

# FR\_GERICHTE 608 2018 175 vom 19. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_175](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_175)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 175 du 19 novembre 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 175 del 19 novembre 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

### E. 2

Dans son mémoire de recours, le recourant a implicitement fait valoir que son droit d'être entendu aurait été violé, dans la mesure où la prise de position du 9 mars 2018 du SMR ne lui aurait pas été transmise dans son entier et que son opposition du 28 février 2018 n'aurait pas été prise en considération pour cause de tardiveté. Cette question doit être traitée à titre liminaire dans la mesure où, si elle devait recevoir une réponse affirmative, elle scellerait le sort du présent litige.

#### E. 2.1

Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c; 131 V 35 consid. 4.2).

#### E. 2.2

En l'espèce, force est de constater que, dans sa prise de position du 9 mars 2018, le médecin du SMR ne fait en somme que confirmer ses précédentes conclusions et que le recourant a eu l'occasion de faire valoir ses arguments à maintes reprises. De plus, il lui était à tout instant loisible de requérir la consultation du dossier, ce qu'il n'a pas fait, notamment à réception de la pièce incomplète. En tout état de cause, même s'il fallait constater une violation du droit d'être entendu du recourant, la violation en question ne saurait être qualifiée de grave et le droit d'être entendu devrait être considéré comme réparé devant l'instance de céans (cf. à cet égard, ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 270 consid. 2.6.1; arrêt TF 9C\_606/2014 du

9 décembre 2014 consid. 2 et les références citées).

### **E. 2.3**

Partant, ce grief, mal fondé, doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

### **E. 3.1**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

### **E. 3.2**

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. 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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

### **E. 3.3**

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). 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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. 3.4**

L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Il en va de même des étudiants (Brochure Rentes d'invalidité de l'AI, p. 5 pt. 7). C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGa) (arrêts TF 9C\_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, dans son état au 1er janvier 2017; cf. n° 3079 ss). De jurisprudence constante, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (cf. not. ATF 133 V 504 consid. 4.2). En d'autres termes, l'assuré a un devoir de réduire son dommage en faisant tout ce que l'on peut attendre de lui afin d'améliorer sa capacité de travail et de réduire les effets de l'atteinte à la santé, en particulier en se procurant, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés; si l'atteinte a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, il peut être exigé qu'elle répartisse mieux son travail (aménager des pauses, repousser les travaux peu urgents). De même, le principe de réduire son dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2) se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la

famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille; il faut se demander pour chaque empêchement constaté si un proche pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (arrêt TF 9C\_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités).

### **E. 3.5**

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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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). Les examens médicaux sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI doivent être distingués des rapports au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur

probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1 et les références citées).

### **E. 3.6**

Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12

### **E. 4**

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant présente un empêchement à accomplir ses travaux habituels ou une diminution de rendement.

#### **E. 4.1**

Il s'agit dès lors de se reporter au dossier médical de l'assuré, composé essentiellement des pièces suivantes: - Le rapport médical non daté du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en otorhinolaryngologie, qui a diagnostiqué une surdité bilatérale existant depuis plusieurs années. Il a considéré que son patient pouvait exercer son activité habituelle à plein temps sans diminution de rendement (dossier AI pce p. 159 à 164). - Le rapport médical du 31 janvier 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en otorhinolaryngologie, qui a mentionné que « Le patient souffre d'une surdité de perception bilatérale d'origine génétique associée à un acouphène chronique, actuellement mal supporté et perturbateur. L'impact émotionnel négatif s'inscrit dans un contexte d'état dépressif depuis un an justifiant un suivi psychiatrique et un traitement médicamenteux ». Il a noté que l'état dépressif était traité (dossier AI pce p. 172 s.). - Le rapport médical du 21 mai 2015 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « - Troubles de l'humeur avec éléments psychotiques en 2013-2014 (F32.3) - Anxiété généralisée (F41.1) ayant conduit à un épisode de dépression majeure avec caractéristiques mélancoliques et risque suicidaire; état prépsychotique avec diverses phases maniaques ayant précédé (2011-2012) - Attaques de panique (F41.0) en état prépsychotique (aussi en lien avec les acouphènes apparus en 2012) - Réaction à un facteur de stress sévère (gestion des acouphènes) (F43.0) - Présomption forte d'un trouble déficitaire de l'attention (F90.0) à contrôler encore » et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de « Malentendant de naissance (gène familial: mère et trois enfants atteints) ». Le psychiatre a estimé la capacité de travail de son patient à 50%, a considéré que le pronostic était bon et que sa capacité de travail devrait passer de 80 à 100% dans l'avenir (dossier AI pce p. 279 à 283). - La prise de position du 13 juillet 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en anesthésiologie, du SMR, qui a noté ce qui suit: « Ce jeune assuré présente une surdité familiale appareillée et un acouphène chronique, pour

