

# FR\_GERICHTE 608 2017 88 vom 11. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_88](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_88)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 88 du 11 septembre 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 88 del 11 settembre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### E. 2

a) A teneur 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. 8 al. 1 1e phr. LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant: 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 (let. a); que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné; cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références). b) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 1e phr. LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut pas prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix

du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Un reclassement ne peut pas être interrompu prématurément tant que le but visé de réinsertion peut encore être atteint moyennant le respect de proportionnalité (arrêt TF 9C\_81/2013 du 3 juillet 2013 consid. 6).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 c) 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 phr. 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.). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références). 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). 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 346 consid. 5.3 et 6). d) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (arrêt TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle

interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêts TF 8C\_356/2012 du 11 février 2013 consid. 3; 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées).

### **E. 3**

Pour pouvoir décider, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent 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 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à

l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). c) Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). 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. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (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 d'un Service médical régional 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).

#### **E. 4**

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, lesquelles dépendent d'une appréciation médicale de son état de santé. Dans son rapport du 18 novembre 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, atteste que des "troubles anxieux généralisés et dépressifs (F41.2)" et une "anxiété sociale" ont une incidence sur la capacité de travail de son patient. Par contre, en raison d'une abstinence, le diagnostic de "dépendance à l'alcool (F10.20)" n'a pas d'influence sur la dite capacité. Aux questions de l'annexe au rapport médical, le médecin répond que l'ancienne activité est encore exigible sans perte de rendement. Il ne cite pas de limitation fonctionnelle. Toutefois, dans le rapport médical dit "principal", il affirme que l'ancienne activité n'est plus du tout exigible et

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 qu'il y a une "incapacité à assumer ses dernières fonctions mais [une] capacité à 100% pour reprendre une activité dans le domaine social" (dossier OAI, p. 126). Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional des offices AI, conteste la validité des conclusions du psychiatre traitant. Reprenant textuellement la définition d'un "trouble anxieux et dépressif mixte" selon l'ICD-10, il soutient que ce trouble est une affection de faible gravité ne permettant pas de justifier une incapacité de travail. Il reste en outre dubitatif devant le diagnostic d'"anxiété sociale" chez un assuré considéré comme apte à travailler à 100% dans le domaine éducatif et social (dossier OAI, p. 124). Le médecin du SMR relève avec justesse que le rapport du psychiatre traitant n'est pas exempt de contradictions. Quand bien même on peut se référer à ses explications partielles du 3 avril 2017 (bordereau recours, pièce 3), force est de constater que le psychiatre soutient à la fois que l'ancienne activité est exigible et non-exigible, et que le recourant est en mesure de travailler dans le domaine social alors qu'il souffre d'anxiété sociale. Toutefois, sur le plan psychique, le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ suffit à rendre plausible la présence d'une atteinte invalidante et indépendante d'une éventuelle dépendance, son patient étant déclaré abstinent à l'alcool dans l'ensemble des pièces au dossier. Or, il convient de tenir compte du fait que le médecin du SMR est spécialiste en anesthésiologie. Un avis médical d'ordre psychiatrique émis par un non spécialiste doit être appréhendé avec une certaine prudence, ainsi que la Cour l'a rappelé à plusieurs reprises tant à l'égard des médecins- SMR (cf. not. arrêts TC 608 2016 261 du 31 juillet 2017 consid. 5c, 608 2016 120 du 9 juin 2017 consid. 3b/bb) que des généralistes traitants (cf. not. arrêts TC 608 2016 108 du 11 avril 2017 consid. 5b/aa). On ne saurait en effet oublier que, de jurisprudence constante, l'existence – et par conséquent l'absence – d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre. En outre, force est de constater que le médecin SMR, en reprenant la définition de l'ICD-10 et en l'appliquant au cas d'espèce, procède à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le sien et sans même avoir examiné l'assuré. Cette démarche et les conclusions qui en découlent ne sont appuyées par aucune autre pièce au dossier (cf. a contrario arrêt TC 608 2016 120 du 9 juin 2017 consid. 3b/bb; 608 2013 97 du 19 février 2015 consid. 3a/bb). Cela dépasse le rôle de conseil qui est reconnu au SMR par la jurisprudence. On le rappelle, lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, le médecin SMR ne peut qu'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). Au demeurant, dans un rapport du 6 avril 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine tropicale et médecine des voyages, atteste que la capacité de travail de son patient est entière, sans perte de rendement, dans toute activité. Il affirme notamment qu'en "tant que technologue alimentaire" son patient ne souffre d'aucune "restriction physique hormis une légère diminution des capacités de marche par suite d'une neuropathie sensitive toxique". Par contre, "pour des raisons psychologiques", le médecin soutient qu'il "serait préférable que le patient se voie offrir une reconversion professionnelle dans un métier social" (dossier de la cause, pièce 10). Quand bien même ce rapport est postérieur à la décision litigieuse et ne saurait, à ce titre, permettre à la Cour de trancher la cause qui lui a été soumise, il confirme

