

# FR\_GERICHTE 605 2015 120 vom 30. Januar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-01-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2015\\_120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_120)

FR: FR\_GERICHTE 605 2015 120 du 30 janvier 2017

IT: FR\_GERICHTE 605 2015 120 del 30 gennaio 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 5

a) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). b) 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 (ATF 125 V 351 ; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011). 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 déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). aa) 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). 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). bb) Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour

exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C\_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3 et I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 cc) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée ; arrêt TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée).

## **E. 6**

En l'espèce, l'autorité intimée a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er avril 2008 au 31 juillet 2009 et du 1er octobre 2009 au 30 novembre 2010. Il s'agit ainsi de vérifier que l'état de santé et sa capacité de travail se sont bien améliorés au 31 juillet 2009 et au 30 novembre 2010, ces suppressions de rente correspondant à des décisions de révision au sens de l'art. 17 LPGA. En priorité, il convient de déterminer si, comme le fait valoir la recourante, un examen neurologique complémentaire appelé Thermo-test doit être effectué afin d'objectiver d'éventuels lésions des fibres fines. Les pièces médicales figurant au dossier doivent dès lors être examinées :

a) Etat de santé au 1er août 2008 - Le rapport médical LAA du 3 mai 2007 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin assistant à E.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'un traumatisme crânio-cérébral, d'une importante lésion à l'épaule gauche, de fractures de côtes de l'hémithorax gauche et d'une fracture malléolaire externe de la cheville gauche de type Weber C (dossier AI pce p. 23). - Le rapport médical du 22 juin 2007 du Dr L.\_\_\_\_\_, de M.\_\_\_\_\_, qui a effectué la prise en charge initiale après l'accident du 14 avril 2007 (dossier AI pce p. 29 ; cf. également pce p. 33). - Le rapport médical intermédiaire du 25 octobre 2007 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, qui a fixé une reprise du travail à 50% le 10 septembre 2007 (dossier AI pce p. 48). - Les rapports médicaux des 3 juillet et 3 décembre 2007 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a fait état d'une stabilisation par ostéosynthèse de la fracture de type Weber C. Il a estimé qu'il pouvait s'agir d'une évolution algodystrophique. A son avis, l'évolution est favorable, mais le traumatisme à l'extrémité inférieure justifie un programme de réadaptation. L'assurée s'était alors plainte de douleurs dans les deux genoux et la cheville gauche (dossier AI pces p. 30 s., 54).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 - Les rapports médicaux des 14 avril et 20 décembre 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, de la CNA, qui a fait état de douleurs dans la cheville gauche et les membres inférieurs. Il a précisé que la mobilité de la hanche était physiologique (dossier AI pce p. 61 s., 247). - Le rapport de sortie (hospitalisation du 30 janvier au 5 mars 2008) du 28 mars 2008 du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique, de F. \_\_\_\_\_, qui a nouvellement posé les diagnostics d'algodystrophie anamnétique, d'arthrose métatarsophalangienne débutante du 1er rayon gauche, de discrète atteinte neuropsychologique, de légère tendinopathie sous-scapulaire gauche sans rupture. Il a fait état de douleurs musculaires surtout à l'extrémité inférieure gauche ainsi que d'une sensation de faiblesse. Les examens neurologique et neuropsychologique, ainsi que l'IRM cérébral ont été dans les normes ; une évaluation en situation professionnelle a exclu tout trouble significatif. Les médecins n'ont somme toute noté qu'une persistance d'une légère diminution de l'endurance et ont conclu à une capacité de travail de 50% – pouvant être augmentée dans les semaines suivantes – dans son poste actuel adapté (dossier AI pces p. 96 s., 139 à 156). - Le protocole opératoire du 23 avril et le rapport du 2 août 2008 du Dr O. \_\_\_\_\_, qui a pratiqué l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et a fait état d'une évolution défavorable au niveau de la cheville gauche (dossier AI pce p. 130, 159). - Le rapport d'examen du 13 août 2008 du Dr P. \_\_\_\_\_, de la CNA, qui a mentionné une fatigabilité importante des membres inférieurs avec légère amyotrophie de la jambe gauche, des douleurs aux cuisses, la persistance d'une légère claudication et une diminution de la mobilité de la cheville ; il a précisé que la mobilité de la hanche et du genou était physiologique. Il a estimé qu'un nouveau séjour à F. \_\_\_\_\_ était justifié (dossier AI pce p. 131 s.). - Le rapport de sortie (hospitalisation du 28 octobre au 26 novembre 2008) du 18 décembre 2008 du Dr Q. \_\_\_\_\_, de F. \_\_\_\_\_, qui a exposé que l'examen neurologique avec ENMG a montré une atteinte d'environ 50% des fibres d'une branche sensitive terminale du nerf péronier superficiel gauche par axonotmésis partielle, pouvant expliquer une zone de dysesthésie douloureuse et d'allodynie. Le médecin a mentionné que « durant l'évaluation, la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée incertaine, et le niveau de cohérences moyen. [...] Diverses discordances sont par ailleurs relevées dans le rapport. Au terme de l'évaluation on peut estimer que le niveau d'effort fourni par la patiente correspond à un niveau d'effort léger à moyen. [...] On a plusieurs arguments pour retenir des autolimitations et une sous-évaluation de ses propres capacités par la patiente. Le substrat organique est actuellement pauvre et ne permet pas d'expliquer complètement le tableau clinique ». Il a dès lors conclu à une capacité de travail entière depuis le 26 décembre 2008 et précisé que l'ancien travail exercé, plus physique, apparaissait également exigible au vu des constatations médicales. Il a ajouté que des facteurs extramédicaux pouvaient participer à une évolution difficile (dossier AI pce p. 220 à 231). - Les rapports d'examen des 5, 8 janvier et 16 février 2009 du Dr O. \_\_\_\_\_, qui a constaté la persistance de douleurs à la palpation des facettes rotuliennes et aux chevilles, ainsi que d'une hypo-dysesthésie sur la moitié dorsale externe du pied droit. Il a confirmé la reprise du travail à 50% (dossier AI pce p 207 à 210, 236).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 b) Etat de santé au 31 juillet 2009 - Le rapport médical du 2 avril 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_, de la CNA, qui a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, attendu qu'elle permet de travailler en sollicitation alternée, en partie debout et en partie assise. Il a estimé que l'atteinte à l'intégrité était de 20% (dossier AI pce p. 240 à 242). - La prise de position du 27 avril 2009 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin

spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a conclu à une capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à l'instar de son activité habituelle, avec toutefois une diminution de rendement de 10% (pauses plus fréquentes et discrets troubles neuropsychologiques), dès le 27 décembre 2008 (dossier AI pce p. 250 s.). c) Etat de santé au 1er octobre 2009 - Le rapport du 30 juin 2009, le protocole opératoire du 26 octobre 2009 et le certificat du 20 janvier 2010 du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a procédé à une résection partielle labrale de la hanche gauche antéro-supérieure avec suture labrale partielle (dossier AI pce p. 355 ; cf. également pce p. 280, 281 s., 306 s., 307 à 309). - Le rapport médical du 20 janvier 2010 de la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait état de douleurs persistantes post-opératives et mentionné que la patiente était très démonstrative (dossier AI pce p. 289 à 292). d) Etat de santé au 30 novembre 2010 - Le rapport médical du 20 mai 2010 du Dr U.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, de la CNA, qui a conclu à une capacité de travail entière dans un travail léger (partiellement en position assise, partiellement en position debout) du secteur industriel, avec toutefois une diminution de rendement de 10% due à la possibilité d'un besoin accru de pauses. - La prise de position du 30 juin 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine du travail, du SMR, qui a proposé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et précisé qu'une incapacité de travail totale était justifiée depuis le 26 octobre 2009 pour six mois a priori (dossier AI pce p. 376). - Le rapport d'expertise du 10 septembre 2010 du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a retenu une lésion par axonotmésis d'une branche terminale du nerf péronier superficiel gauche ainsi que des douleurs diffuses des membres inférieurs. Il a constaté une amélioration spectaculaire de celles-ci à la suite de la pose d'un neurostimulateur. Il a fait état d'un examen clinique des hanches et genoux sans particularité et a exclu un trouble somatoforme douloureux. L'expert a finalement conclu à une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, qui respecte ses limitations fonctionnelles – travail en position alternée assis-debout, sans activités lourdes répétitives – (dossier AI pce p. 412 à 424). - Les rapports médicaux des 8, 29 septembre, 6 octobre 2010 et 17 janvier 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, de I.\_\_\_\_\_, qui a fait état de douleurs neuropathiques dans la région antérieure des cuisses irradiant jusque dans les genoux, couplées avec une allodynie. Il a précisé que des traitements par ergothérapie et médicaments sont restés inefficaces. Il a enfin noté que l'assurée était en phase de test pour l'implantation permanente d'un stimulateur. Il a estimé que les douleurs dont souffrait sa patiente étaient

