

# **FR\_GERICHTE 605 2017 145 vom 28. März 2018**

FR Kantonsgericht, 2018-03-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_145](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_145)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 145 du 28 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 145 del 28 marzo 2018

## **Regeste**

Arrêt de la Ie 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 et dûment représenté, le recours est recevable.

### **E. 2**

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. Est réputé incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputé incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

### **E. 3**

Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit

d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

#### **E. 4**

a) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du

#### **E. 9**

avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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

quelles 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). 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'une 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et aux 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 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). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'assuré présente une invalidité et, cas échéant, quel est le taux de celle-ci, ce qui découle d'une appréciation médicale de sa situation. a) Parcours professionnel et atteinte invoquée A l'appui de sa demande de rente déposée le 9 juillet 2014, le recourant, né en 1987, informaticien de formation, indique souffrir d'un burnout consécutif à des pressions extrêmes au travail et souffrir depuis de forts maux de tête. b) Au moment où il a déposé sa demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, son état de santé était décrit ainsi: Dans son rapport médical du 13 juillet 2014, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH et médecin traitant de l'assuré, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive dans le cadre d'un conflit au travail (F43-22). Incapacité de travail de 100% dès le 4 avril 2014, encore en cours, avec réévaluation mensuelle. Autres diagnostics: tendinite du cubital antérieur G, épicondylite et épitrochléite G, comptant également pour l'incapacité de travail, le taux d'incapacité étant difficile à déterminer précisément mais il l'estime à 80% initialement, le travail étant clairement limité par la surutilisation des mains au clavier, puis à 30%, dès le 1er juin 2014. Céphalées en casque probablement d'origine

tensionnelle. Quant au pronostic pour la reprise du travail: une reprise du travail auprès de l'employeur actuel lui semble impossible mais le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 patient serait capable de travailler dans un autre cadre à 100% dès la fin de ses examens à fin septembre 2014. L'espoir du patient est en effet de tenir le coup jusqu'aux examens puis de changer d'employeur. Dans son rapport médical du 6 août 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale, indique que ce patient l'a consulté pour investigations de céphalées diffuses, présentes depuis le mois d'octobre 2013, s'étant nettement aggravées au mois de mars 2014, à tel point que le patient ne pouvait plus travailler. Le status ORL étant dans les normes et ne permettant pas d'expliquer ces céphalées intenses, il a demandé un IRM, examen qui a permis de mettre en évidence une pathologie au niveau de la selle turcique, avec un vraisemblable hématome semi-récemment de la partie postérieure de l'antéhypophyse, laissant suspecter un problème d'adénome hypophysaire hémorragique. Au vu de ce diagnostic, il l'a adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH. c) On a alors découvert un kyste de la poche de Rathke. Dans son rapport médical du 3 septembre 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_, neuroradiologue FMH, évoque une IRM hypothalamique sans changement reconnaissable par rapport aux comparatifs externe du 30 juillet 2014 montrant une lésion ovale de 7 mm de diamètre, attribuée à la partie postéro-latérale droite de l'hypophyse. Son apparence, absence d'évolution de signal et absence de rehaussement parlent en premier lieu pour un kyste de la poche de Rathke. Un micro-adénome hémorragique semble nettement moins probable. Pas d'élément évocateur d'une sarcoïdose intra-crânienne ni d'une hypophysite. Pour le reste, IRM et angio-IRM cérébrale dans les limites normales. Dans son rapport médical du 9 septembre 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, indique que les kystes de la poche de Rathke sont rarement chirurgicaux et il pense, qu'à moins d'une forte perturbation de la fonction hypothalamo-hypophysaire, il faut se contenter de le surveiller, aucune opération n'était en effet nécessaire ou indiquée. d) On lui a diagnostiqué un dysfonctionnement marqué de son articulation temporo-mandibulaire, laquelle peut expliquer les céphalées. Dans son rapport médical du 6 octobre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL et en chirurgie cervico-faciale, pose les diagnostics de dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire droite et de kyste de la poche de Rathke de l'hypophyse. Il constate un dysfonctionnement marqué de son articulation temporo-mandibulaire droite, celle-ci pouvant expliquer les céphalées présentées par l'assuré depuis bientôt dix mois. e) Son médecin traitant évoque une réactivation des céphalées suite à l'annonce de son licenciement et il considère donc que les céphalées ont vraisemblablement une part psychosomatique; de même, le spécialiste en neurologie mentionne que ce sont très vraisemblablement des céphalées de tension et qu'il n'y a probablement pas de lien avec le petit kyste de la poche de Rathke, enfin, le spécialiste de la colonne vertébrale indique que c'est dans un contexte de surcharge émotionnelle que sont apparues les céphalées. Dans son rapport médical du 2 mars 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ indique que le diagnostic de dysfonction de l'ATM D a été posé par la chirurgie maxillo-faciale du CHUV et que les endocrinologues et les neurochirurgiens du CHUV ont définitivement retenu le diagnostic de kyste de la poche de Rathke. Il y a eu une réactivation des céphalées suite à l'annonce du licenciement

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 par son employeur, une part psychosomatique aux céphalées est donc également vraisemblable. Le pronostic est difficile à préciser car les céphalées ont un cours imprévisible et leur étiologie semble autant due au kyste de la poche

de Rathke qu'à la dysfonction de l'ATM ou à un problème psychosomatique. Le nouvel emploi devrait tenir compte d'un poste de travail au calme et si possible individuel, voire même à domicile. Il semble que, dans ces conditions, le rendement de son travail soit même très bon, mais sur une période encore assez courte (environ 4h) actuellement. Dans son rapport médical du 24 mars 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, indique que les caractéristiques des céphalées évoquent très probablement des céphalées dites de tension. En effet, il n'y a probablement pas de lien avec la découverte de ce petit kyste de la poche de Rathke. Dans le diagnostic différentiel, il faut inclure compte tenu d'une assez nette unilatéralité des douleurs une céphalée cervicogénique ou une névralgie occipitale. Pour cette raison, il propose d'adresser le patient dans un centre de la douleur pour effectuer des infiltrations. En cas d'échec, il pense qu'il faudrait introduire un traitement de fond de Saroten Retard dans l'hypothèse d'une céphalée dite de tension, de forme chronique. Dans son rapport médical du 23 avril 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et spécialiste de la colonne vertébrale, mentionne que, dans un contexte de difficultés d'expression et de surcharge émotionnelle, l'assuré a développé des céphalées dont l'origine reste intriquée et pour lesquelles une atteinte musculo-squelettique peut malgré tout être retenue. Cette problématique s'inscrit dans un contexte plus global de troubles posturaux sévères avec verrouillage algodysfonctionnels mediothoraciques dans le cadre d'une hyperlaxité ligamentaire majeure. Ainsi, dans ce contexte d'enraidissement, on peut retenir une sursollicitation des segments vertébraux adjacents. L'examen neurologique a permis d'exclure l'éventualité d'une atteinte irritative neurogène récente et l'examen dynamique cervical en radiographie n'a pas démontré de signes évocateurs d'une micro-instabilité segmentaire. f) Le médecin du SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise en rhumatologie et en psychiatrie tandis que le spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale a pour sa part indiqué qu'il n'y avait plus de douleurs à la palpation des muscles de la mastication et donc que les céphalées ne semblaient pas être associées à une pathologie maxillo-faciale. Dans son rapport médical du 3 août 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin SMR, indique que la problématique liée au syndrome de la poche de Rathke n'est pas responsable de la problématique de l'assuré, selon les multiples investigations effectuées. Par contre, et au vu de l'anamnèse évoquant de multiples chutes durant l'enfance, l'examen précis du Dr J. \_\_\_\_\_ de la colonne cervicale de l'assuré ainsi que de l'ATM droite par le Dr H. \_\_\_\_\_, la notion de syndrome hyperlaxé doit être prise au sérieux, possiblement décompensée qu'elle a été à la suite de tensions musculaires intenses liées au stress professionnel qui a été à l'origine de trouble de l'adaptation (en principe non invalidant) décrit par le médecin traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_. Pour démontrer ou infirmer cette hypothèse et surtout, savoir si l'assuré présente ou non une maladie invalidante selon la LAI, un examen indépendant et neutre (une expertise en rhumatologie et psychiatrie) doit être organisée. Dans son rapport médical du 3 décembre 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au département des services de chirurgie et d'anesthésiologie, chirurgie orale et maxillo-faciale, relève que le syndrome myofascial diagnostiqué auparavant semble être résolu puisqu'il n'y a plus de douleur à la palpation des muscles de la mastication. En revanche, étant donné la persistance