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 la thèse présentée par le Dr E. \_\_\_\_\_ que l'état de santé psychique de son patient réduit sa capacité de travail dans son ancienne activité. Enfin, on ne saurait oublier que, dans son rapport du 18 août 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, fait état de limitations d'ordre neurologique. Si le

neurologue mentionne une "polyneuropathie toxique" (soit liée à l'utilisation d'alcool) et une "irritation S1 droite" comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, dans son rapport le plus récent du 27 mars 2017, il ne fait plus qu'état du diagnostic d'"syndrome lombo-radiculaire irritatif S1 droite". Le neurologue estime d'abord que l'ancienne activité exercée est encore exigible, mais affirme qu'elle ne peut être exercée que 6 heures par jours avec un rendement inconnu. Le 27 mars 2017, faisant désormais abstraction de la polyneuropathie toxique, le médecin précisera même que "d'un point de vue professionnel, le patient ne doit pas avoir une activité nécessitant des efforts physiques et sa conversion comme éducateur spécialisé m'apparaît optimale" (bordereau recours, pièce 5; dossier OAI, p. 162). Les limitations d'ordre neurologique mentionnées par le Dr H.\_\_\_\_\_, lesquelles ne sont manifestement pas exclusivement liées à une consommation excessive d'alcool, n'ont pas été examinées par le Dr F.\_\_\_\_\_. Lorsqu'il procède à la liste des rapports au dossier, celui-ci se contente de mentionner que le recourant "présente également une polyneuropathie alcoolique sans limitations fonctionnelles et sans incapacité de travail attestée par le neurologue". On le constate, il s'agit d'une lecture incomplète de l'avis du neurologue. Pour tous ces motifs, l'avis du médecin-SMR ne saurait être suivi. Pour leurs parts, les autres avis au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de trancher le litige. Force est dès lors de constater que l'autorité intimée a statué sur la base d'un dossier incomplet. Dans ces circonstances, un renvoi à l'assureur apparaît justifié.

## **E. 5**

a) Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instructions complémentaires. b) Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. c) Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens pour ses frais de défense. Le 23 mai 2017, celui-ci a fait parvenir de liste de frais. Celle-ci se monte à un total de CHF 2'823.50, soit CHF 2'545.70 (10h11 à CHF 250.-) au titre d'honoraires, CHF 68.55 au titre des frais et CHF 209.25 au titre de la TVA (8%). Ces dépens sont intégralement mis à la charge de l'autorité intimée. d) Compte tenu de l'admission du recours et de l'octroi d'une équitable indemnité de partie, la demande d'assistance-judiciaire totale (608 2017 89) est sans objet.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 88) est admis. Partant, la décision du 22 mars 2017 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. II. La demande d'assistance-judiciaire totale (608 2017 89) est sans objet III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 2'823.50, dont CHF 209.25 au titre de la TVA (8%); ce montant est mis intégralement à la charge de l'autorité intimée. V. Communication. 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 11 septembre 2017/pte Président Greffier

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