

# FR\_GERICHTE 608 2017 33 vom 21. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_33)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 33 du 21 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 33 del 21 marzo 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

a) Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée. b) Le non-respect initial par l'assurée du délai qui lui a été imparti pour la régularisation de son recours n'entraîne pas l'irrecevabilité de ce dernier. En effet, l'ordonnance du 22 février 2017 du greffier-rapporteur délégué à l'instruction prévoyait comme sanction, à défaut de régularisation, soit que la Cour de céans statuera en l'état du dossier soit que son recours sera déclaré irrecevable. Dans la mesure où l'écriture de recours en question était accompagnée de la décision attaquée, comprenait une conclusion implicite évidente et des griefs succinctement motivés, l'irrecevabilité ne se justifie pas, sous peine de verser dans le formalisme excessif. c) Partant, le recours est recevable.

### E. 2

a) Aux termes 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) D'après une jurisprudence constante, 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). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

### E. 6

LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 28 al. 2 LAI). c) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant: a. que ces mesures soient nécessaires et de nature

à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels; b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les assurés ont droit aux prestations prévues à l'art. 16, al. 2, let. c, que les mesures de réadaptation soient nécessaires ou non pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 2bis LAI). Les mesures de réadaptation comprennent (art. 8 al. 3 LAI): a. des Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 mesures médicales; abis. des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle; b. des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital); d. l'octroi de moyens auxiliaires. Conformément à l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références citées). Ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20% peut déjà ouvrir droit à une mesure de reclassement (arrêt TF I 665/99 du 18 octobre 2000). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte

d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (arrêt TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (arrêt précité consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré 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). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (arrêt TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3 et les références citées). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales 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 (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si

l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 3. a) Les pièces suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction: - Le rapport médical non daté du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a fait état d'un syndrome dépressif de type burn-out justifiant une incapacité de travail totale depuis le 30 juin 2014 (dossier AI pce p. 85 à 88). - Le rapport médical du 30 juillet 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué « un trouble anxieux généralisé voire mixte (symptômes de TOC) exacerbé par un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs chez une personnalité avec un trouble de personnalité dépendante ». Le psychiatre a précisé avoir « estimé la symptomatologie dépressive pas assez prononcée pour retenir un trouble dépressif ». Le médecin a encore précisé qu'elle se plaignait « d'une mémoire et concentration déficientes, de sentiments dépressifs, d'une anxiété qui l'oblige à contrôler 10x sa porte, d'une phobie liée à une possible confrontation avec les gens de son ancien poste de travail, une tendance à rester confinée chez elle, un manque de confiance en elle ». Il a conclu à une incapacité de travail définitive pour l'emploi antérieur et à une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée, qui doit tenir compte des allergies, du besoin de clarté dans la hiérarchie et du besoin d'encadrement de sa patiente. A son sens, une amélioration serait cependant possible (dossier AI pce p. 55 à 59). - Le rapport médical du 20 juin 2016 du Dr G. \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un trouble anxieux généralisé et une personnalité dépendante. Le psychiatre a considéré qu'il existait un potentiel de réinsertion et que si l'activité habituelle n'était certes plus exigible une activité adaptée le demeurerait (dossier AI pce p. 38 à 42). - La prise de position du 7 octobre 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en anesthésiologie, du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a retenu que « l'assurée présente une affection psychique mineure, réactionnelle à un conflit avec sa supérieure hiérarchique. Aucun des diagnostics attestés ne constitue une atteinte à la santé suffisamment grave et durable pour justifier une incapacité de travail durable au sens de l'AI. Le problème n'est pas lié à l'état de santé mais au poste de travail. Comme l'atteste le psychiatre traitant, l'assurée est capable d'exercer toute autre activité à son taux habituel » (dossier AI pce p. 25). - Divers certificats médicaux attestant de l'incapacité de travail totale de la recourante (dossier AI pces p. 129 à 139). b) Dans la présente occurrence, la Cour de céans considère, avec le Dr H. \_\_\_\_\_, du SMR, que les diagnostics retenus par les médecins sollicités ne présentent pas une gravité et une durabilité suffisante pour justifier une incapacité de travail et de gain durable au sens de l'assurance-invalidité. Dans son rapport médical du 30 juillet 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs expressément souligné que la symptomatologie dépressive n'était pas assez prononcée chez la recourante pour retenir un trouble dépressif. De plus, le conflit professionnel à l'origine des affections présentées par la recourante, qui relève de facteurs psychosociaux et socioculturels ne relevant pas de l'assurance-invalidité (cf. supra 2d), prend une telle place dans son anamnèse, que le caractère de maladie des troubles psychiques devrait être attesté de manière particulièrement claire par les médecins sollicités

pour être reconnus comme telle (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références citées); ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence. Il apparaît, tout au contraire, que les médecins traitant Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 de la recourante, lesquels sont souvent enclins à prendre parti pour leur patient (cf. supra 2e), lui ont reconnu une incapacité de travail en se fondant essentiellement sur des motifs professionnels plutôt que médicaux. Ceci explique que, dans son premier rapport, le médecin psychiatre ait, d'un côté, expressément souligné le peu de gravité de l'affection présentée par sa patiente et, de l'autre, laconiquement conclu à une incapacité de travail définitive pour l'emploi antérieur et à une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée. A noter que, dans son rapport médical du 20 juin 2016, il s'est toutefois ravisé et a retenu qu'une activité de substitution était exigible sans restriction ni limitation dans le rendement (hormis le fait qu'il faille tenir compte des allergies, du besoin de clarté dans la hiérarchie et du besoin d'encadrement de sa patiente). Eu égard à ce qui précède, l'existence d'une atteinte à la santé invalidante peut être niée sans qu'un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne soit nécessaire (cf. arrêt TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3). De surcroît, les difficultés dont se plaint la recourante à trouver un nouveau travail en raison de son âge ne sont pas tributaire de son état de santé, mais exclusivement de facteurs relevant cas échéant de l'assurance-chômage (VSI 2000 70; arrêt TF 9C\_386/2012 du 18 septembre 2012). C'est le lieu de noter, enfin, qu'avec les diverses formations, l'expérience professionnelle et les connaissances linguistiques dont dispose la recourante, des mesures de réadaptation apparaissent d'emblée exclues. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé à la recourante tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. c) Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_ et compensés avec l'avance du même montant. 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 21 mars 2018 /yho Président Greffière-stagiaire

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