lesquelles aucune incapacité de travail n'est médicalement attestée. Il a présenté en automne 2013 un trouble de l'humeur sévère avec hospitalisation psychiatrique, qui a évolué favorablement. Le psychiatre traitant atteste également toute une série de diagnostics psychiatriques non corroborés par sa description clinique. C'est le cas en particulier de l'anxiété généralisée et des attaques de paniques. Quant à la « réaction à un facteur de stress sévère (gestion des acouphènes), codé F43.0 », il convient de relever qu'il s'agit selon la CIM-10 d'une « réaction aiguë à un facteur de stress », qu'elle consiste en un trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La CIM-10 spécifie les événements stressant dont il peut s'agir : catastrophe naturelle, accident, guerre, agression, viol. Force est de constater qu'aucun de ces critères n'est rempli dans le cas particulier. Enfin, concernant la « présomption forte d'un trouble déficitaire de l'attention F90.0 », je rappelle que, par définition, un tel trouble doit avoir débuté avant l'âge de 6 ans et qu'il s'agit d'un diagnostic hautement controversé chez

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 l'adulte. Indépendamment de ce débat, même si ce diagnostic devait être avéré, il n'aurait aucune répercussion sur la capacité de travail, l'assuré ayant démontré que son trouble ne l'a pas empêché d'obtenir un titre universitaire ». Sur la base de ces constatations, du fait que les possibles limitations de la capacité de travail étaient à ce jour d'ordre psychiatrique et du fait qu'à son avis le psychiatre traitant mentionnait des diagnostics non étayés ou erronés, le médecin a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (dossier AI pce p. 304 s.). - Le rapport médical du 17 décembre 2015 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent actuellement léger. Il a estimé que son patient ne présentait plus d'incapacité de travail à compter du 25 septembre 2015, date à compter de laquelle il bénéficie de prestations de l'assurance-chômage. Le psychiatre a, dans le corps du rapport, fait état d'une capacité de travail résiduelle de 50% avec diminution de rendement de 50% à cause d'un manque de concentration et d'une grande fatigue physique, alors qu'il a, dans l'annexe au rapport, noté que plus aucune activité n'était exigible de la part de son patient, que la capacité de travail de l'assuré ne peut plus être améliorée, mais que sa capacité de concentration n'est pas limitée (dossier AI pce p. 343 à 354). - La prise de position du 4 février 2016 du Dr G. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a souligné que le rapport médical du 17 décembre 2015 du Dr H. \_\_\_\_\_ était contradictoire dans son contenu et que l'état de santé psychique de l'assuré s'était à l'évidence amélioré puisqu'il ne subsiste plus qu'un épisode dépressif léger (dossier AI pce p. 360). - Le rapport médical du 10 avril 2017 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics de troubles dépressif récurrent épisode actuel léger depuis 2014 avec antécédents en 2013 de décompensation thymique avec éléments psychotiques (F33.0) et d'anxiété généralisée (F41.1). Elle a considéré que l'état de santé de son patient s'améliorait depuis l'été 2016 et que le pronostic restait favorable. Elle a noté que son patient reprenait ses études à 60% et qu'il présentait une diminution de rendement de 60% environ (dossier AI pce p. 390 à 394). - Le rapport d'expertise du 23 juin 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a noté que l'observation ne mettait en évidence aucun signe dépressif ou anxieux, aucun trouble neurovégétatif, aucun ralentissement ni aucune accélération psychique, aucun trouble psychomoteur, aucun signe significatif de fatigue ou de fatigabilité, aucun élément de la lignée psychotique, ni aucun trouble de la personnalité. Le