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 d'origine neuropathique, pouvant s'expliquer en partie par l'intervention chirurgicale et en partie par le traumatisme. Il a précisé, au demeurant, que le fait que l'assurée ait ressenti beaucoup moins de douleurs après la mise en place d'un stimulateur médullaire (traitement palliatif) renforçait ce diagnostic. Il s'est finalement inscrit à faux par rapport à l'appréciation médicale du Dr W.\_\_\_\_\_ relative à l'exigibilité d'une activité professionnelle (dossier AI pces p. 461 s., 572 s., 822 à 825). - La lettre à contenu médical du 1er février 2011 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui a estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 40% en tant qu'ouvrière avec une place de travail adaptée (dossier AI pce p. 457 s.). - Le rapport médical du 11 février 2011 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecine du sport, qui a noté que sa patiente s'était plainte d'une douleur de type neurogène, l'empêchant d'effectuer sa rééducation à la marche en piscine en raison des brûlures provoquées par

l'immersion dans l'eau chaude, au niveau des deux cuisses avec irradiation jusqu'aux genoux (dossier AI pce p. 459 s., 570 s. ; cf. également pces p. 360 s., 401). - Le rapport médical du 22 mars 2011 du Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a conclu à un EMG normal et a précisé n'avoir découvert aucun signe d'une atteinte neurologique de type central ou périphérique ; il a dès lors ajouté que de plus amples investigations n'étaient pas nécessaires (dossier AI pce p. 482, 569). - La prise de position du 2 août 2011 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR, qui a requis une expertise complémentaire du Dr W.\_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 469). - Le rapport d'expertise complémentaire du 10 novembre 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_, qui a retenu, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs chroniques des membres inférieurs (G 62.9) et une coxopathie gauche (M 13.1), ainsi que, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après polytraumatisme avec fracture de côte et de cheville gauche (Z 91.6) et une lésion par axonotmésis d'une branche superficielle du nerf péronier superficiel gauche (G 57.3). S'agissant des douleurs chroniques des membres inférieurs, il a indiqué qu'elles ne s'expliquaient pas par une pathologie de l'appareil locomoteur et a dès lors proposé un examen neurologique approfondi. Il a finalement conclu à une capacité de travail entière dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (limitations dans les attitudes posturales prolongées, surtout dans la posture debout, ainsi que pour la marche au-delà de 15 minutes) ; il a toutefois précisé que son appréciation se limitait au domaine orthopédique (la coxopathie), l'affection la plus invalidante – à savoir le syndrome douloureux des membres inférieurs – n'étant pas pris en considération (dossier AI pce p. 483 à 499). - Le rapport d'expertise du 21 janvier 2012 du Dr AA.\_\_\_\_\_, de AB.\_\_\_\_\_ de G.\_\_\_\_\_, qui a exposé que, contrairement à l'opération par arthroscopie pour une lésion labrale de la hanche gauche effectuée en juin 2009 par le Dr S.\_\_\_\_\_, l'implantation du neurostimulateur en août 2010 a significativement diminué les douleurs ressenties par l'assurée ; des dysesthésies dans la région du pied gauche, des douleurs à la marche avec irradiation dans la cuisse gauche, ainsi qu'une faiblesse des adducteurs de l'articulation de la hanche subsistent malgré tout à ce jour. Il a précisé en outre que, dans la mesure où les douleurs n'ont pas diminué suite à la résection du labrum, il y a de fortes chances pour que l'origine des douleurs se situent plutôt dans

