

FR_GERICHTE 608 2017 261 vom 3. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_261

FR: FR_GERICHTE 608 2017 261 du 3 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 261 del 3 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 24

septembre 2012. Après rappel de l'anamnèse et examen clinique, elle estime qu'une amélioration progressive des déficits sensitivomoteurs est possible, mais qu'il faut probablement s'attendre à quelques déficits sensitifs et une endurance diminuée à moyen voire à long terme. Dans un rapport du 31 décembre 2013, la Dresse F._____, médecin généraliste traitante, rappelle que la situation de l'assurée, qui a présenté une myélite focale D6 d'origine indéterminée en septembre 2012, est stationnaire depuis mai 2013, sur le plan des plaintes et des symptômes. Elle relève par ailleurs l'apparition d'un état dépressif réactionnel, justifiant une médication. Un déficit martial a également justifié une médication, sans évolution favorable toutefois. Les diagnostics retenus sont donc: myélite, dépression et déficit martial. Ce médecin atteste alors

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 d'une incapacité de travail de 40%, précisant encore que 10% sont liés probablement à l'état dépressif et 30% à la myélite. Le pronostic était alors encore incertain. Dans un rapport du 6 février 2014, la Dresse D._____, rapporte un état de santé stationnaire, sans changement de diagnostic. L'évolution est annoncée comme "gentiment favorable durant l'année 2013 avec toutefois la persistance de paresthésies fluctuantes sub-D8 à prédominance gauche, aggravées par la fatigue et l'exposition au froid, ainsi qu'une certaine fatigabilité excessive associée à une légère instabilité au niveau des membres inférieurs. L'évolution clinique est compliquée par un état anxi-dépressif durant la 2ème partie de l'année 2013. Le neurostatus détaillé reste que peu altéré et essentiellement inchangé". D'après la spécialiste, l'assurée n'est pas apte à un travail de guichet uniquement, impliquant une station debout prolongée. Un taux d'activité de 60%, avec une diminution de rendement d'environ 20%, est admis. Selon la doctoresse, un changement d'activité est peu réaliste. Le 31 mars 2014, le Dr G._____, anesthésiologue œuvrant pour le compte du SMR, retient le diagnostic de séquelles de myélite focale D6 avec répercussion sur la capacité de travail. Celui d'état anxio-dépressif réactionnel traité est par contre considéré comme sans conséquence à ce niveau. L'état de santé est d'après lui stabilisé et, moyennant le respect de certaines limitations (activité légère, essentiellement sédentaire, sans station debout prolongée et sans exposition au froid), l'activité habituelle demeure exigible à raison de 60% d'un plein temps, sans diminution de rendement. Postérieurement à ce rapport, un projet de décision a été établi par l'OAI, fixant le taux d'invalidité à 40%. Suite aux objections de l'assurée, l'OAI a finalement fixé le degré d'invalidité à 55%, en se basant notamment sur un bref rapport de la généraliste traitante ainsi que sur le nouveau contrat de travail conclu avec C._____, à un taux de 45%. 3.2. L'évolution jusqu'au moment de la