psychiatre a ainsi exclu tout diagnostic psychiatrique, tout trouble psychique, mais a malgré cela conclu en ces termes: « La pathologie actuelle diminue le rendement, classiquement, les acouphéniques nécessitent plus de temps que les personnes saines. On peut considérer que le rendement est diminué de 50%, cela touche principalement les activités non partagées, en l'occurrence professionnelles, ce qui n'est pas le cas dans les activités partagées, soit le ménage (effectué par sa mère et sa femme), les loisirs et les activités sociales. [...] A.\_\_\_\_\_ est en période d'études, il a une capacité complète, mais une diminution de rendement de 50% ». Il a motivé sa conclusion pour l'essentiel de la manière suivante: « A.\_\_\_\_\_ mentionne que la qualité du sommeil est moyenne et qu'il est fatigué. Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les acouphéniques (50% des patients), l'acouphène empêche l'endormissement et ou réveille souvent, si le réveil est court, il n'y a pas de souvenir, mais le sommeil est moins réparateur. La fatigue peut donc être chronique, avec une réduction des performances au travail, des sentiments d'anxiété, de tension, d'impuissance, de dépression et d'irritabilité. En résumé, la majorité des patients qui souffrent

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 d'acouphènes ressentent un niveau important de stress, présentent des problèmes psychosociaux et interpersonnels sévères et manifestent des troubles secondaires (troubles du sommeil, de la concentration, anxiodépressifs). Les traitements actuels visent d'une part à réduire l'impact émotionnel et les symptômes secondaires et, d'autre part, à améliorer la qualité de vie du patient » (dossier AI pce p. 397 à 412). - La prise de position du 5 octobre 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui s'est déterminé sur le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ de la manière suivante: « Sur le fond médical, l'expert a clairement exclu par les investigations appropriées et complètes tout diagnostic de la sphère psychiatrique. Il conclut néanmoins à un rendement limité à 50% en l'absence de diagnostic psychiatrique. Cette conclusion ne peut pas être retenue pour les raisons suivantes: 1) Elle est fondée exclusivement sur l'affection ORL (acouphènes), qui sort du domaine de compétence de l'expert. 2) Elle est en contradiction avec les rapports des médecins ORL qui attestent que l'affection est sans répercussion sur la capacité de travail et ne mentionnent pas d'incapacité de travail. Bien que le Dr E.\_\_\_\_\_, ORL, mentionnait en janvier 2014 que « l'impact émotionnel négatif s'inscrit dans un contexte d'état dépressif depuis un an justifiant un suivi psychiatrique et un traitement médicamenteux », force est de constater que cette configuration n'est plus d'actualité, l'expert ayant formellement exclu tout trouble de l'humeur actuel. 3) L'expert estime que « ce ne sont pas des problèmes psychiques qui empêchent A.\_\_\_\_\_ de dépasser les 4 heures par jour, mais plutôt la fatigue et les troubles de l'attention dus aux acouphènes » (p.11). Or l'expert n'a relevé aucun signe direct ou indirect de fatigue au cours de son examen clinique et précise explicitement qu'« il n'y a cliniquement pas de troubles observés dans la sphère neuropsychologique, la vigilance est bonne, l'attention, l'orientation, la mémoire sont sans particularité. » (p.9) Par conséquent, s'il y a des troubles de l'attention dus aux acouphènes, ils ne peuvent être qu'infra-cliniques et ne sauraient certainement pas justifier une perte de rendement de 50%, telle qu'attestée par l'expert. 4) Le chiffre de 50% de rendement ne repose que sur des considérations théoriques basées sur des statistiques (« les troubles du sommeil sont très fréquents chez les acouphéniques (50% des patients)... La majorité des patients qui souffrent d'acouphènes ressentent un niveau important de stress, présentent des problèmes psychosociaux et interpersonnels sévères et manifestent des troubles secondaires » (p. 11). Ces généralités ne s'appliquent cependant pas à cet assuré puisque aucun trouble n'a pu être mis en évidence et que l'expert précise même explicitement: « dans le cas