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 la région de la colonne (L3-L4), ce qui expliquerait également les douleurs au niveau des cuisses présentes avant et après l'opération (dossier AI pce p. 593 à 597 et 633 à 658). - Le rapport médical du 4 juin 2012 du Dr O.\_\_\_\_\_, qui a exposé que les douleurs aux hanches sont apparues en 2007, n'ont plus été mentionnées lors du séjour en réadaptation en 2008, puis ont à nouveau été notée en juin 2008 (dossier AI pce p. 837 s., 1028 s.). - Les rapports médicaux des 22 et 31 août 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'un changement de batterie du stimulateur et a précisé que sa patiente n'avait jamais présenté de symptômes compatibles avec une neuropathie périphérique avant son accident (dossier AI pces p. 826 et 830). - Le rapport du 4 septembre 2012 du Dr AA.\_\_\_\_\_, qui a estimé que les éléments apportés par le Dr O.\_\_\_\_\_ confirmaient les conclusions de son précédent rapport (dossier AI pce p. 844 à 847). - La prise de position du 21 décembre 2012 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a exposé que le dossier concernant la neurologie lui paraissait clair et qu'une expertise neurologique n'était donc pas nécessaire. Elle a cependant proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (dossier AI pce p. 502). - Les rapports médicaux des 12 juin et 12 octobre 2012 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui a exposé que la fracture de la cheville gauche a en effet

masqué les symptômes de la hanche durant les mois qui ont suivi le traumatisme, jusqu'à la mobilisation de l'assurée (dossier AI pce p. 514 s., 567 s., 836, 1030). - Le rapport d'expertise 2 mai 2013 du Dr AC.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui – se fondant notamment sur les résultats des tests psychométriques effectués – a exclu l'existence d'un état dépressif même mineur, d'un trouble anxieux, d'un état de stress post-traumatique, de symptômes psychotiques, d'une maladie de la dépendance, d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale et d'un trouble somatoforme douloureux. Il a en définitive retenu qu'un éventuel trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique. Le psychiatre a ainsi conclu à une capacité de travail entière (dossier AI pce p. 529 à 551). - La prise de position du 30 septembre 2013 du Dr AD.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a considéré que l'assurée pouvait travailler à plein temps depuis le 2 avril 2009 – selon les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_ – puis était incapable à 100% du 26 octobre 2009 – opération de la hanche gauche – à septembre 2010 – date de la première expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ reconnaissant une capacité de travail entière (dossier AI pce p. 557). - La prise de position du 21 janvier 2014 du Dr AD.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a souligné que seules les limitations fonctionnelles étaient déterminantes pour la fixation de l'exigibilité et non les diagnostics en soi. Dans la mesure où celles-là ont clairement été fixées par l'expert orthopédique sollicité, il estime que les douleurs ont bien été prises en compte dans la détermination de l'exigibilité (dossier AI pce p. 588 s.). - Le rapport du 24 février 2014 du Dr AE.\_\_\_\_\_, du département d'anesthésie et centre d'antalgie de AF.\_\_\_\_\_, qui a constaté une amélioration de la situation (soulagement d'au moins 50%) ensuite de la pose du stimulateur (dossier AI pce p. 962 s., 965 s.).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 - Le rapport médical du 27 juin 2014 des Drs AG.\_\_\_\_\_ et AH.\_\_\_\_\_, du service de la douleur de G.\_\_\_\_\_, qui ont noté : « Die brennende Schmerzqualität lässt an einen neuropathischen Charakter denken. In der körperlichen Untersuchung bestanden grobkursorisch jedoch keine deutlichen neurologischen Zeichen. Die Anamnese und die Klinik geben auch keine Hinweise für eine angiologische Problematik ». Afin d'exclure une problématique neuropathique ou myopathique, ils ont suggéré un examen neurologique auprès du service compétent de G.\_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 997 à 999). - Le rapport médical du 21 juillet 2014 des Drs AI.\_\_\_\_\_ et AJ.\_\_\_\_\_ du service de neurologie de G.\_\_\_\_\_, qui, après avoir effectué divers examens neurologiques, ont par ces mots exclu toute atteinte neurologique : « Zusammenfassend ergibt sich kein Hinweis auf eine relevante periphere Polyneuropathie mit Affektion der grosskalibrigen Nervenfasern, Plexopathie oder Radikulopathie als Ursache für die angegebenen Schmerzen. Auch die vorbeschriebene axonale Schädigung des N. peroneus R. superficialis links lässt sich in der heutigen Untersuchung nicht mehr nachweisen » (bordereau de pièces de la recourante, 3). - La prise de position du 15 septembre 2014 du Dr AD.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a retenu que les Drs AG.\_\_\_\_\_ et AH.\_\_\_\_\_ avaient fait état des mêmes diagnostics et des mêmes symptômes que le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise ; en particulier, aucun fait nouveau ni aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée n'aurait été mis en avant (dossier AI pce p. 1046). - Divers certificats d'incapacité de travail (dossier AI pces p. 22, 27, 35, 39, 47, 60, 98, 106, 133, 232, 243, 364, 371 s., 399 s., 1035). e) Les pièces suivantes ont enfin été déposées au dossier postérieurement à la décision attaquée : - Le rapport du 16 septembre 2014 des Drs AG.\_\_\_\_\_ et AK.\_\_\_\_\_, du service de la douleur de G.\_\_\_\_\_, qui, après des

