

BVGer C-1188/2022 vom 22. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1188_2022_d20211122

FR: TAF C-1188/2022 du 22 novembre 2021

IT: TAF C-1188/2022 del 22 novembre 2021

Regeste

Révision; vision de la rente | Assurance-invalidité (décision du 22 novembre 2021)

Erwägungen

E. 3

février 2017 en raison d'une cardiomyopathie dilatée primitive sévère diagnostiquée à l'occasion d'un épisode de décompensation cardiaque gauche avec œdème aigu du poumon et effondrement de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 25%. Malgré une dyspnée persistante à l'initiation de l'effort, l'évolution avait été progressivement favorable sous traitement médical et réadaptation cardiaque, avec récupération d'une fraction d'éjection du ventricule gauche à 40%. L'assuré était en outre connu pour un anévrisme de l'aorte abdominale opéré le 27 février 2012 et pour un canal artériel persistant, atteintes sans incidence sur la capacité de travail.

C-1188/2022 Page 16 En avril 2017, il avait bénéficié de la mise en place d'un défibrillateur cardiaque avec resynchronisation du rythme cardiaque dont les suites opératoires avaient été simples. La situation s'était ensuite stabilisée. Compte tenu du diagnostic de cardiomyopathie dilatée primitive sévère, l'assuré avait subi une incapacité de travail durable de 100% dans son activité lucrative habituelle depuis le 3 février 2017 et de 50% dès le 22 décembre 2017 – en raison d'une dyspnée résiduelle et d'un pronostic fonctionnel cardiaque réservé – dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé, soit légère et sédentaire en ce sens qu'elle ne sollicite aucun travail de force, ni port répété de charges de plus de 15 kilogrammes, sans objectif de productivité soutenue ni conduite professionnelle d'un véhicule, respectueuse d'une dyspnée d'effort résiduelle et d'une fatigabilité accrue.

6.2 Dans le cadre de la présente procédure de révision initiée sur demande de l'assuré déposée le 24 avril 2020, les décisions litigieuses du 22 novembre 2021 ont prononcé une augmentation du droit à la rente du recourant à une rente entière correspondant à un taux d'invalidité de 100% du 1er juin 2020 au 28 février 2021 (cf. infra consid. 6.2.1), puis une réduction de ce droit à un ¾ de rente correspondant à un taux d'invalidité de 66% dès le 1er mars 2021 (cf. infra consid. 6.2.2 ; OAI-B. _____ pce 122 p. 487-505). A l'appui de cette augmentation, respectivement diminution, l'autorité inférieure s'est basée sur les avis des 27 avril 2021 et 30 juin 2021 du SMR.

6.2.1 6.2.1.1 Dans sa prise de position SMR des 27 avril 2021, la Dresse H. _____ retient que l'état de santé du recourant s'est dégradé à partir du 3 mars 2020 entraînant une hospitalisation en cardiologie dans un contexte d'endocardite infectieuse à staphylocoque sur bioprothèse aortique et sonde de stimulation. L'état septique du recourant s'est compliqué d'embolies cérébraux, pulmonaires, spléniques et coronaires, avec AVC ischémique fronto-pariétal droit et temporo-occipital gauche, infarctus splénique et défaillance multiviscérale (rénale, neurologique, respiratoire). L'évolution a été progressivement favorable sous l'effet d'une triple antibiothérapie, sans

séquelle sur le plan neurologique. En mai 2020, le recourant a présenté un nouvel épisode d'insuffisance cardiaque sur fuite aortique massive en lien avec une désinsertion de la prothèse aortique compliquée d'un trouble du rythme ventriculaire et d'une dysfonction du ventricule gauche dont la fraction d'éjection ne s'élève plus qu'à 29%. Un remplacement de la bioprothèse aortique a été réalisé par voie percutanée le 2 juin 2020, permettant une correction de l'insuffisance aortique. En juillet 2020,