présent, il n'y a pas de problèmes psychosociaux et interpersonnels sévères » (p. 11). La diminution de rendement attestée par l'expert est donc arbitraire et sans corrélation avec les constatations cliniques. Conclusions: - Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ satisfait entièrement aux critères de qualité attendus d'une expertise médicale. Il exclut tout diagnostic psychiatrique actuel. - Le rendement de 50% attesté dans ce rapport ne peut pas être validé sur le plan de la médecine d'assurance » (dossier AI pce p. 414 s.). - Le courrier du 16 octobre 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, qui a pour l'essentiel noté que ce qui suit: « Critiquer les considérations théoriques basées sur des statistiques est tout de même surprenant, la médecine est faite de statistiques, ne serait-ce que pour les résultats des traitements, je dirais même, heureusement qu'il y a des statistiques en médecine. Parlez de troubles de l'attention infra- cliniques n'a aucun sens et ne fait que confirmer que le médecin du SMR ne comprend pas vraiment les problèmes de troubles cognitifs, dans le cas présent, les troubles de l'attention et la notion de contexte. Le chiffre de 50% de rendement ne repose pas que sur les statistiques, celles- ci ne viennent que confirmer les conclusions. Le travail de l'expert est de faire une appréciation en

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 fonction des données qu'il a, puis de contrôler si c'est exact, et non de prendre une donnée de la littérature et de l'adapter au problème qu'il traite. En conclusion, décider qu'un assuré peut travailler uniquement sur le fait qu'il n'est pas fatigué lors de l'entretien, sans tenir compte de la différence des contextes (amphithéâtre, cabinet médical), avec en plus l'argument que l'expert sort de son domaine de compétence n'est pas acceptable. [...] Je rappelle aussi que l'assuré dit qu'il espère arriver à 70 - 80% de capacité à long terme. Ce n'est donc pas une rente à vie, mais une aide notamment durant sa formation ». Le psychiatre en a conclu que « la prise de position du SMR n'est pas cohérente, modifier une conclusion sur la base de ce que je considère comme de faux critères est largement discutable, notamment si ce n'est pas discuté avec l'expert, d'autant plus que cela peut porter un préjudice non négligeable à l'assuré » (dossier AI pce p. 417 à 420). - La prise de position du 18 octobre 2017 des Drs G. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, médecins spécialistes en rhumatologie, du SMR, qui ont souligné que dans son dernier courrier le Dr J. \_\_\_\_\_ n'avait fait aucune référence à la situation concrète de l'assuré mais s'était borné à des considérations générales et théoriques. Ils ont dès lors confirmé les précédentes conclusions du SMR et noté qu'« Il serait par ailleurs incohérent que la baisse de rendement de 50% mentionnée par le Dr H. \_\_\_\_\_ en raison du seul diagnostic de « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger F33.0 », perdure alors que l'épisode dépressif est en rémission, comme l'atteste actuellement l'expert. La situation médicale est suffisamment documentée. Aucune mesure d'instruction médicale complémentaire n'est requise » (dossier AI pce p. 421). - La prise de position du 9 mars 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_, qui, se déterminant sur l'opposition de l'assuré au projet de décision de l'OAI, a exposé que « Concernant l'étiologie des acouphènes, elle reste mal connue et basée sur des hypothèses physiopathologiques difficiles à mettre en évidence cliniquement. Cela n'en fait pas pour autant une pathologie fonctionnelle. L'absence d'incapacité de travail ne découle pas du caractère « non organique » de la pathologie mais bien de l'absence de limitations fonctionnelles invalidantes induites par cette pathologie et attestées par les médecins ORL ». En l'absence de tout fait nouveau et de tout argument médico-asséculo-logique, le médecin a déclaré maintenir ses conclusions (dossier AI pce p. 438). - D'autres pièces médicales qui ne sont pas directement pertinentes pour la résolution du présent litige (dossier AI pces p. 1 à 6, 15 à 17, 32 à 36, 38 s., 40 à 43, 61 à 66, 73, 75 s., 94 à 96, 109 à 113, 115 à 121, 154 à 158, 188 à 192, 220 à 228, 306).