décision litigieuse est la suivante: Dans son consilium neurologique du 14 février 2017, adressé à la généraliste traitante, la Dresse D. _____ se prononce en ces termes: "La patiente nie l'apparition de toute symptomatologie neurologique focale nouvelle avec, également, un examen clinique de ce jour également superposable à mon examen précédent il y a une année. Dans le contexte d'une gestion de plus en plus difficile des paresthésies douloureuses avec, en parallèle, un état d'épuisement progressif, la patiente a bénéficié, en août 2016, d'un avis universitaire spécialisé à H. _____. Un diagnostic de symptômes résiduels sur myélite focale isolée au niveau dorsal a été confirmé, sans autre proposition sur le plan diagnostique et/ou thérapeutique si ce n'est une prise en charge sur le plan psychiatrique. A. _____ bénéficie d'un tel suivi depuis septembre 2016 avec, dans ce contexte-là également, une majoration de son traitement antidépresseur. Pour le moment, elle reste néanmoins très limitée sur le plan de sa fatigabilité excessive, ne lui permettant évidemment pas la reprise de son activité professionnelle à un taux de 50% comme elle le faisait préalablement jusqu'à la mi-juillet 2016". Dans un rapport du 24 février 2017, la Dresse I. _____, psychiatre traitante, pose le diagnostic suivant: F43.22, trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, avec apparition d'un trouble anxieux précisé (F41.8), sous forme d'une anxiété face à la performance chez une personne avec des traits anxieux (F60.6); elle mentionne également celui de status après myélite (G04). Elle conclut à une incapacité de travail de 100% pour des motifs psychiatriques. Au terme d'une anamnèse détaillée, elle atteste que "son état de santé est péjoré et de façon durable depuis Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 le printemps 2016, avec l'effondrement des ressources psychiques et l'apparition de troubles psychiatriques en plus des troubles physiques". Plus loin, elle relève que "malgré la mise en place d'un contexte de travail adapté au mieux et d'un contexte bienveillant, les symptômes physiques se sont aggravés et des troubles psychiques sont apparus en raison de l'effondrement des ressources intrapsychiques dans une situation trop exigeante en rapport avec les problèmes de santé". Au constat médical, elle note qu'"actuellement, les symptômes dépressifs se sont améliorés, avec une humeur plus neutre, des pensées plus optimistes et l'entrain pour faire les choses. Elle décrit une fatigabilité importante qui l'oblige à faire des pauses régulières dans ses activités quotidiennes et elle fait tout plus lentement. [...] Les symptômes physiques sont inchangés, malgré la stabilisation de l'humeur [...]. La patiente a développé une phobie de son travail, due vraisemblablement au fait qu'elle a été trop au-delà de ses limites [...]". De ce fait, "le pronostic est mauvais quant à une reprise du travail, en raison de la fatigue, des troubles physiques et de l'épuisement des ressources intrapsychiques pour faire face". Au niveau du traitement, un suivi psychothérapeutique hebdomadaire et une médication ont été instaurés. Globalement, la psychiatre traitant retient donc que "la patiente ne peut pas travailler sans ressentir rapidement l'augmentation des douleurs, et malgré une adaptation du poste de travail [...] elle ne peut plus le faire sans développer un état d'épuisement entraînant des symptômes psychiques, qui péjorent les symptômes physiques". Le 27 février 2017, la Dresse D. _____ ajoute au diagnostic de myélite précédemment posé celui de trouble anxio-dépressif, évolutif à partir de 2013/2014. L'évolution par rapport au précédent avis est décrite comme fluctuante, avec des symptômes résiduels, essentiellement sous forme de paresthésies douloureuses, d'un trouble de la marche sur discrète spasticité et fatigabilité excessive; ces symptômes sont en outre aggravés dans le contexte d'une humeur anxio-dépressive. Après passation d'un examen clinique, cette spécialiste estime qu'on ne peut plus s'attendre à une amélioration significative desdits symptômes au plan neurologique. Elle signale toutefois que ceux-ci sont susceptibles d'interférer avec l'état psychique. Elle

recommande dès lors la poursuite des traitements médicamenteux et physiothérapeutique. Au niveau de la capacité de travail, elle renvoie à ses précédents rapports, tout en relevant que la patiente se déclare en incapacité totale de travail depuis la mi-juillet 2016, certifiée par sa généraliste traitante. Elle indique ainsi que, "sous réserve d'une stabilisation/amélioration sur le plan psychique, on pourrait éventuellement envisager une activité légère dans le secteur administratif. La patiente aurait besoin d'un poste de travail optimisé d'un point de vue ergonomique, avec la possibilité de changer de position et de faire des pauses, selon besoin. Une activité de 4 heures par jour au maximum semble raisonnable"; il faut en outre s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%. Le 26 avril 2017, le Dr G. _____, médecin SMR, est appelé à se prononcer. Après avoir rappelé la définition d'un trouble de l'adaptation, il estime qu'il s'agit d'un trouble de faible gravité et non durable, ne permettant pas de justifier une incapacité de travail permanente ou de longue durée selon les critères de la médecine des assurances. Il évoque également une incompatibilité entre le diagnostic de trouble anxieux précisé et celui de trouble de l'adaptation. Il relève enfin que les traits de personnalité ne constituent ni une maladie, ni un facteur d'invalidité. Il en conclut que l'incapacité de travail totale attestée par la psychiatre traitante ne peut pas être validée, de sorte que la situation médicale objective est selon lui inchangée. Dans un courrier du 9 août 2017, en réponse à des questions de la mandataire de la recourante, la Dresse I. _____ annonce tout d'abord que l'évolution sur le plan dépressif a été plutôt favorable