C-1188/2022 Page 17 il persiste une dyspnée d'effort et une fatigabilité, ainsi que des troubles de l'équilibre et une hémiparésie gauche. En octobre 2020, l'évolution est favorable, le patient étant asymptomatique. La fraction d'éjection du ventricule gauche est stable à 40%, permettant une reprise progressive des activités de loisirs. Tout effort physique, port de charges, exposition au stress, horaires de travail irréguliers et/ou nocturnes, conduite professionnelle de véhicules, restent contre-indiqués. Dans une activité adaptée sédentaire respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 50% dès le 24 novembre 2020. Compte tenu des complications cardiaques survenues au printemps 2020, le SMR retient les diagnostics d'insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et endocardite infectieuse ayant entraîné du 3 mars 2020 au 23 novembre 2020 une incapacité totale de travail dans l'activité de gestionnaire de stock / cariste. L'amélioration de la fonction cardiaque a permis à l'assuré de récupérer dès le 24 novembre 2020 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée légère, sédentaire, sans effort physique, sans port de charge, sans exposition au stress, aux horaires de travail irréguliers et/ou nocturnes, sans conduite professionnelle de véhicule (OAI-B. _____ pce 107). Le 30 juin 2021, le Dresse H. _____ a précisé que les rapports médicaux des cardiologues produits en procédure d'audition mentionnaient, dans le cadre d'un trouble du rythme cardiaque connu, la survenue de plusieurs passages en fibrillation ventriculaire survenus entre septembre 2020 et mars 2021 et cardioversés par le défibrillateur implantable, sans signes de décompensation cardiaque. Dans ce contexte, un geste d'ablation du foyer ectopique ventriculaire avait été réalisé le 2 avril 2021, dont les suites avaient été simples, avec la restauration d'un rythme sinusal entrecoupé de rares extrasystoles résiduelles, un suivi trimestriel étant préconisé. Ces éléments ne faisaient pas état d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, la fonction cardiaque et les paramètres hémodynamiques étant restés stables malgré des épisodes de passage en fibrillation ventriculaire cardioversés avec succès et traités par ablation du foyer ventriculaire. Au vu de ces éléments, les précédentes conclusions du 27 avril 2021 demeuraient valables (OAI-B. _____ pces 115 p. 467). 6.2.1.2 Les considérations susmentionnées du SMR établissant une incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité lucrative en raison d'une aggravation de son état de santé survenue au cours du printemps 2020 sont corroborées par l'ensemble des avis médicaux des médecins traitants de l'assuré.

C-1188/2022 Page 18 En effet, il est établi que le 3 mars 2020, l'état de santé du recourant s'est gravement péjoré en raison d'une endocardite infectieuse sur la bioprothèse aortique et sur les sondes de resynchronisation avec staphylocoque doré, mise sous triple antibiothérapie intraveineuse. Le bodyscanner avait confirmé un AVC ischémique fronto-pariétal droit et temporo-occipital gauche et un infarctus splénique. La patient avait été transféré en service de réanimation pour une défaillance multiviscérale – rénale, neurologique et respiratoire – (cf. rapports des 31 mars 2020, 20 avril 2020 de la Dr J. _____, spécialiste en cardiologie [OAI-B. _____ pce 90 p. 283-284, pce 96 p.

