-10 ou 307.80 DSM-IV), de trouble dépressif majeur, épisode isolé, d'intensité légère (F 32.0 CIM-10 ou 296.20 DSM-IV), ainsi que de trouble de la personnalité, non spécifié (F 60.9 CIM-10 ou 301.9 DSM-IV) accompagné de traits limites (type impulsif), paranoïaques et psychosomatiques chez une personnalité fruste. Il a ajouté que A. _____ était dépendant aux benzodiazépines (F 13.2 CIM-10 ou 304.10 DSM-IV), qu'il avait un fonctionnement intellectuel probablement limité (R 41.8 CIM-10 ou V 62.89 DSM-IV) et mentionnait la présence d'un certain nombre de problèmes tels que maladie de l'épouse, tensions familiales, difficultés d'acculturation et financières. Le docteur G. _____ a en outre attesté une incapacité totale de travail de l'assuré dès le début de l'année 2000 pour toute activité professionnelle.

L'OAI conclut au maintien de la décision litigieuse. L'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

1.1 La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), il s'ensuit que le droit litigieux est régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, et par les nouvelles dispositions introduites par la LPGA, pour la période postérieure. En revanche, les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 2852), ne sont pas applicables dans la présente procédure.

1.2 La LPGA n'a pas modifié la notion d'invalidité (ATF 130 V 343). Pour un assuré actif, cette notion correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une atteinte à la santé (art. 7 et 8 al. 1 LPGA; pour la période antérieure à la LPGA, cf. art. 4 al. 1 LAI dans

sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Le taux d'invalidité est obtenu en comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide 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; pour la période antérieure à la LPGA, cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

1.3 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente si son taux d'invalidité est de 50 % ou plus et à une rente entière si celui-ci est supérieur à 66 2/3 % (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

1.4 Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte invalidante à la santé psychique suppose en principe la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 402 sv. consid. 6.3).

2.

La juridiction cantonale a confirmé la décision sur opposition rendue par l'OAI le 21 octobre 2003 (octroi d'un quart de rente dès le 1er septembre 2001). Elle s'est référée, sur le plan somatique, à l'expertise du docteur O._____, qui ne voyait aucune contre-indication physique empêchant le recourant de reprendre une activité lucrative. Sur le plan psychique, les premiers juges ont écarté le rapport de la doctoresse C._____ au profit de celui de la doctoresse Z._____, estimant notamment que ce dernier rapport était le plus pertinent et le plus probant.

Sans remettre en cause les conclusions du docteur O._____, le recourant conteste l'appréciation de sa capacité de travail par la doctoresse Z._____. Se référant à l'avis de son psychiatre traitant, ainsi qu'au rapport établi par le docteur G._____, il soutient être totalement incapable de travailler en raison d'atteintes à sa santé psychique.

2.1

2.1.1 Selon la jurisprudence, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

2.1.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit 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 125 V 353 consid. 3b/bb). Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée,

les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 354 consid. 3c).

2.2

2.2.1 En l'occurrence, le rapport du docteur G. _____ ne suffit pas à mettre sérieusement en doute les conclusions de la doctoresse Z. _____. Au terme d'un rapport fouillé, qui revêt une pleine valeur probante, cette dernière a proposé de retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. Selon elle, l'impulsivité, l'irritabilité, l'instabilité affective, la mauvaise gestion de ses émotions par le recourant, en relation avec le trouble de la personnalité diagnostiqué, ainsi que l'humeur dépressive constituaient des limitations fonctionnelles à la reprise d'une activité lucrative, la déficience mentale légère pouvant également jouer un rôle. La doctoresse Z. _____ insistait sur le fait qu'un travail adapté aurait une valeur thérapeutique et que des mesures professionnelles seraient idéales.

Pour sa part, le docteur G. _____ a également exposé que les limitations fonctionnelles découlaient principalement des troubles de la personnalité; ces derniers rendaient le recourant hypersensible à la critique, méfiant envers d'éventuels collègues (traits paranoïaques) et induisaient un comportement impulsif et hétéro-agressif. Par ailleurs, il a mentionné une légère déficience intellectuelle exacerbant un sentiment de dévalorisation et d'infériorité à la base de l'hypersensibilité du recourant. Le docteur G. _____ a encore décrit un trouble somatisation qui pouvait, avec d'autres facteurs (dévalorisation importante, culpabilité massive, troubles cognitifs et intellectuels, ainsi que symptômes neurovégétatifs de l'anxiété), avoir un impact limitatif sur le plan professionnel.

Les rapports des docteurs Z. _____ et G. _____ mettent ainsi en évidence, l'un et l'autre, une altération de la personnalité à laquelle ils attribuent un rôle fondamental dans l'incapacité de travail décrite. Certes, le docteur G. _____ ajoute le diagnostic de trouble somatisation, mais cette atteinte ne revêt qu'une importance secondaire dans la motivation de l'expertise. En réalité, les deux médecins procèdent à une analyse quasiment identique des mécanismes psychiques conduisant à l'incapacité de travail, malgré leur appréciation divergente de cette dernière. Dans ce contexte, l'appréciation émise par le docteur G. _____ n'emporte toutefois pas la conviction contrairement à celle de la doctoresse Z. _____. L'expert mandaté par le recourant ne semble pas, en effet, avoir sérieusement envisagé la possibilité pour ce dernier de travailler avec un rendement réduit, et surtout à temps partiel, ni l'influence qu'une telle activité pourrait avoir sur ses problèmes psychiques. Il pose, par ailleurs, le diagnostic de dépendance au benzodiazépines, alors même que l'assuré lui a indiqué avoir cessé de prendre les médicaments prescrits depuis plusieurs semaines et que le docteur O. _____ a établi une mauvaise compliance

médicamenteuse au moyen d'un prélèvement sanguin. Enfin, il convient de souligner que le docteur G. _____ a établi son expertise le 17 septembre 2004, soit près d'une année après la décision sur opposition litigieuse, de sorte qu'il n'est pas exclu qu'une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant depuis cette décision ait été prise en considération par l'expert. Une telle péjoration serait, le cas échéant, dépourvue de pertinence dans le cadre de la procédure, le Tribunal fédéral des assurances appréciant la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 129 V 356 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).

2.2.2 Le rapport établi le 9 octobre 2002 par la doctoresse C. _____ ne justifie pas d'avantage de s'écarter des conclusions de la doctoresse Z. _____. Le psychiatre traitant ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni sur l'origine psychique ou somatique de l'incapacité de travail attestée dans l'ancienne profession. Le caractère relativement sommaire de ce rapport ne lui confère au demeurant qu'une valeur probante très inférieure à celui sur lequel se sont fondés les premiers juges.

3.

3.1 Vu ce qui précède, c'est à juste titre que la juridiction cantonale a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Comme l'ont admis les premiers juges, cette capacité de travail exclut, en l'occurrence, un taux d'invalidité ouvrant droit à une demi-rente; le recourant ne conteste d'ailleurs pas cet aspect du jugement entrepris.

3.2

La procédure est gratuite, dès lors qu'elle porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (art. 134 OJ). Par ailleurs, le recourant qui n'obtient pas gain de cause ne peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 159 al. 1 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, à la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 27 juillet 2005

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IIIe Chambre: Le Greffier: