

FR_GERICHTE 608 2014 101 vom 9. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_101

FR: FR_GERICHTE 608 2014 101 du 9 novembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 101 del 9 novembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

janvier 2014, l'assurée a présenté ses objections. Par décision du 19 mai 2014, l'Office a maintenu son refus de prester. C. Contre cette décision, l'assurée, désormais représentée par Me Hervé Bovet, avocat à D. _____, interjette recours le 11 juin 2014 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise. A l'appui de ses conclusions, elle soutient qu'il "est établi [que sa] capacité de travail est nulle dans toute activité". Elle allègue aussi que c'est à tort que l'OAI estime être en face d'un état sans substrat organique, diagnostic relevant par ailleurs selon elle de la compétence de médecins spécialisés et non du psychiatre. Elle affirme finalement que face à certains avis médicaux concordants, dont celui du SMR de janvier 2012, l'Office se devait d'ordonner une expertise pour déterminer si on se trouvait face à un état douloureux sans substrat organique ou non. Le 19 juin 2014, l'assurée s'acquiesce d'une avance de frais d'un montant de CHF 800.-. Dans ses observations du 8 septembre 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, il souligne que plusieurs spécialistes ont examiné l'assurée pour ses problèmes liés à l'hyperacousie de sorte que le dossier a été suffisamment instruit. Selon lui, la lésion n'étant pas clairement identifiable, l'affection doit être classée dans le domaine des troubles somatoformes. Il estime les conclusions de son SMR de janvier 2012 surprenantes car contradictoires avec le rapport du médecin traitant qu'il résume, notamment en relation avec le fait qu'il ne ressort nulle part que l'hyperacousie soit organique. Il estime finalement que l'expertise psychiatrique du Dr E. _____ a entière valeur probante. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Invitée à se déterminer à son tour, en sa qualité de fonds LPP à qui la décision attaquée a été notifiée, F. _____ a indiqué ne pas avoir de remarque à formuler. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale 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 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente si 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). L'art. 16 LPGGA 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 exigée 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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) 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 LPGGA. 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 (arrêt TF I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références). 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 sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 346 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA; 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 (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au 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). 3. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé. a) Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée est d'avis que l'assurée souffre d'un trouble du registre somatoforme mais en dénie le caractère invalidant en application des critères de Meyer-Blaser (cf. ATF 130 V 396; ATF 141 V 281). Toutefois, la simple absence d'une lésion clairement identifiable ne classe pas systématiquement une affection dans le registre des troubles somatoformes comme l'affirme péremptoirement l'autorité intimée. Au contraire, en l'occurrence, la présence d'un trouble psychique, invalidant ou non, est exclue par le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son expertise du 8 juillet 2013. L'expert indique ainsi qu'après "examen et étude du dossier médical, je n'ai pas pu déceler des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité pouvant justifier une incapacité de travail. A ma connaissance, l'hyperacousie n'est pas un signe de maladie psychiatrique". Dans ce cadre, l'évaluation des critères de Meyer-Blaser n'a été faite qu'en raison du mandat d'expertise de l'OAI ("concernant les critères de Meyer-Blaser, dont vous m'avez demandé une évaluation"). Plus particulièrement, l'expert ne sous-entend pas qu'un diagnostic de trouble somatoforme a été retenu mais écarte au contraire expressément la somatisation dès lors qu'il n'a pas pu, au cours de l'examen, trouver "de raison justifiant un tel diagnostic" (dossier OAI, pièce 201). Dans un rapport du 19 août 2013, le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, a confirmé la valeur probante de l'expertise précitée (dossier OAI, pièce 203).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Force est de constater avec lui que l'expert a rédigé ses considérations en se fondant tant sur les pièces du dossier assécurologique que sur un entretien avec l'expertisée du 24 juin 2013. Lors de cet entretien, il a été en mesure de procéder à un examen clinique et de retranscrire les plaintes de l'assurée, notamment celles relatives aux fluctuations de son humeur depuis la survenance des troubles allégués. Par une indication de quelques éléments ponctuels de sa réflexion, l'expert a suffisamment motivé ses conclusions. En outre, aucun élément du dossier ne vient contredire ses constatations. Les "problèmes psychologiques" ou le "traumatisme psychologique subi dans l'enfance" rapportés par l'assurée (cf. dossier OAI, pièces 51 et 127) ne parviennent pas à changer cette appréciation, particulièrement en l'absence de suivi attesté par un psychiatre. En présence d'une expertise possédant une entière force probante, la requête d'expertise complémentaire doit être rejetée. Partant, se fondant sur les conclusions de l'expert, la Cour est d'avis que la capacité de travail de l'assurée est entière sur le plan psychique. En l'absence de trouble du registre somatoforme, l'autorité n'était pas légitimée à évaluer la capacité de travail de la recourante sur la base des critères qui leur sont applicables. b) Reste à établir si les plaintes de la recourante peuvent être rattachées à des troubles somatiques. Dans son rapport du 18 novembre 2011, le Dr H. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, émet le diagnostic d'"hyperacousie douloureuse avec acouphène chronique". Le spécialiste constate que "le bilan audiologique est normal et ne démontre aucune altération fonctionnelle de la cochlée et des voies auditives. Comme seule anomalie on observe un abaissement subjectif du seuil d'inconfort auditif". Sur cette base, il précise que "l'origine de l'hyperacousie n'est pas clairement établie. Les hypothèses actuelles avancent des mécanismes physiopathologiques communs à l'acouphène subjectif et la douleur neurogène, impliquant une activité anormale et une réorganisation du système nerveux central [...]. En particulier, serait mise en jeu une voie auditive secondaire non spécifique (voie) répondant à différentes

