

FR_GERICHTE 608 2014 77 vom 26. Januar 2016

FR Kantonsgericht, 2016-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_77

FR: FR_GERICHTE 608 2014 77 du 26 janvier 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 77 del 26 gennaio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 3

Est en l'espèce litigieuse la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité, respectivement de sa capacité résiduelle de travail – en particulier dans une activité adaptée –, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 a) Sur le plan somatique, il ressort tout d'abord du rapport du 29 octobre 2013 du Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et de la Dresse D. _____, médecin généraliste, auprès de la Clinique E. _____ (Dossier OAI, pièce 543), que la situation est stabilisée en ce qui concerne l'épaule à bientôt deux années de l'intervention (réinsertion transosseuse de la coiffe des rotateurs le 13 janvier 2012). Leurs constatations sont les suivantes: "Sur le plan orthopédique: une épaule gelée avait été évoquée en avril 2012. Actuellement, les amplitudes articulaires sont difficilement testables, en raison des douleurs alléguées par la patiente. On note que les amplitudes actives, limitées, sont meilleures qu'en passif. Il n'y a pas de signe clair de capsulite, la rotation externe est diminuée surtout par la résistance de la patiente, l'arrêt est élastique. Sur l'IRM, il n'y a pas de signe non plus de capsulite active. Au total, nous retenons surtout une exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit". Ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes: activités répétitives avec force du membre supérieur droit, activités prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et activités très répétitives avec le membre supérieur droit. Ils relèvent également des facteurs contextuels qui jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par la patiente et influencent défavorablement le retour au travail, tels que le syndrome dépressif, l'intégration moyenne avec mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation, le licenciement. Enfin, ils notent également des incohérences: "mobilités passives moins importantes que les mobilités, passives (recte: actives), absence d'amyotrophie du MSD malgré une exclusion fonctionnelle marquée, force au Jamar à droite à 4 kg en l'absence de pathologie de la main, allodynie étendue du MSD variable sans support organique. De plus, il existe une discordance entre les données cliniques et radiologiques". S'agissant de la capacité de travail, les médecins se prononcent ainsi: "Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs non médicaux cités plus haut et des facteurs médicaux retenus après l'accident et l'intervention. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable essentiellement en raison des facteurs non-médicaux et contextuels. Sur le plan médico-théorique une CT totale est attendue dans une activité adaptée". Cet avis au sujet de la capacité de travail est également partagé par le

Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, dans son rapport final du 9 décembre 2013 (Dossier OAI, pièce 480). Il relève que, dans l'activité professionnelle exercée au moment de l'accident en 2009, soit employée d'entreprise d'emballage de charcuterie, on peut considérer qu'une incapacité de travail se poursuit à 100 % compte tenu de l'atteinte au membre supérieur droit et de l'épaule droite. Par contre, dans une activité professionnelle adaptée tenant compte des limitations liées à la problématique de l'épaule droite, il estime que l'assurée peut travailler à 100 % avec un rendement de 100 %. Il énumère les limitations suivantes: l'assurée peut travailler sur toute la journée dans une activité légère à modérée, mais elle doit éviter le travail à la hauteur des épaules et au-dessus de la tête. Il ajoute que le port de charge est limité jusqu'à 10 kg à la hauteur des hanches, 5 kg à la hauteur du thorax et 1 kg à la hauteur des épaules et au-dessus et de manière non répétitive durant la journée, qu'elle doit éviter tout travail générant des vibrations ou soumis à des coups ou des à-coups tel qu'avec l'utilisation de marteaux, masses ou massettes, qu'il existe une limitation claire essentiellement à visée sécuritaire pour l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et que toutes les activités contraignantes répétitives pour le membre supérieur droit qui est dominant comme serrage, desserrage de boulons sont à éviter. Ces deux avis reposent manifestement sur un examen médical somatique complet et approfondi de la recourante. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées par cette dernière et ont été établis en pleine connaissance du dossier. En outre, l'analyse de la situation médicale est claire et les conclusions sont bien motivées. On peut donc leur reconnaître une pleine