examens psychosomatique du 30 juin 2014 et neurologique du 21 juillet 2014, ont exclu toute psychopathologie et neuropathie (bordereau de pièces de la recourante, 4). - Le rapport médical du 18 novembre 2014 du Dr AL.\_\_\_\_\_, de la CNA, qui a estimé qu'aucune pathologie n'expliquait les douleurs ressenties par l'assurée et ne justifiait l'implantation d'un neurostimulateur (bordereau de pièces de la recourante, 5). - Le rapport du 6 février 2015 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui a estimé que le médecin de la CNA s'était fondé sur des examens cliniques incomplets. Il s'est dit particulièrement étonné que le service d'antalgie de G.\_\_\_\_\_ n'ait pas procédé à un Thermo-test. Il a à cet égard précisé que ce service était un des seuls centres de Suisse à disposer d'un équipement pour effectuer de tels tests et que cette méthode permettait d'objectiver la présence de lésions des fibres fines, qui constitue la lésion principale chez l'assurée (bordereau de pièces de la recourante, 6). - Le rapport du 22 mai 2015 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui a précisé que le Thermo-test était indispensable pour objectiver la présence d'une lésion neurologique des fibres fines, qui représente la très grande majorité des lésions neurologiques post-traumatiques sans défaillance motrice (pièce déposée par la recourante). - La prise de position du 19 juin 2015 du Dr AD.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a exposé que le diagnostic étiologique n'était pas déterminant pour fixer l'exigibilité médicale, que les douleurs étaient

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 médicalement reconnues dans le cas de l'assurée et que seules leur répercussions sur la capacité de travail et leur « surmontabilité » importaient. Il a souligné, au demeurant, que la méthode Thermo-test, connue sous le nom de « quantitative sensory testing », était une méthode parmi d'autres utilisées pour diagnostiquer les neuropathies des petites fibres, qu'elle était actuellement essentiellement utilisée dans le contexte de la recherche clinique et non pas en pratique clinique courante et que sa précision diagnostique était relativement médiocre selon une étude récente (pièce déposée par l'autorité intimée). - Le rapport du 14 septembre 2015 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui a jugé immoral de se prévaloir du fait que l'appareil de Thermo-test était utilisé pour des projets de recherche exclusivement (pièce déposée par la recourante).