modalités sensorielles (auditive, sensitive, douloureuse) qui seraient extralémniscale à l'origine de l'hyperacousie douloureuse et de l'acouphène chronique" (dossier OAI, pièce 127). Pour sa part, la Dresse I. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, alors au SMR, indique que le médecin précité "a fait le point sur les connaissances les plus récentes de l'hyperacousie douloureuse (H93.2), pour laquelle une origine neurologique a été suspectée [...]". Qualifiant le rapport de "véritable expertise", "très intéressant" et "très documenté", la médecin du SMR souligne que "l'hyperacousie douloureuse serait organique" (rapport du 6 janvier 2012, dossier OAI, pièce 130). S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr H. _____ précité, il convient d'admettre avec le médecin du SMR (rapport du 6 janvier 2012, dossier OAI, pièce 130) qu'aucun indice concret n'en met en cause le bien-fondé. Les conclusions sont convaincantes et bien motivées. En outre, la plupart des autres médecins confirme l'abaissement du seuil d'inconfort auditif mais aussi l'absence d'autre anomalie objectivable. Ainsi, seul le Dr J. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, affirme en avril 2010, la présence, du côté droit, de "croûtes de sang", d'un "hématome" au tympan et de liquide dans l'oreille (dossier OAI, pièce 94). Toutefois, ces constats ne seront par la suite plus confirmés, de tels éléments pouvant par ailleurs être associés à la chute et l'otite mentionnées à l'époque (Larousse Médical 2014, p. 718). S'agissant des autres médecins, le Dr K. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, est d'avis que sa patiente souffre d'une "hypersensibilité très désagréable, voir invalidante aux bruits". Il indique ne pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 pouvoir expliquer l'hyperacousie, le statut ORL n'ayant rien montré de particulier. Seul le seuil d'inconfort – subjectif – est inférieur à ce qu'il devrait être (rapport du 14 février 2011, dossier OAI, pièce 51). Pour sa part, le Dr L. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, indique que "à l'examen les conduits et les tympans sont sans particularité des deux côtés avec une mobilité normale. L'acoumétrie est normale. L'audiogramme tonal montre une très discrète élévation des seuils dans les fréquences aiguës. Le tympanogramme fait par l'ORL de D. _____ est normal. Les émissions oto-acoustiques et les produits de distorsion sont normaux". Le médecin indique donc que l'ensemble des tests sont normaux à l'exception de l'audiogramme tonal (rapport du 19 janvier 2011, dossier OAI, pièce 48; cf. ég. rapport du 4 octobre 2011, dossier OAI, pièce 112). Partant, le rapport du Dr H. _____ doit se voir reconnaître une entière valeur probante. La Cour retient dès lors que l'assurée souffre d'hyperacousie douloureuse avec acouphène chronique invalidante. c) Le corps médical, pour autant qu'il traite de cette question, considère que la capacité de travail de l'assurée n'est pas restreinte, à tout le moins dans une activité adaptée. Le Dr H. _____ indique ainsi que si la recourante est incapable d'exercer son ancienne activité d'enseignante infantine au vu du milieu bruyant, sa capacité de travail est entière dans un milieu calme. Par la suite, aucun changement tant du diagnostic que de l'état de santé ne sera attesté (rapports des 18 novembre 2011, 6 juillet 2012 et 21 septembre 2012, dossier OAI, pièces 127, 148 et 151). Le Dr J. _____ ne mentionne quant à lui aucune limitation, même liée au bruit (rapports des 19 avril et 24 mai 2011, dossier OAI, pièces 94 et 98). Le Dr M. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr E. _____ ne font état d'aucun diagnostic invalidant (rapport du 12 février 2011 et expertise du 8 juillet 2013, dossier OAI, pièces 60 et 201). Par conséquent, la Cour retient que l'assurée dispose d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée, soit en milieu non bruyant. Pour une titulaire d'un diplôme dans l'enseignement, le marché du travail contient manifestement d'autres activités répondant à ses qualifications. Au vu de

l'expérience et de la formation de l'assurée, une comparaison des revenus pourrait se fonder sur un salaire d'invalidé de CHF 7'500.- (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1 ou TA3, division 85 "enseignement", niveau de qualification 1+2, femme). Celui-ci devrait en outre prendre en considération d'une parallélisation des revenus (déduction de 8% du revenu d'invalidé), un horaire hebdomadaire de 41.6 heures, une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial de 10% (âge, environnement calme) et l'indexation pour l'année 2011 (1%). Du salaire hypothétique d'invalidé de CHF 6'464.85 comparé au revenu de valide de CHF 6'531.- (cf. dossier OAI, pièce 31), découlerait une perte de gain insignifiante. Dans une autre hypothèse – plus favorable à l'assurée – si le marché du travail ne devait pas contenir d'emploi conforme à sa formation, son salaire hypothétique devrait de toute manière être évalué à un minimum de CHF 5'202.- (ESS 2010, TA1, totaux, niveau de qualification 3, femme). Comparé à son revenu de valide de CHF 6'531.- et tenant compte d'un horaire hebdomadaire de 41.6 heures, d'un désavantage salarial de 10% et de l'indexation pour l'année 2011 (1%), le degré d'invalidité serait évalué à 25.5%, soit 26%. Un tel degré d'invalidité, retenu dans une hypothèse très favorable à l'assurée, demeurerait nettement inférieur à celui requis pour bénéficier d'une rente de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Partant, il y a lieu de considérer que, sur la base de ce résultat, c'est à juste titre que le droit à la rente n'a pas été reconnu à la recourante le 19 mai 2014. 4. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant versée par celle-ci. Pour les mêmes motifs, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont prélevés sur l'avance de frais 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 9 novembre 2015/pte Président Greffier

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