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 valeur probante sur le plan somatique. Par ailleurs, leurs conclusions sur ce plan ne sont pas véritablement contestées. En effet, dans son rapport du 26 juillet 2011 (Dossier OAI, pièce 62), le Dr G. _____, médecin généraliste, indique expressément qu'il n'est pas compétent pour se prononcer sur la capacité de travail suite à l'intervention chirurgicale à l'épaule droite et que seul le chirurgien qui aura pu évaluer la gravité des lésions in situ pendant l'opération et pu estimer la qualité de son intervention sera habilité à le faire. Pour sa part, dans ses différents rapports du 16 février 2011, du 3 mars 2011, du 15 avril 2011, du 22 juin 2012, du 28 août 2012, du 27 septembre 2012, du 7 décembre 2012 et du 22 janvier 2013 (Dossier OAI, pièces 50, 51, 52, 128, 203, 218, 231 et 486), le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, se prononce uniquement sur la capacité de travail dans l'ancienne activité en confirmant l'arrêt de travail à 100 %. Ce n'est que dans son dernier rapport du 30 avril 2014 (Bordereau produit par la recourante, pièce 7) que ce spécialiste semble remettre en cause l'exigibilité retenue dans une activité adaptée. Toutefois, ce seul rapport, très succinct et faisant état essentiellement des douleurs ressenties par la patiente, n'est pas suffisant pour mettre en doute les conclusions étayées des médecins de la Clinique E. _____ et du médecin d'arrondissement, cela d'autant plus au vu des incohérences et autres auto-limitations relevées par ces derniers. Il faut donc conclure que, sur le plan somatique, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée peut être reconnue à la recourante. b) En revanche, la situation n'est pas suffisamment établie sur le plan psychiatrique. En effet, le Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auprès de la Clinique E. _____, pose clairement le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.10) dans le consilium psychiatrique du 10 octobre 2013 (Dossier OAI, pièce 535). Ses constatations sont les suivantes: "[La patiente] est vigile et orientée, mais paraît ralentie, avec une mimique triste. Elle frappe aussi par une mobilité réduite du bras gauche (sic),

tenu contre le corps. On retient plusieurs signes dépressifs dont une anhédonie, une adynamie, une attitude morose et triste, des difficultés de concentration et d'attention, ainsi qu'une perturbation du sommeil. Elle parle aussi d'épisodes d'anxiété, à prédominance nocturne, avec l'impression de chuter. Par ailleurs, le retrait social est important et elle évite de plus en plus de sortir de chez elle, alors qu'elle aimait auparavant se balader en ville ou marcher avec des amies. Ainsi, le signe d'anxiété est relativement élevé, sans signes de stress post-traumatique autres qu'une certaine crainte de chuter à nouveau dans certaines situations. Il n'y a par ailleurs pas de signe orientant vers un éventuel trouble psychotique ou un trouble avéré de la personnalité". Dans son rapport du 28 avril 2014 (Bordereau produit par la recourante, pièce 6), le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indique que la recourante est suivie depuis le 20 décembre 2013 et pose le diagnostic de trouble dépressif majeur (F33.2) ainsi que trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il indique que le trouble dépressif majeur se caractérise par une thymie et une mimique tristes, des ruminations sur un mode persécutoire ainsi qu'une attitude morose, des pleurs fréquents, de l'anhédonie, de l'adynamie, une absence d'espoir et une attitude démissionnaire. Il relève que la patiente décrit également des idées suicidaires récurrentes, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration et d'attention et un ralentissement psychique manifeste. Il précise que l'administration d'une échelle de dépression de Hamilton, dont le pointage total s'élève à 36, vient confirmer le diagnostic précité. Il souligne qu'aucune médication n'a permis à ce jour d'améliorer l'état de santé de la recourante, laquelle se montre pourtant compliant. Il conclut donc qu'elle présente une atteinte psychique invalidante et qu'elle est dans l'incapacité totale d'exercer toute activité, même une activité adaptée. En outre, contrairement à l'avis de l'autorité intimée, la problématique psychique n'est pas survenue uniquement depuis fin octobre 2013 suite au consilium psychiatrique de la Clinique E._____. En effet, dans son rapport du 14 janvier 2010 (Dossier OAI, pièce 8), le Dr

