

# FR\_GERICHTE 608 2017 23 vom 10. Oktober 2017

FR Kantonsgericht, 2017-10-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_23)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 23 du 10 octobre 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 23 del 10 ottobre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 10

février 2017. Elle conclut au renvoi du dossier pour qu'une instruction complémentaire soit menée par l'OAI et qu'une nouvelle décision soit rendue. A l'appui de ses conclusions, elle se fonde en substance sur l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel a attesté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et reproche dès lors à l'OAI d'avoir retenu qu'aucune incapacité de travail ni limitation fonctionnelle n'avaient été attestées. Le 21 mars 2017, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 2 mai 2017, l'OAI, après avoir rappelé le contexte médical, renvoie à l'avis de son médecin SMR, selon lequel l'assurée est victime d'une atteinte nerveuse périphérique isolée ne justifiant pas d'incapacité de travail durable, ni de limitations fonctionnelles. Il conclut donc au maintien de la décision attaquée et au rejet du recours. Dans le cadre de ses contre-observations, la recourante dépose un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, et requiert la mise sur pied d'une expertise auprès d'un centre antidouleur. Par ultimes remarques du 14 juin 2017, l'autorité intimée estime que ce rapport n'a pas à être pris en considération, dès lors que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne se prononce ni sur la capacité de travail, ni ne relève de limitations fonctionnelles. Par courrier du 7 septembre 2017, H.\_\_\_\_\_, invitée à se prononcer en tant qu'institution de prévoyance intéressée, a informé renoncer à se déterminer.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, 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) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des

prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2). En outre, 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 quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les

tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). c) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 3. Est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, ce qui nécessite de procéder à une appréciation médicale de son état de santé. a) Le dossier médical contient les documents suivants:

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 - le rapport du 23 décembre 2015, dans lequel la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, retient les diagnostics suivants: douleurs sacro-iliaques de tout le membre inférieur gauche, troubles statiques du rachis avec hyperlordose lombaire, dysbalance musculaire et instabilité au niveau de la ceinture pelvienne, hyperlaxité. A l'anamnèse, la spécialiste note la présence de douleurs depuis l'âge de 19 ans, au pied, à la jambe et à la hanche gauches, et surtout une "crise aiguë avec douleurs invalidantes", en octobre, impliquant un arrêt de travail. "Au status clinique, on remarque une hypermobilité de la hanche ddc ainsi que dysbalance musculaire très prononcée au niveau du tronc, des muscles profonds de la musculature abdominale ainsi que des troubles statiques de type hyperlordose". Les examens de laboratoire ont permis d'exclure un syndrome inflammatoire; de même, aucune atteinte particulière et pathologique n'a été remarquée à l'IRM. La doctoresse recommande un traitement par Surmontil®, ainsi qu'un traitement de stabilisation de type Pilates pour prévenir les douleurs. "A long terme cependant, un peu de sport aérobic ainsi qu'une bonne stabilisation de cette dysbalance musculaire pourrait totalement jouer en faveur d'une prophylaxie de ces douleurs. Je pense qu'il s'agit surtout d'une instabilité ou plutôt d'une hyperlaxité ligamentaire qui a également un impact sur cette sacro-iliaque gauche". Au terme de sa discussion, est également évoqué le suivi psychologique repris par l'assurée; dans ce contexte, il est noté ce qui suit: "Par contre, il y a tout un phénomène asséculogique avec une demande d'AI en cours, un mémoire non terminé et un travail qu'elle dit être trop lourd actuellement. J'ai essayé de faire comprendre à la patiente qu'actuellement c'est surtout cette chronicisation, ces sortes de peurs liées à toute une problématique et j'ai vraiment essayé de la rassurer [...]". - le rapport du 26 avril 2016 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin SMR et spécialiste FMH en anesthésiologie, qui relève l'absence d'attente à la santé identifiable. "Le phénomène douloureux présent depuis de nombreuses années est probablement momentanément amplifié par le stress psychologique lié au mémoire à rendre. Compte tenu des limitations fonctionnelles, l'activité d'enseignante spécialisée est médicalement adaptée