301-303]). Le 8 mai 2020, le Dr N. _____, médecin auprès du Service de cardiologie du Centre Hospitalier O. _____, indique que l'assuré a été victime le 3 mars 2020 d'un accident vasculaire cérébral sur embolie septique et d'une endocardite sur bioprothèse aortique ayant entraîné une hémiparésie gauche, une aphasie, une ataxie avec dysmétrie et confusion. La récupération des déficits neurologiques est imprévisible et nécessite un délai de recul d'au moins 6 mois. La capacité de travail dans une activité lucrative adaptée est nulle (OAI-B. _____ pce 97 ; voir également rapport du 24 juillet 2020 du Dr I. _____, généraliste [OAI-B. _____ pce 100]). Après avoir regagné son domicile le 1er avril 2020, le recourant a été à nouveau hospitalisé d'urgence le 19 mai 2020 à la suite d'une aggravation de sa dyspnée survenue en raison d'une fuite aortique massive sur vraisemblable désinsertion de prothèse entraînant une dysfonction ventriculaire gauche compliquée de troubles rythmiques ventriculaires indiscutables (cf. rapports des 19 mai 2020 et 26 mai 2020 du Dr G. _____, spécialiste en cardiologie [OAI-B. _____ pces 96 p.298-300]). La fuite aortique a été traitée avec succès par traitement percutané le 2 juin 2020 et le recourant a pu regagner son domicile le lendemain (cf. compte rendu d'hospitalisation du 3 juin 2020 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie cardiaque [OAI-B. _____ pce 100 p. 327-328] ; voir également rapports du 2 juin 2020 du Dr K. _____, spécialiste en cardiologie [OAI-B. _____ pce 100 p. 323-326]). Le 12 novembre 2020, le Dr G. _____ a constaté que le patient restait extrêmement gêné avec une dysfonction ventriculaire gauche majeure sous polythérapie et résolument incapable de reprendre une activité physique (OAI-B. _____ pce 103 p. 402-404). Le 24 novembre 2020, le Dr I. _____, généraliste, a observé que le patient était apte à reprendre à 50% l'exercice d'une activité lucrative respectant les restrictions fonctionnelles (cf. rapport du 24 novembre 2020 [OAI-B. _____ pce 106].)

C-1188/2022 Page 19 6.2.1.3 A la lecture de ce qui précède, force est de constater que l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier établissent de manière concordante qu'à partir du printemps 2020, le recourant a subi une aggravation de ses troubles cardiaques à la suite d'une insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et endocardite infectieuse à staphylocoque sur bioprothèse aortique et sonde de stimulation ayant entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à partir du 3 mars 2020. Cette incapacité de travail est constitutive d'une invalidité de 100% fondant le droit de l'assuré à une rente entière dans les 3 mois suivant l'aggravation de l'invalidité survenue le 3 mars 2020, soit à partir du 1er juin 2020. Ainsi, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a augmenté le droit de l'assuré à une rente entière à partir du 1er juin 2020. La décision rendue en ce sens le 22 novembre 2021 par l'OAIE se révèle bien fondée. 6.2.2 Il reste à examiner si l'état de santé du recourant respectivement sa capacité de travail et de gain ont subi une amélioration à partir du 24 novembre 2020 justifiant une diminution de son droit à un ¾ de rente à partir du 1er mars 2021. 6.2.2.1 Par décision du 22 novembre 2021, l'autorité inférieure a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré à partir du 24 novembre 2020, ce dernier disposant alors d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée justifiant une diminution de son droit à un ¾ de rente trois mois après l'amélioration de la capacité de gain retenue à partir du 24 novembre 2020, soit à compter du 1er mars 2021 (OAI-B. _____ pce 122 p. 487-505). 6.2.2.2 A l'appui de ces considérations, l'OAIE s'est fondé sur les prises de position SMR établies les 27 avril 2021 et 30 juin 2021 par la Dresse H. _____ (OAI-B. _____ pces 107 p. 434-435 et 115 p. 467). Aux termes de celles-ci, le médecin-conseil SMR a retenu que si le recourant présentait encore une dyspnée d'effort, une fatigabilité, des troubles de l'équilibre et une

hémiparésie gauche au mois de juillet 2020, l'évaluation de son état de santé avait été favorable à partir du mois d'octobre 2020. Il était asymptomatique et la fraction d'éjection de son ventricule gauche était stable à 40%, permettant une reprise progressive des activités de loisirs. Les rapports des 25 septembre 2020 et 26 mars 2021 du Dr G. _____ (cf. OAI-B. _____ pce 114 p. 453-466), ainsi que le rapport du 3 avril 2021 du Dr F. _____, produits par le recourant en procédure d'audition (cf. OAI-B. _____ pce 123 p. 510) faisaient état de plusieurs passages en fibrillation ventriculaire entre septembre 2020 et mars 2021, mais ces passages avaient été cardioversés par le défibrillateur implantable, sans