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 G._____ constatait déjà "une thymie dépressive, une dépendance à divers antalgiques, un état anxieux avec état de panique nocturne" et relevait "des troubles thymiques et anxieux" comme circonstances sans rapport avec l'accident jouant un rôle dans l'évolution du cas. Lors d'un entretien avec un inspecteur SUVA en date du 17 décembre 2012 (Dossier OAI, pièce 425), la recourante indiquait également déjà que "la situation lui pèse sur le moral". Dans son rapport du 22 janvier 2013 (Dossier OAI, pièce 438), le Dr H._____ relevait à son tour que la patiente "souffre surtout moralement de la situation". Enfin, dans son rapport du 27 mai 2013 (Dossier OAI, pièce 463), le Dr F._____ constatait également que "vu le temps écoulé depuis l'accident initial de décembre 2009 et la non résolution de la problématique, malgré une prise en charge clinique et opératoire tout à fait adéquate, on est en droit de se poser la question de l'installation d'un syndrome somatoforme douloureux chronique. En plus, il y a une composante dépressive qui s'est installée chez la patiente et qui ne fait plus de doute actuellement". Pour rendre sa décision, l'autorité intimée s'est basée sur les rapports des 21 mars et 17 juin 2013 (Dossier OAI, pièces 443 et 520) du Dr K._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, auprès du Service médical régional des Office AI Berne-Fribourg-Soleure (ci-après: SMR), selon lesquels il s'agissait a priori d'un cas commun avec l'assurance-accident, de sorte que les documents de la CNA (en particulier résultat du séjour à la Clinique E._____ et rapport final du médecin d'arrondissement) devraient permettre de statuer sans complément d'instruction. Toutefois, au vu des différents rapports médicaux susmentionnés présents au dossier et en particulier du rapport

du psychiatre de la Clinique E. _____, lesquels font état d'une atteinte psychique, l'autorité intimée ne pouvait clairement pas se contenter du rapport final du 9 décembre 2013 du médecin d'arrondissement de la CNA, lequel, bien qu'il ne soit pas psychiatre, retient un syndrome anxio- dépressif et le développement d'un syndrome somatoforme douloureux chronique, mais les écarte en mentionnant uniquement que "cette composante psychique et les traitements qui y sont et seront associés ne sont pas de la relevance Suva". Afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause et compte tenu du fait que l'assurance-invalidité n'est pas limitée par l'existence ou non d'un lien de causalité avec l'accident comme l'est l'assurance-accident, elle se devait d'instruire plus profondément cette question en requérant l'avis d'un médecin psychiatre. Il est vrai que plusieurs facteurs psychosociaux et socioculturels ont été évoqués par les médecins dans le cas de la recourante, tels que l'absence de formation, le licenciement, l'intégration moyenne avec mauvaise maîtrise du français, lesquels ne constituent pas des atteintes à la santé invalidante. Toutefois, seul un médecin spécialiste est à même de se prononcer sur leur incidence et leur éventuelle prédominance par rapport à une atteinte psychique entravant la capacité de travail et de gain. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours doit être admis et la décision querellée annulée. Dans la mesure où il est constaté que l'incidence du trouble psychique sur la capacité de travail et de gain de la recourante n'a pas du tout été éclaircie jusqu'à maintenant, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, ce cas de figure étant expressément prévu par la jurisprudence fédérale précitée. Il appartiendra ainsi à l'autorité intimée de mettre en œuvre une expertise psychiatrique voire une expertise pluridisciplinaire si elle le juge nécessaire. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant, versée par la recourante, lui est intégralement restituée. Ayant ainsi obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPG). Compte tenu des seules opérations strictement nécessaires ainsi que de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle elle

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 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 querellée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg qui succombe. III. L'avance de frais d'un montant de CHF 800.-, versée par A. _____, lui est intégralement restituée. IV. L'équitable indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 26 janvier 2016/meg Présidente Greffière-rapporteuse

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