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 dans un premier temps, en l'absence de facteurs de stress importants (l'arrêt de travail lui ayant permis de se reposer et de suivre différentes thérapies). Cependant, l'annonce de l'AI de refuser l'augmentation de sa rente a conduit à une recrudescence des symptômes dépressifs ainsi que neurologiques. Au plan diagnostic, elle retient que le trouble de l'adaptation n'est plus justifié, mais, considérant la rechute au premier événement stressant, elle retient celui de trouble dépressif (F32.11), risquant d'évoluer vers un trouble dépressif récurrent si elle est confrontée à des facteurs de stress trop importants. Plus loin, la psychiatre confirme que ce trouble psychique pègre une capacité de travail déjà limitée par le trouble physique. Relevant que la neurologue évalue, au plan physique, la capacité de travail à 50% avec une diminution de rendement de 25%, soit une incapacité de 62.5%, elle note que les troubles physique et psychique interagissent, de sorte qu'il est difficile de les évaluer séparément. Cela étant, l'incapacité de travail est globalement supérieure à 62.5%. Le 29 septembre 2017, le médecin SMR considère que le courrier précité ne remet pas en question ses précédentes conclusions. Il relève en particulier que "l'épisode dépressif est annoncé comme réactionnel au refus d'augmenter la rente. Un épisode dépressif réactionnel n'est généralement pas une source d'incapacité de travail permanente ou de longue durée au sens de l'AI. L'évolution naturelle d'un épisode dépressif est la guérison en quelques mois, d'autant mieux avec une prise en charge psychiatrique et un traitement psychotrope, comme c'est le cas pour cette assurée. En outre, un épisode dépressif de degré moyen ne justifie habituellement pas une incapacité de travail totale et durable. Rappelons que l'exigibilité médicale est déjà limitée à 50% en raison de l'atteinte somatique. Ce 50% devrait rester exigible avec un épisode dépressif moyen réactionnel". 3.3. Les parties s'opposent sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci faisant valoir les arguments de ses médecins traitants (généraliste, neurologue et psychiatre), tandis que l'OAI se réfère aux conclusions du médecin SMR. Les conclusions de la recourante relatives à la présence d'une aggravation au plan neurologique ne peuvent être suivies. Si l'on ne peut certes dénier que la Dresse D. _____ atteste d'une

diminution de la capacité de travail de la recourante, il ressort néanmoins de ses explications que l'état de santé neurologique est globalement stable. Par contre, il est indéniable que des changements se sont produits au plan psychiatrique, lesquels ont un impact délétère sur la sphère somatique. En résumé, on peut retenir que l'incapacité de travail attestée par la neurologue tient compte à la fois de facteurs neurologiques, préexistants, et de facteurs psychiatriques, en augmentation, lesquels s'influencent mutuellement. Il convient dès lors d'examiner tout particulièrement la composante psychiatrique. Celle-ci a été principalement décrite par la Dresse I._____, que la recourante consulte depuis le début septembre 2016. On constate ainsi d'emblée que l'assurée a entrepris un suivi à ce niveau suite à l'aggravation survenue à l'été 2016, documentée par la Dresse D._____. Alors que, dans son premier rapport du 24 février 2017, la psychiatre traitante retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, elle relevait principalement que les efforts consentis sur la place de travail ont conduit à une aggravation des symptômes physiques et à l'apparition de troubles psychiques. Elle attestait ainsi d'une péjoration durable depuis le printemps 2016, "avec l'effondrement des ressources psychiques et l'apparition de troubles psychiatriques en plus des troubles physiques".

