

# FR\_GERICHTE 605 2017 264 vom 8. Januar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-01-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_264](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_264)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 264 du 8 janvier 2019

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 264 del 8 gennaio 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 30

novembre 2017). On ne peut dès lors plus exclure, d'emblée, la qualité invalidante des dépressions légères à moyennes encore traitables. S'agissant de la dépendance à l'alcool, la jurisprudence admet qu'elle peut entraîner une impossibilité à pratiquer une activité lucrative. Or, elle ne joue un rôle dans le domaine de l'assurance-invalidité que lorsqu'elle a provoqué une atteinte invalidante à la santé ou résulte d'une telle atteinte équivalant à une maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). Il convient de conclure 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 attitude telle que par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 cependant 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). Cela dit, même en présence d'exagération, d'aggravation, d'autolimitation ou d'un phénomène similaire, l'existence d'une atteinte à la santé ne saurait être niée à la légère. Il faut qu'il découle de manière plausible de l'analyse médicale qu'un tel phénomène, clairement prouvé, prédomine de manière significative, et qu'il excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Enfin, il peut être renoncé à un examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée telle que posé par l'ATF 141 V 281 lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt du TF 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). 3. 3.1. Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 3.2. L'art. 16 LPGA dispose que, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (arrêts TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1; 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.2, et les références citées). 3.3. Lorsqu'un litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, l'art. 17 LPGa s'applique par analogie (arrêt TF 9C\_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3). Selon l'al. 1 de cette disposition, 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. 3.4. Aux termes de l'art. 88a al. 2, 1ère phase du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 4. 4.1. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. 4.2. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phrase LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 al. 1 RAI, les services médicaux régionaux (SMR) évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. 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 (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). La jurisprudence a souligné que le rapport du SMR qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 4.3. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C\_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et la référence citée). 4.4.

S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêts TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4; 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1, et les références citées). 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). 4.5. En ce qui concerne la preuve, le Tribunal des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 vraisemblance prépondérante. 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 Tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 9C\_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées). 5. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant peut prétendre, au-delà du 30 juin 2016, à des prestations de la part de l'assurance-invalidité, sous forme de rente, en raison de son atteinte psychique. 5.1. Au plan physique, l'instruction menée par la SUVA met en évidence qu'il n'y a pas d'atteintes somatiques invalidantes au-delà du 30 juin 2016 (au plus tard) à prendre en considération en lien avec la capacité de travail, voire le rendement. C'est précisément pour cette raison que la SUVA a mis fin aux prestations le 30 juin 2016 ce qui n'a par ailleurs pas été désavoué par le recourant. L'OAI s'est dès lors appuyé à bon escient sur les conclusions du médecin d'arrondissement relatives aux atteintes somatiques. 5.2. Afin d'examiner si les troubles psychiques diminuent la capacité de travail du recourant, il convient de se référer au dossier médical. La Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de G. \_\_\_\_\_, diagnostique dans son rapport du 16 septembre 2015 un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10: F43.22). La spécialiste retient, en guise de conclusion, ce qui suit: "Du point de vue psychologique, nous retenons chez ce patient de faibles ressources adaptatives et une focalisation quasi totale sur la douleur qui limite son engagement dans sa réadaptation et entretient une symptomatologie anxio-dépressive. Il est important qu'il poursuive un traitement psychothérapeutique ambulatoire associé à une médication adaptée" (dossier OAI p. 619 ss). La psychiatre traitante du recourant, la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assistée par la psychologue I. \_\_\_\_\_, évoque dans son rapport du 7 septembre 2015 un état dépressif d'intensité moyenne, voire sévère, réactionnel au fait que l'état de santé somatique ne s'améliore pas (dossier OAI p. 578). Elle confirme ce diagnostic (CIM-10: F32.1) dans son rapport du 6 janvier 2016, retenant en outre un état chronifié sans amélioration (dossier OAI p. 1042). Dans son rapport médical du 12 avril 2016, elle relève une légère péjoration des symptômes dépressifs (dossier OAI p. 1044). Enfin, dans le rapport sur formule officielle du 25 août 2017, la psychiatre traitante atteste, d'un point de vue psychique, une incapacité de travail à