## **E. 7**

a) Sur les plans psychiatrique et psychosomatique, la Cour de céans constate que, dans son rapport d'expertise 2 mai 2013, le Dr AC.\_\_\_\_\_ a exclu tout trouble – même mineur –, y compris un trouble somatoforme douloureux, et a ainsi conclu à une capacité de travail entière. L'expertise précitée est parfaitement probante. L'appréciation médicale émise est claire et univoque et les conclusions du psychiatre sont dûment motivées. C'est le lieu de noter que l'expertise en question satisfait par ailleurs pleinement aux exigences de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, le psychiatre s'étant notamment fondé sur des tests psychométriques multiples pour fonder son appréciation. La recourante ne remet d'ailleurs pas la valeur probante de l'expertise en cause. Elle s'est même dite étonnée de faire l'objet d'une expertise psychiatrique. Aussi une entière capacité de travail doit lui être reconnue sur les plans psychiatrique et psychosomatique. b) Sur le plan orthopédique, l'assurée a été reconnue totalement incapable de travailler durant deux périodes distinctes. aa) Elle a ainsi été reconnue totalement invalide du 1er avril 2008 au 31 juillet 2009. La date du 1er avril 2008 correspond à la fin du délai d'un an de l'art. 28 al. 2 LAI qui part depuis l'accident du 14 avril 2007 ; elle est généreuse, dans la mesure où elle ne tient pas compte du délai d'attente de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LPGA. La date du 31 juillet 2009 correspond au jour du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, dans lequel une capacité de travail entière est derechef reconnue (2 avril 2009 + 3 mois conformément à l'art. 88a al.