#### **E. 4.2.1**

Dans la présente espèce, Au plan strictement psychiatrique premièrement, il ne fait pas grand doute que le recourant ne souffrait plus d'aucune atteinte invalidante au jour de l'examen effectué par l'expert psychiatre. Le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ apparaît à cet égard en effet tout à fait circonstancié et univoque. La situation clinique psychique de l'assuré antérieure audit examen n'a toutefois pas été examinée à satisfaction de droit par l'expert et l'autorité intimée. Plusieurs psychiatres ont en effet auparavant attesté d'une incapacité de travail durable de l'assuré pour des motifs psychiatriques. L'on ne saurait dès lors, sur la base des pièces médicales figurant au dossier, exclure que le recourant ait présenté un empêchement à accomplir ses travaux habituels à 40% au moins à la fin du délai d'attente, soit le 14 juillet 2014, ou plus tard.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Un complément à l'expertise médicale effectuée apparaît donc nécessaire, ce qui justifie également un renvoi selon la jurisprudence fédérale (cf. supra consid. 3.5.).

#### **E. 4.2.2**

Au plan otorhinolaryngologique deuxièmement, la Cour de céans rejoint l'autorité intimée lorsqu'elle constate que l'expert psychiatre mandaté, le Dr J.\_\_\_\_\_, a retenu une diminution de rendement de 50% en la motivant par des considérations toutes générales relatives aux acouphéniques et sans apparemment se rapporter à la situation clinique concrète de l'assuré. Plusieurs de ses considérations donnent d'ailleurs à penser qu'il se fonde davantage sur les impressions subjectives relatées par l'assuré (notamment: « A.\_\_\_\_\_ mentionne que la qualité du sommeil est moyenne et qu'il est fatigué », cf. le rapport d'expertise du 23 juin 2017; « Je rappelle aussi que l'assuré dit qu'il espère arriver à 70 - 80% de capacité à long terme », cf. le courrier du 16 octobre 2017) que sur des constatations médicales objectives (inexistantes au plan otorhinolaryngologique dans les documents produits par l'expert). Enfin, certains de ses commentaires dénotent une méconnaissance frappante du système assécurologique suisse (notamment: « Ce n'est donc pas une rente à vie, mais une aide notamment durant sa formation », ibid.). A l'évidence, une telle appréciation ne saurait fonder l'octroi de prestations de l'assurance- invalidité. Il n'en demeure pas moins que tant le Dr J.\_\_\_\_\_ que les Drs F.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ ont tous retenu une certaine diminution de rendement générée par des affections découlant – potentiellement – des acouphènes, soit notamment un manque d'attention, un manque de concentration ou une grande fatigue physique. Certes à l'inverse, le Dr D.\_\_\_\_\_ a attesté que les acouphènes présentés par l'assuré n'entraînaient pas d'incapacité de travail; ce rapport apparaît toutefois par trop ancien et par trop succinct pour emporter la préséance au degré de la vraisemblance prépondérante. L'autorité intimée ne pouvait donc pas, en l'état du dossier, valablement exclure tout empêchement à accomplir les travaux habituels au plan otorhinolaryngologique. Cette question nécessaire est ainsi demeurée non éclaircie, à telle enseigne qu'un complément d'instruction tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. supra consid. 3.5.).

#### **E. 5.1**

Partant, le recours (608 2018 175) doit être admis au sens des considérants, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

#### **E. 5.2**

Le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens.

### **E. 5.3**

Le recourant ayant par là obtenu gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), les frais de procédure, par CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'autorité intimée.

### **E. 5.4**

Cela étant, la requête d'assistance judiciaire partielle (608 2018 198) formulée par le recourant devient sans objet. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 175) est admis au sens des considérants. Partant, la décision du 11 juin 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg afin qu'elle procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision. II. Il n'est pas alloué de dépens. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. IV. La requête d'assistance judiciaire partielle (608 2018 198) est sans objet. V. 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 19 novembre 2019/yho Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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