C-1188/2022 Page 20 signe de décompensation cardiaque. Les rapports précités des médecins traitants faisaient état en outre d'un geste d'ablation du foyer ectopique ventriculaire réalisé le 2 avril 2021 dont les suites avaient été simples, avec restauration d'un rythme sinusal entrecoupé de rares extrasystoles résiduelles. Un suivi trimestriel était préconisé. Aussi les éléments médicaux apportés en procédure d'audition ne démontraient-ils pas d'aggravation durable de l'état de santé de l'assuré. En effet, la fonction cardiaque et les paramètres hémodynamiques étaient restés stables malgré quelques épisodes de passage en fibrillation ventriculaire, cardioversés avec succès et traités par ablation du foyer ventriculaire. Sur le plan diagnostique, le recourant continuait à souffrir principalement d'une insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et d'une endocardite infectieuse, lesquelles autorisaient toutefois, depuis le 24 novembre 2020, l'exercice à 50% d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, soit en évitant tout effort physique, sans port de charges, ni exposition au stress, ni horaires de travail irréguliers et/ou nocturnes, ni conduite professionnelle de véhicules. 6.2.2.3 Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit au dossier un rapport établi le 3 janvier 2022 dans lequel le Dr M. _____, spécialiste en cardiologie interventionnelle et structurelle, a constaté un shunt gauche droit par canal artériel persistant, une hypertension artérielle pulmonaire de stade II de type post-capillaire, une dysfonction ventriculaire gauche sévère avec un ventricule gauche très dilaté hypokinétique (fraction d'éjection du ventricule gauche à 35%) et confirmé la présence d'une importante insuffisance mitrale nécessitant de réaliser un Mitra Clip dans les plus brefs délais (TAF pce 1). Le recourant a en outre produit un rapport établi le 14 mars 2022 par le Dr F. _____, spécialiste en rythmologie, qui a rappelé que le patient était atteint d'une cardiomyopathie dilatée, valvulaire, avec chirurgie de Bentall biologique en février 2012 et qu'il avait bénéficié récemment d'un Mitra Clip pour une insuffisance mitrale importante. Depuis l'intervention du Mitra Clip, le patient semblait aller mieux, sur les plans clinique et rythmique. Le dernier épisode de troubles sévères du rythme ventriculaire remontait au 23 janvier 2022, avec une fibrillation ventriculaire traitée efficacement par choc. Depuis, il n'y avait plus eu d'épisodes. Néanmoins, si l'état du patient venait à se dégrader sur le plan rythmique, il conviendrait probablement de discuter d'une transplantation cardiaque (TAF pces 1 et 6).

C-1188/2022 Page 21 6.2.2.4 A l'aune de ces deux nouveaux rapports médicaux, le SMR a considéré que l'assuré présentait une aggravation progressive de la cardiomyopathie dilatée et valvulaire connue, avec une dégradation progressive de la fonction du ventricule gauche (35% en janvier 2022), de la valve mitrale (nécessitant la pose d'un clip en mars 2022), le développement d'une hypertension artérielle pulmonaire, et des troubles rythmiques sévères récidivants. Le pronostic était défavorable, la prochaine étape envisagée étant une transplantation cardiaque. Compte tenu de ces éléments médicaux objectifs, il convenait de retenir une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative

dès le mois de mars 2020. L'amélioration retenue dès novembre 2020 ne s'était pas confirmée sur le long terme. En cas de transplantation cardiaque, la capacité de travail pourra être réévaluée six mois après l'intervention (cf. prise de position du 3 mai 2022 de la Dresse P. _____, spécialisation non spécifiée [TAF pce 14]). Suite à l'avis du SMR, l'autorité inférieure, se fondant sur le préavis du OAI-GE, a considéré que l'amélioration de la capacité de travail du recourant, retenue dès le mois de novembre 2020, ne s'était pas confirmée sur le long terme. Par-tant, la capacité de travail du recourant demeurait nulle dans toute activité lucrative depuis le mois de mars 2020. En conséquence, l'autorité inférieure a modifié ses conclusions dans le sens de l'octroi illimité dès le 1er juin 2020 d'une rente entière fondée sur une incapacité totale de travail dès le mois de mars 2020, aucune diminution du droit à la rente dès le 1er mars 2021 ne se justifiant (TAF pce 14). 6.2.2.5 A la lecture de ce qui précède, il apparaît que le SMR (cf. supra consid. 6.2.2.4) et les médecins traitants (cf. supra consid. 6.2.2.3) ont re- tenu de manière unanime et concordante que l'état de santé du recourant ne s'était non seulement pas amélioré à partir de novembre 2020 mais qu'il s'était au contraire péjoré. En effet, ni la cardiomyopathie dilatée sévère ni le shunt gauche droite n'avaient été définitivement traités et une insuffisance mitrale importante avait nécessité la pose d'un Mitra Clip au mois de mars 2022. En outre, la fraction d'éjection du ventricule gauche, encore stable à 40% en octobre 2020, avait diminué à 35% à partir de janvier 2021. De surcroît, le recourant souffrait depuis le début de l'année 2022 d'une hypertension artérielle pulmonaire et avait subi plusieurs troubles ryth- miques sévères, le dernier ayant eu lieu le 23 janvier 2022. Cette péjoration des troubles cardiaques avait en particulier incité les spécialistes en car- diologie traitant à envisager une transplantation cardiaque en cas de dé- gradation supplémentaire sur le plan rythmique (cf. rapport du 3 janvier 2022 du Dr M. _____ [TAF pce 1] et rapport du 14 mars 2022 du Dr F. _____ [TAF pce 6]). Il en résultait que l'incapacité totale de travail du recourant, établie à partir du mois de mars 2020 (cf. consid. 6.2.1 supra),

C-1188/2022 Page 22 perdurait au-delà du mois de novembre 2020. Partant, le Tribunal retient qu'en raison de sa cardiomyopathie dilatée, de son hypertension artérielle pulmonaire et de ses troubles rythmiques sévères, le recourant présente une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2020 perdurant au- delà du mois de novembre 2020. Par conséquent, le droit du recourant à une rente entière à partir du 1er juin 2020 (cf. consid. 6.2.1 supra) ne saurait être diminué à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du mois de mars 2021, comme retenu à tort par l'autorité inférieure aux termes de l'une des deux décisions liti- gieuses du 22 novembre 2021. Aussi, le Tribunal ne voit-il pas de motifs justifiant de s'écarter des conclusions concordantes du recourant et de l'autorité inférieure tendant à l'admission du recours et à l'annulation de la diminution du droit du recourant à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1er mars 2021, le dossier étant renvoyé à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées, le cas échéant sous suite d'intérêts moratoires (cf. art. 26 al. 2 LPGA) et d'adap- tation à l'évolution des salaires et des prix.

E. 7

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé.

E. 7.1

En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils

peuvent être entièrement remis (art. 63 al. 1 PA). En l'espèce, le recourant ayant entièrement obtenu gain de cause, l'avance de frais versée à hauteur de 800 francs (TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

E. 7.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF, le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, le recourant ayant agi sans l'intermédiaire d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à s'acquitter de frais indispensables et relativement élevés, aucune indemnité ne sera allouée.

(Le dispositif figure à la page suivante.)

C-1188/2022 Page 23

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