1 RAI) ; elle aussi apparaît généreuse, attendu que, dans son rapport de sortie du 18 décembre 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_, avait déjà retenu une capacité de travail entière et, cela, depuis le 26 décembre 2008 (cf. à cet égard également son rapport de sortie du 28 mars 2008). La recourante a donc droit à une rente entière pour cette période.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Sur le plan orthopédique à tout le moins, la recourante a ensuite recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle d'ouvrière-opératrice (y. c. d'ailleurs dans son ancienne activité, plus physique ; cf. le rapport de sortie du 18 décembre 2008 du Dr Q.\_\_\_\_\_), tout au plus avec une diminution de rendement de 10% (pauses plus fréquentes et discrets troubles neuropsychologiques ; cf. la prise de position du 27 avril 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_). Dans la mesure où la recourante ne doit pas changer d'activité professionnelle, les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral relatives à une comparaison en pourcent sont réalisées en l'espèce (ATF 104 V 135 consid. 2b ; arrêt TF 8C\_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7). Elle présente ainsi tout au plus une invalidité de 10% pour cette période, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. bb) Elle a également été reconnue totalement invalide du 1er octobre 2009 au 30 novembre 2010. La date du 1er octobre 2009 correspond à l'opération de la hanche gauche et a été reprise par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 30 juin 2010 (les 3 mois de l'art. 88a al. 2 RAI n'ayant pas été ajouté, à la faveur de la recourante). La date du 30 novembre 2010 correspond à la date de la première expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ (septembre 2010 + 3 mois conformément à l'art. 88a al. 1 RAI), qui a été reprise par le Dr AD.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 30 septembre 2013 ; elle est également généreuse, attendu qu'une capacité de travail entière aurait très bien pu être retenue à partir du rapport médical du 20 mai 2010 du Dr U.\_\_\_\_\_, l'attestant, ce qui correspondrait davantage aux 6 mois d'incapacité reconnus par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 30 juin 2010. La recourante a donc droit à une rente entière pour cette période également. La recourante a ensuite à nouveau recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle comme dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (limitations dans les attitudes posturales prolongées, surtout dans la posture debout, ainsi que pour la marche au-delà de 15 minutes ; cf. le rapport d'expertise du 10 septembre 2010 et le rapport d'expertise complémentaire du 10 novembre 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_). Elle n'a donc plus droit à une rente à compter du 30 novembre 2010. Aussi la décision entreprise peut-elle être confirmée sur un plan strictement orthopédique. c) Sur le plan neurologique, force est de constater que les douleurs diffuses ressenties par la recourante dans les membres inférieurs n'ont pas pu être objectivées par les diverses investigations médicales entreprises. En particulier, tous les examens neurologiques ont exclu une atteinte pouvant justifier les douleurs ressenties, ainsi que cela ressort du rapport de sortie du 28 mars 2008 du Dr Q.\_\_\_\_\_, du rapport de sortie du 18 décembre 2008 du Dr Q.\_\_\_\_\_, du rapport du 22 mars 2011 du Dr Y.\_\_\_\_\_, du rapport du 21 juillet 2014 des Drs AI.\_\_\_\_\_ et AJ.\_\_\_\_\_ de G.\_\_\_\_\_, du rapport du 16 septembre 2014 des Drs AG.\_\_\_\_\_ et AK.\_\_\_\_\_ et du rapport du 18 novembre 2014 du Dr AL.\_\_\_\_\_. Les neurologues sollicités sont donc unanimes à cet égard. L'opinion dissidente du Dr H.\_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialisé en neurologie, est motivée par trop succinctement et n'est fondée sur aucun élément médical objectif. Il sied, en outre, de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 S'agissant de l'examen complémentaire requis par la recourante, il sied de relever que les spécialistes du service de neurologie de G. \_\_\_\_\_ ont, après avoir effectué divers tests neurologiques, exclu de manière univoque toute atteinte et ont ainsi implicitement estimé que des investigations supplémentaires n'étaient pas utiles. Quant au Dr Y. \_\_\_\_\_ et à la Dresse Z. \_\_\_\_\_, ils ont même explicitement précisé que de plus amples examens n'étaient pas nécessaires. De surcroît, en ce qui concerne le Thermo-test singulièrement, le Dr AD. \_\_\_\_\_ a souligné que sa précision diagnostique était relativement médiocre selon une étude récente et qu'il n'était guère utilisé en pratique clinique courante, arguments auxquels le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas répondu de manière convaincante. Ainsi, selon une vraisemblance prépondérante, un Thermo-test n'apporterait aucun moyen de preuve nouveau (appréciation anticipée des preuves). Aussi la capacité de travail de l'assuré peut-elle être considérée comme entière sur le plan neurologique, sans que le Thermo-test requis n'ait à être mis en œuvre. d) Il sied de noter, enfin, que le Dr AC. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 2 mai 2013, a estimé que les douleurs pouvaient également avoir une cause socio-psychologique. Il ressort au demeurant du rapport de sortie du 18 décembre 2008 du Dr Q. \_\_\_\_\_ que l'assurée n'avait selon toute vraisemblance pas donné son maximum aux différents tests auxquels elle a été soumise, que des discordances ont pu être relevées, que le niveau de cohérences était moyen et qu'il avait plusieurs arguments démontrant des autolimitations ainsi qu'une sous-évaluation de ses propres capacités par la patiente. Enfin, les Drs T. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, dans leurs rapports respectifs du 20 janvier 2010, ont fait état d'une attitude très démonstrative de la recourante. Or, de tels facteurs psychosociaux, extra-médicaux, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et empêchent la reconnaissance d'une atteinte à la santé. La mise en œuvre d'un Thermo-test n'y changerait rien, là non plus. e) En définitive, il convient de confirmer que, pour des motifs orthopédiques, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er avril 2008 au 31 juillet 2009 et du 1er octobre 2009 au 30 novembre 2010. Les douleurs diffuses ne correspondent qu'à des plaintes subjectives, dépourvues de substrat psychiatrique, orthopédique ou neurologique, mais fortement influencées par des facteurs extra-médicaux. Leur nature psychosociale ne saurait dès lors justifier la reconnaissance d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

## **E. 8**

a) Partant, le recours doit être rejeté. 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 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à 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. 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 30 janvier 2017/yho Président Greffier

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