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 des céphalées, l'étiologie de celles-ci ne semble pas être associée à une pathologie maxillo-faciale. g) Les deux experts considèrent que l'assuré peut exercer toute activité en adéquation avec ses aptitudes, à 100%, et sans perte de rendement, pour autant que son poste de travail soit ergonomique. Dans son expertise rhumatologique du 14 décembre 2015, la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, pose les

diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail: cervicalgies chroniques dans le cadre d'un trouble statique et de troubles dégénératifs (discopathies C4-C5 et C5-C6), hyperlaxité ligamentaire. Elle estime que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 8 heures par jour et sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles pour qu'une activité soit adaptée sont: pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et dorso-lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et/ou du tronc, pas de mouvements itératifs des articulations, pas de travaux physiques lourds, pas de port itératif de charges > 10-15 kg, poste de travail ergonomique. Dans son expertise psychiatrique du 16 décembre 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ne pose aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail, il émet le diagnostic de troubles de l'adaptation (F43.2) secondaires à des manifestations somatiques. Il signale que l'assuré n'est pas suivi par un psychologue ou un psychiatre, qu'il ne prend pas de médicament psychotrope et, par ailleurs, qu'il n'en voit pas la nécessité. Il note qu'en l'absence d'une origine organique aux céphalées, il faudra voir l'évolution de cet assuré qui est très préoccupé par ses céphalées, convaincu que celles-ci ont une origine organique. Une évolution vers un trouble somatoforme ou vers un trouble hypochondriaque n'est pas à exclure et il faudra les suivre. Il relève que d'un point de vue psychiatrique, l'assuré a toujours été capable de travailler à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici et qu'il est capable de travailler à 100% dans une activité correspondant à ses aptitudes. En consensus du 9 janvier 2016, les experts Dr N.\_\_\_\_\_ et Dresse M.\_\_\_\_\_, lesquels ont réalisé chacun en indépendant l'expertise de l'assuré sur le plan psychiatrique et rhumatologique, concluent à ce que celui-ci est apte à réaliser toute activité en adéquation avec ses aptitudes à un taux de 100% sans perte de rendement. h) Le Dr O.\_\_\_\_\_ relaie les propos du professeur P.\_\_\_\_\_ qui relève que le lien entre les céphalées et le kyste de la poche de Rathke est seulement possible. Dans son rapport médical du 9 mai 2016, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino- laryngologie, rappelle que l'assuré souffre de céphalées violentes, qui l'empêchent de travailler, que diverses investigations ont été entreprises afin de rechercher les causes de ces céphalées et que deux éléments objectifs ont été mis en évidence: un kyste de la poche de Rathke et des discopathies dégénératives pluri-étagées sans image de hernie. A la question de savoir si le syndrome de Rathke est susceptible d'expliquer les douleurs de ce patient, il indique que, cette pathologie échappant à sa spécialité, il a interrogé le professeur P.\_\_\_\_\_, lequel a répondu en substance, que le lien entre les céphalées et ce type de kyste était possible, mais qu'avant de proposer une opération, il convenait d'exclure les autres causes possibles de céphalées. i) Le médecin du SMR indique que, selon le spécialiste en neurochirurgie, les infiltrations facettaires C4-C5 ont agi favorablement sur les douleurs, excluant ainsi les restes de la poche de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Rathke comme origine des céphalées, l'origine des douleurs n'étant par conséquent pas d'ordre neurochirurgical Dans son avis du 29 juillet 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR, indique que les expertises en rhumatologie et en psychiatrie effectuées sont probantes. Toutefois, l'origine des céphalées persistantes de l'assuré, au vu de l'anomalie relevée par IRM au niveau de la poche de Rathke, doit être médicalement investiguée pour obtenir un avis médico-asséculo-logique pertinent également concernant cette possible problématique et la possible incapacité de travail durable en découlant. Il propose de demander au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, s'il a effectué les infiltrations de la colonne cervicale qu'il a proposées et si oui, avec quel