et exigible". - le rapport d'expertise établi le 10 mai 2016 par le Dr D. \_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier procède à un examen détaillé de la situation de l'assurée (anamnèse, plaintes, examen clinique). Au terme de son examen, celui-ci indique que "lors de la présente évaluation on ne constate pas de trouble statique majeur. La mobilité du rachis est conservée, il n'y a pas de signe d'irritation radiculaire et de déficit neurologique périphérique". La palpation de la région concernée permet certes de reproduire partiellement les symptômes mais, en fait, "il n'y a pas de pathologie précise et on peut retenir un syndrome douloureux chronique comme cela était déjà mentionné dans le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ en 2009. Selon la jurisprudence actuelle ce diagnostic ne justifie pas d'incapacité de travail significative et durable cela même si dans la plupart des situations semblables la personne se sent fortement handicapée". Il conclut dès lors à l'exigibilité d'une reprise du travail de suite et à plein temps, dans sa profession habituelle. - le rapport du 27 juillet 2016 dans lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ indique que l'objectif de la consultation est une suspicion d'une névralgie du nerf honteux droit. Après une brève anamnèse et un examen clinique dont le résultat est normal, ce médecin exclut "avec certitude" une pathologie du nerf honteux et une pathologie des racines sacrées. Selon lui, le diagnostic s'oriente plutôt vers une pathologie non neurogène du nerf génito-fémoral gauche. Il propose ensuite différentes options thérapeutiques. - le rapport du 2 septembre 2016 établi par le Dr F. \_\_\_\_\_, où celui-ci rappelle tout d'abord les circonstances de l'accident de cheval, ayant provoqué un hématome massif dans la région de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 l'aîne gauche, soit l'endroit où ses douleurs sont apparues par la suite. Après avoir examiné la patiente, ce médecin émet l'hypothèse "que la branche génitale du nerf génito-crural et éventuellement la partie distale du nerf ilio-inguinal ont été enclavées dans une cicatrice interne provenant de l'hématome massif". Il annonce dès lors son intention de procéder à un test de perfusion de Lidocaïne, avant de procéder à une éventuelle intervention microchirurgicale pour libérer le nerf qui provoque ces douleurs. - le rapport de ce même Dr F. \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2016, où il précise que l'hématome apparu suite à son accident de cheval a mis plusieurs mois (et non un seul) pour se résorber. Il ajoute que le test de Lidocaïne auquel il a procédé est "fortement positif avec une disparition complète de toute douleur spontanée, ainsi que des douleurs provoquées par la palpation [...]. Il est ainsi clair que la patiente souffre d'une neuropathie". Il requiert donc que celle-ci soit convoquée en vue d'une intervention microchirurgicale, "seule thérapie pouvant remédier à ses douleurs actuelles". - le rapport du 13 décembre 2016, dans lequel le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin SMR, prend position sur les rapports du Dr E. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_. "L'origine des douleurs est attribuée à une lésion d'une branche du nerf génito-fémoral qui innerve une petite zone de la partie antérieure proximale de la cuisse. Un traitement de libération de cette branche nerveuse est proposé. Ni cette atteinte nerveuse périphérique isolée, ni le territoire dysesthésique identifié ne justifie des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail durable au sens de l'AI. L'intervention microchirurgicale proposée ne motivera pas non plus d'incapacité de travail prolongée". Il conclut en relevant que l'identification d'une cause possible des douleurs ne modifie ni l'absence de limitations fonctionnelles durables, ni la pleine exigibilité médicale dans l'activité habituelle, de sorte qu'aucune mesure d'instruction supplémentaire n'est nécessaire. - le courriel du Dr G. \_\_\_\_\_ du 17 mai 2017, produit à l'appui des contre-observations, en réponse à différentes questions posées par la mandataire de la recourante. Retenant les diagnostics de lésions des nerfs ilio-inguinal et génito-fémoral gauche, il note que "les lésions causent des douleurs constantes très intenses, augmentées par des mouvements". En