hauteur de 50% (dossier OAI p. 1063 ss). Dans un courrier du 25 août 2017, adressé au mandataire de l'assuré, elle souligne au sujet des troubles psychiques limitant la capacité de travail de l'assuré qu'"il est difficile de définir de façon précise dans quelle mesure il est limité, il y a probablement une diminution du rendement de 20 à 40%. D'autant plus que la situation somatique est complexe". Elle confirme, en sus, que l'assuré fait preuve d'une bonne compliance pour le traitement intégré, composé d'une psychothérapie et d'un accompagnement médicamenteux (dossier OAI p. 1055). Le médecin SMR J. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, se détermine dans son rapport du 7 septembre 2017 comme suit: "Le diagnostic posé par I. \_\_\_\_\_ et la Dresse H. \_\_\_\_\_, soit un «épisode dépressif moyen réactionnel F32.1» à 3 mois de l'évaluation de la psychiatre de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 G. \_\_\_\_\_, n'est pas étayé et il n'est pas fait état de ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. D'autre part, le dosage de l'antidépresseur et l'espacement des consultations confirme la faible gravité du trouble. Selon la littérature médicale, un épisode dépressif réactionnel sans comorbidité psychiatrique évolue favorablement en moins d'une année dans 80% des cas, parfois même sans traitement. Le médecin SMR conclut que l'instruction médicale est exhaustive et ne nécessite aucun complément, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique (dossier OAI p. 1070 s.). 6. Sur la base de ces avis médicaux concernant les troubles psychiques, la Cour de céans retient ce qui suit: 6.1. Il convient de noter, au préalable, que le recourant a sollicité initialement des prestations de l'assurance-invalidité uniquement en raison de son atteinte somatique, à lire sa demande initiale du 23 juin 2014 (dossier OAI p. 91). A la lecture du dossier, il apparaît que l'atteinte psychique est en effet réactionnelle aux troubles liés à la main gauche. Ainsi, la psychiatre traitante pose le diagnostic d'un état dépressif moyen réactionnel, confirmé par la suite en précisant le code selon CIM (CIM-10: F32.1), tandis que la spécialiste auprès de G. \_\_\_\_\_ retient un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10: F43.22). 6.2. Comme relevé à juste titre par le médecin SMR, les rapports médicaux de la psychiatre traitante sont très espacés. Bien que le nombre ou la fréquence des rapports au dossier dépendent principalement de la conduite de la procédure d'instruction, il faut admettre aussi qu'en l'état, un suivi régulier auprès de la psychiatre traitante n'est pas établi. Le recourant, quant à lui, n'apporte pas d'éléments pour infirmer cette impression. Dès lors, l'adhésion à la thérapie – qui fait partie de l'obligation de limiter le dommage – doit être mise en question. 6.3. Ce qui est déterminant, en l'espèce, c'est de savoir si le trouble dépressif se répercute sur la capacité de travail du recourant comme l'indique la psychiatre traitante. A noter à ce sujet que cette dernière, sans avoir attesté d'incapacité de travail par le passé, s'est prononcée à ce sujet-là seulement dans les rapports médicaux les plus récents, datant de fin août 2017. Ainsi, dans son rapport sur formule officielle, elle estime, d'une part, la reprise d'une activité légère et adaptée bénéfique pour l'évolution de l'atteinte psychique (dossier OAI p. 1060), tout en affirmant, d'autre part, que le recourant se trouve "en incapacité de travail à hauteur de 50% d'un point de vue psychique uniquement, sans prendre en compte sa problématique somatique qui est complexe". Dans son rapport médical à l'attention de l'avocat du recourant, la psychiatre indique une diminution de rendement se situant "probablement" entre 20% et 40% (dossier OAI p. 1051). A l'évidence, ces estimations très vagues et incohérentes ne convainquent en rien. Au contraire, à la lecture même des rapports de la psychiatre traitante, il ressort que l'atteinte psychique est purement réactionnelle et pourrait être améliorée par la reprise d'une activité professionnelle. Par ailleurs, la psychiatre traitante semble ignorer, en soulignant la problématique somatique complexe, que le recourant est