résultat. Et il propose une expertise en neurochirurgie, laquelle contribuerait certainement à expliquer l'état de santé de l'assuré et trouver des solutions non seulement d'ordre médico-asséculo-logique mais également thérapeutique. Dans son avis du 29 septembre 2016, le médecin du SMR, finit toutefois par révéler que, selon le Dr Q. \_\_\_\_\_, les infiltrations facettaires C4-C5 avec thermoablation (le 4 janvier 2016 et le 29 février 2016) ont été suivies d'un résultat favorable sur les douleurs, excluant ainsi les restes de la poche de Rathke comme origine des céphalées. Ainsi, les conclusions des expertises pratiquées sont toujours d'actualité et les anomalies de la poche de Rathke relevées par IRM ne sont pas à l'origine des céphalées de l'assuré, actuellement en rémission. Il conclut ainsi qu'il ne faut pas maintenir l'expertise en neurochirurgie, l'origine des douleurs n'étant pas d'ordre neurochirurgical, revenant sur sa première idée qui ne fait plus sens. Dans son avis du 20 janvier 2017, le même médecin mentionne encore que l'activité habituelle d'informaticien est adaptée à la problématique de l'assuré avec un aménagement du poste de travail pour lui permettre d'œuvrer sans devoir avoir la tête penchée en avant et avec la possibilité de changer de position toutes les 2 heures. Ceci était réalisable dès le début de la période d'incapacité de travail (04.04.2014), qui ainsi ne pouvait pas être considérée comme durable au sens de la LAI. Dans les limitations à respecter pour qu'une activité soit adaptée: il ne faut pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical et dorso-lombaire en flexion/extension/rotation et inclinaison de la nuque et/ou du tronc. Pas de mouvements itératifs des articulations, pas de travaux physiques lourds, pas de port itératif de charge de plus de 10 kg. Il faut une adaptation du poste de travail en ce sens. L'activité lucrative antérieure habituelle est exigible à 100% sans diminution de rendement pour autant que la place de travail soit adaptée. Il relève également qu'à la suite des infiltrations cervicales avec thermoablation du Dr Q. \_\_\_\_\_, une amélioration de la symptomatologie douloureuse de l'assuré a été constatée, rendant ainsi non plausible l'hypothèse d'une origine de ces douleurs liées à un reste de la poche de Rathke, étiologie également considérée comme étant très rare et ne pouvant être retenue que par exclusion. j) Pièce produite à l'appui du recours A l'appui de son recours, le recourant a produit un article médical en relation avec un kyste de la poche de Rathke (pièce 4 du recours). Dans cet article, la patiente qui présente un kyste de la poche de Rathke, a été admise aux urgences pour des céphalées intenses. Cinq jours plus tard, les céphalées s'intensifient et ne sont plus soulagées par les AINS. L'examen clinique est strictement normal. La TDM cérébrale est normale. Les IRM cérébrale puis hypophysaire révèlent une image hypophysaire compatible avec un kyste de la poche de Rathke rompu.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 6. Il ressort des rapports médicaux mentionnés ci-dessus que, dans le contexte d'un burnout consécutif à des pressions au travail, l'assuré a été victime de fortes céphalées. Son médecin traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, était au départ de l'avis qu'il ne pourrait plus travailler auprès de son employeur actuel. Cependant, auprès d'un autre employeur, il pourrait travailler à 100% dès que sa formation pour devenir informaticien de gestion serait terminée. Le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL, a constaté que le status ORL était dans les normes et ne permettait pas d'expliquer ces céphalées intenses. On a certes diagnostiqué à l'assuré un kyste de la poche de Rathke. Cependant, le Dr F. \_\_\_\_\_ ne propose pas de traitement chirurgical mais uniquement une surveillance de ce kyste considérant de ce fait ce kyste comme asymptomatique. Il ne retient, surtout, aucune incapacité de travail. Cet avis est relayé par le Dr I. \_\_\_\_\_ qui considère comme peu probable le lien entre les céphalées et ce petit kyste de la poche de Rathke. Ce médecin indique en effet qu'il s'agit très vraisemblablement de céphalées de