résultent l'incapacité de rester dans une position fixe et une limitation des mouvements; par ailleurs, ces douleurs impliquent de fréquents réveils et contribuent de ce fait à un état de fatigue constant. Il ne se dit pas en mesure de juger de sa capacité de travail, mais considère néanmoins que l'activité d'éducatrice spécialisée lui semble "très difficile voire impossible" dans l'état dans lequel elle se trouve. Il ajoute qu'"il n'y a pas de limitations fonctionnelles strictes, les limitations étant causées par les douleurs constantes" et se déclare incompétent pour estimer le taux d'activité exigible. A l'appui de son recours, la recourante a encore produit un échange de courriels qui a eu lieu entre sa mandante et le Dr F. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci indique, dans un message du 12 septembre 2016, que la capacité de travail de l'assurée ne dépasse certainement pas 50% dans une activité adaptée. b) Appelée à statuer, la Cour de céans relève que, pour fonder sa décision, l'OAI a considéré que les rapports médicaux figurant au dossier ne se prononçaient pas sur la capacité de travail ni ne se déterminaient sur les limitations fonctionnelles de la recourante; il en a déduit l'absence d'atteinte ayant une influence sur la capacité de travail, respectivement de gain. La recourante conteste ce point de vue, en se référant à un message électronique dans lequel le Dr F. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 50% au plus, dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Globalement, on remarque que les constatations ont évolué en deux temps: jusqu'au moment du projet de décision, la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur les aspects litigieux (capacité de travail et limitations fonctionnelles). On relève néanmoins que son bilan, bien documenté, est rassurant, dès lors qu'elle attribue les douleurs à une hyperlaxité et à une dysbalance musculaire, dont les effets pourraient selon elle être amendés au moyen de mesures simples (reprise d'une activité sportive doublé d'un traitement médicamenteux adapté). Par ailleurs, elle évoque la présence d'une situation asséculologique difficile (demande AI, travail lourd et mémoire d'études à terminer). De son côté, le Dr D. \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'atteinte invalidante à la santé et à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Il fait bien référence à un syndrome douloureux chronique, mais lui dénie un caractère invalidant, en l'absence de comorbidité psychiatrique avérée. A ce stade et en l'absence d'autres indices, la position du médecin SMR, qui concluait à l'absence d'atteinte invalidante à la santé, n'était pas critiquable. Cependant, les nouveaux rapports dressés par le Dr E. \_\_\_\_\_ et le Dr F. \_\_\_\_\_ à la suite du projet de décision de l'OAI ont apporté un éclairage nouveau dans ce dossier: ceux-ci ont dans un premier temps envisagé différentes hypothèses susceptibles d'expliquer les douleurs de l'assurée ainsi que diverses pistes thérapeutiques. Mais c'est surtout le rapport établi le 8 septembre 2016 par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui retient l'attention des juges de céans: celui-ci y déclare être parvenu, au moyen d'une injection, à faire disparaître les douleurs, spontanées ou provoquées; il confirme la présence d'une neuropathie et prône une opération de microchirurgie, laissant ainsi entrevoir une issue positive à cette situation jusqu'alors inextricable et attribuée à un trouble somatoforme. Quant au document établi quelques mois plus tard par le Dr G. \_\_\_\_\_ et remis à l'appui des contre-observations, il renonce certes à fixer un taux d'activité exigible, mais laisse néanmoins entendre que l'assurée n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité. Dans ce contexte, l'analyse effectuée par le médecin SMR dans son rapport du 13 décembre 2016 ne convainc que partiellement: même si les spécialistes précités ne se sont pas prononcés de manière particulièrement claire sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée, il n'en demeure pas moins qu'ils sont probablement parvenus à trouver une origine organique aux douleurs annoncées par cette dernière, remettant ainsi en cause les précédents constats, et en particulier celui du Dr D. \_\_\_\_\_, qui se référait plutôt à une

composante somatoforme. Ils jettent également un doute non négligeable sur la capacité de travail de la recourante dans son activité d'éducatrice spécialisée. A ce stade, d'autres options auraient dû être privilégiées par l'OAI. Ainsi, ce dernier aurait-il pu requérir de la part du Dr F. \_\_\_\_\_ un avis plus détaillé sur l'atteinte finalement diagnostiquée et sur ses répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. L'autorité aurait également pu attendre que se réalise l'opération de microchirurgie préconisée par ce dernier et s'enquérir de son résultat; or, on ne sait, en l'état du dossier, si elle a finalement eu lieu. Enfin, en fonction du résultat des précédentes démarches, l'OAI avait la possibilité, si des doutes subsistaient encore, de mettre sur pied une expertise, dans le but d'obtenir une analyse cohérente et un avis autorisé dans ce dossier; compte tenu du contexte médical, on peut notamment suggérer la tenue d'un examen neurologique, éventuellement rhumatologique et/ou psychiatrique. Faute pour l'OAI d'avoir suffisamment investigué ces aspects, un renvoi de la cause se justifie, à charge pour lui d'y remédier dans le sens indiqué ci-avant. 4. Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. L'avance de frais du même montant est restituée à la recourante. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. La recourante a en l'occurrence été représentée par une juriste de la Compagnie d'assurance de protection juridique CAP. Compte tenu de la complexité de l'affaire, il se justifie de fixer, ex aequo et bono, l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. IV. Il est alloué à la recourante une équitable indemnité de partie fixée à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. V. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 10 octobre 2017/mba Président Greffier-rapporteur

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