centré sur sa douleur et s'autolimité (cf. considérant suivant). La consommation problématique d'alcool du recourant est, elle aussi, passée sous silence – ou n'a pas été remarquée – par cette spécialiste.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Dans l'ensemble, il sied de conclure qu'aucune incapacité de travail en lien avec le trouble dépressif n'est rendue plausible. 6.4. Enfin, les pièces médicales sont émaillées de multiples facteurs étrangers à l'invalidité. Dans son rapport médical du 13 mars 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, relève que la consommation d'alcool chez l'assuré est nettement plus élevée que ce qu'il avoue: "Pour cette raison-là, je me demande si les douleurs neuropathiques ressenties par le patient ne sont pas d'origine partiellement toxique (neuropathie éthylique)" (dossier OAI p. 124). L'évaluation psychiatrique effectuée en septembre 2015 auprès de G.\_\_\_\_\_ relève ce qui suit: "Il y a clairement des comportements d'autolimitation par peur des douleurs et de conséquences de son manque de force (aurait une fois laissé tomber son bébé). Le patient passe sous silence sa consommation d'alcool, qui semble être plus problématique qu'initialement avouée" (dossier OAI p. 615 s.). Le rapport de sortie de G.\_\_\_\_\_, concluant à un pronostic de réinsertion défavorable en raison des facteurs non médicaux, précise ce qui suit au sujet de la consommation d'alcool: "En début de séjour il est constaté des tremblements importants des mains au moment des thérapies, et le laboratoire retrouve des Gamma-GT à 111, un volume globulaire moyen à 97. Après discussion avec le patient, celui-ci reconnaît une consommation d'alcool probablement trop importante. Il indique que cela lui a déjà été signalé par des médecins" (dossier OAI p. 612ss). La psychiatre traitante, quant à elle, évoque dans son premier rapport du 7 septembre 2015 que "cet état dépressif est réactionnel au fait que l'état de santé somatique de A.\_\_\_\_\_ ne s'améliore pas suite à son accident de travail, amenant une symptomatologie dépressive et anxieuse, le rendant notamment irritable, ce qui aggrave les difficultés familiales et conjugales déjà provoquées par son état de santé physique et l'incapacité d'aider à la maison qui lui est liée" (dossier OAI p. 574). Lors de son examen du 20 juin 2016, le médecin d'arrondissement évoque, à part la consommation d'alcool, ce qui suit: "Comme facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles, il est décrit que le patient reste très centré sur les douleurs avec une kinésiophobie modérée et une catastrophisation élevée avec évaluation basse de ses propres capacités fonctionnelles" (dossier OAI p. 737 s.). A l'occasion de son examen final du 11 mai 2017, il renchérit comme suit: "Le patient est complètement centré sur ses douleurs. Bien que les fonctions articulaires du membre supérieur [gauche] soient conservées, et en absence d'amyotrophie, le patient s'estime incapable d'utiliser son membre supérieur [gauche]. Il présente une peur anticipatoire de la douleur (kinésiophobie), se manifestant par une crispation de la main jusqu'à l'épaule [gauche] lorsque l'on s'apprête à toucher sa main [gauche]" (dossier OAI p. 963). Dans le cas d'espèce, les facteurs étrangers à l'invalidité, en particulier la focalisation sur les douleurs, l'autolimitation manifeste et la consommation problématique d'alcool, ressortent de manière hautement vraisemblable de l'analyse médicale. Il apparaît que ces facteurs, nombreux et importants, prédominent le trouble dépressif. Dès lors, et à défaut d'incapacité de travail rendue ne serait-ce que plausible, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen structuré des limitations fonctionnelles du trouble dépressif. 6.5. En résumé, la Cour de céans estime que le trouble dépressif, ne limitant pas la capacité de travail en soi, ne peut être assimilé à une atteinte invalidante au sens de la loi.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Il n'y a pas lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires. 7. Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut pas prétendre à des prestations de la part de l'assurance-invalidité en raison de son trouble psychique. Le recours doit ainsi être rejeté. 8. La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner le recourant, qui succombe, à des frais de procédure par CHF 800.-. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par ce dernier. Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils seront prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par ce dernier. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 8 janvier 2019/asp Le Président :  
La Greffière :

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