tension ou d'une névralgie occipitale, raison pour laquelle il propose d'effectuer des infiltrations et, en cas d'échec, d'introduire un traitement de fond de Saroten Retard pour traiter ces céphalées de tension, de forme chronique. Le spécialiste de la colonne vertébrale va également dans le sens de cervicalgies de tension, dues à une surcharge émotionnelle. Enfin, le professeur P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, estime que le lien entre les céphalées et le kyste de la poche de Rathke n'est que possible, et donc pas vraisemblable au degré de la vraisemblance prépondérante et il juge nécessaire d'exclure les autres causes possibles de céphalées. De même, le spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale fait état du fait qu'il n'y a plus de douleurs à la palpation des muscles de la mastication et partant que les céphalées ne sont pas en lien avec une pathologie maxillo-faciale. Dans son expertise rhumatologique, la Dresse M. \_\_\_\_\_ retient, qu'en raison des céphalées de l'assuré, des investigations exhaustives ont été entreprises, lesquelles n'ont cependant mis en évidence aucune étiologie à ces douleurs, le neurologue, le Dr I. \_\_\_\_\_, ayant en définitive retenu des céphalées tensionnelles voire d'origine cervicales. Elle a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques mais a retenu qu'avec un poste de travail ergonomique, il pouvait encore exercer une activité 8 heures par jour sans diminution de rendement. De plus, il faut relever que l'assuré a subi des infiltrations facettaires C4-C5 qui ont été suivies d'un résultat favorable sur les douleurs. Le Dr N. \_\_\_\_\_, dans son expertise psychiatrique, rejoint les conclusions de la Dresse M. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Il pose le diagnostic de trouble de l'adaptation, lequel n'a pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Il précise que l'assuré n'est pas suivi par un psychiatre ou un psychologue et qu'il ne prend pas de médicament, n'en voyant pas la nécessité. La Cour se rallie aux avis médicaux de la Dresse M. \_\_\_\_\_ et du Dr N. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'estimation de la capacité de travail. Ceux-ci sont basés sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier. Ils sont convaincants et emportent sa conviction. Dans son recours, le recourant met sérieusement en doute les compétences de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du fait qu'elle aurait obtenu son diplôme de médecin en 1976, soit il y a longtemps. On relèvera qu'une telle remarque est hors de propos, un médecin ne perdant pas ses compétences en prenant de l'âge. L'on relèvera que le médecin traitant de l'assuré, le Dr D. \_\_\_\_\_, est

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 également d'avis qu'il peut travailler à 100% auprès d'un autre employeur, soit dans un autre contexte professionnel, plus favorable. Ainsi, vu l'ensemble du dossier médical, une expertise neurologique pour déterminer le degré d'invalidité s'avère inutile, des spécialistes de cette matière s'étant déjà prononcés. Il faut encore noter que, malgré ses céphalées, le recourant a été en mesure de terminer son bachelor d'informaticien de gestion et qu'il a d'ores et déjà trouvé un travail à temps partiel qui lui convient. A cet égard, il n'est pas établi que, d'un point de vue médical, cette activité ne puisse pas être exercée à plein temps: aucun médecin ne le prétend plus aujourd'hui, le dernier à l'avoir soutenu ayant été le médecin traitant en 2015, cela en contradiction même avec ses toutes premières conclusions de 2014. Cette contradiction ne peut s'expliquer dans la mesure où il n'a jamais été démontré que le kyste était susceptible d'entraîner une incapacité de travail, les seules douleurs que l'on ne saurait encore lui imputer ne sachant par ailleurs fonder une telle incapacité. Enfin, l'article scientifique sur le kyste de la poche de Rathke produit par le recourant à l'appui de son recours a trait à une personne dont le kyste s'est révélé par une hyponatrémie majeure dont la correction s'est compliquée d'un syndrome parkinsonien. Cette problématique est ainsi complètement différente du cas d'espèce et ne peut donc être transposée à celui-ci pour en déduire un droit aux prestations.

7. Il découle de tout ce qui précède qu'un refus de toute prestation apparaît ici juridiquement fondé et que l'on peut ainsi considérer que cet assuré est capable d'exercer son activité d'informaticien, à 100%, et sans diminution de rendement pour autant que son poste de travail soit ergonomique et qu'il ne se trouve pas dans un "open space". Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté et la décision litigieuse confirmée. 8. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance de frais du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 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 par l'avance de frais du même montant. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 mars 2018/mfa Le Président La Greffière-rapporteure

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