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Suite à la prise de position du médecin SMR, qui considérait en bref que le diagnostic retenu était un trouble de faible gravité et non durable qui ne pouvait valider l'incapacité de travail attestée par la psychiatre traitante, cette dernière a émis un second rapport, le 9 août 2017, dans lequel elle explique en particulier que la décision de l'OAI de refuser d'augmenter sa rente a interrompu une évolution jusqu'alors plutôt favorable et a contribué à la réapparition de symptômes dépressifs. Elle modifie également le diagnostic, qui est désormais celui de trouble dépressif (F32.11), notant une rechute dépressive à chaque situation stressante. L'incapacité de travail est motivée par des raisons psychiques, consécutives aux problèmes physiques chroniques. Globalement, la Cour de céans estime que l'avis du SMR n'est pas suffisamment probant pour trancher. Elle constate en particulier que le médecin SMR, qui ne dispose pas d'un titre de spécialiste en psychiatrie, écarte les conclusions du rapport de la psychiatre traitante sur la base de considérations générales, sans même avoir examiné lui-même l'assurée. Son premier rapport fait globalement référence à la classification médicale (CIM-10) pour écarter la validité du diagnostic (principal) de trouble de l'adaptation, sans réellement se déterminer sur les incidences concrètes pour l'assurée. Il en va de même du second rapport, dans lequel le Dr G._____ considère qu'un épisode dépressif réactionnel n'est généralement pas une source d'incapacité de travail et, plus loin, qu'un épisode dépressif moyen ne justifie habituellement pas une incapacité de travail totale et durable. Dès lors qu'un avis médical psychiatrique émis par un médecin non spécialiste en la matière doit être envisagé avec prudence et compte tenu du rôle de conseil dans lequel est intervenu le médecin SMR (cf. supra consid. 2.5.), force est d'en conclure que, même si les doutes soulevés par ledit médecin étaient fondés, l'OAI ne pouvait dans ce cas pas se contenter de l'avis de son médecin-conseil pour rendre une décision. Au contraire aurait-il dû, en pareilles circonstances, requérir un avis médical autorisé, comme par exemple sous la forme d'une expertise psychiatrique, voire bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique). Par conséquent, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle reprenne l'instruction dans le sens des considérants (cf. supra consid. 2.6), pour établir si une aggravation de l'état de santé, avec effet sur la capacité de travail, est intervenue et rendre une nouvelle décision. Dans le cadre de dite instruction, l'OAI veillera en outre à examiner

sous l'angle de la nouvelle jurisprudence sur les troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 418), rendue à la fin novembre 2017 par le Tribunal fédéral, en vertu de laquelle il y a lieu d'examiner le droit à une rente en cas de troubles psychiques conformément à la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux (procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs). Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. 4. Au vu de l'admission du recours, les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant consentie par la recourante lui sera restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. Sur la base de la liste de frais produite le 26 juillet 2018 par la mandataire et en application des art. 137 al. 1 et 3 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA;

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 RSF 150.1), 8 al. 1 et 11 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), les honoraires seront fixés sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité à raison de 17h04 à CHF 250.-, soit à CHF 4'266.60, plus CHF 56.40 de débours, plus CHF 342.50 au titre de la TVA (à 8% pour les opérations réalisées avant le 1er janvier 2018, à 7.7% ensuite), soit un total de CHF 4'665.50, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI. la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent jugement. III. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'266.60, plus CHF 56.40 de débours, plus CHF 342.50 au titre de la TVA à 8%, respectivement 7.7%, soit à CHF 4'665.50, et mise intégralement à la charge de l'OAI. 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 3 août 2018/mba Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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