

FR_GERICHTE 605 2014 121 vom 22. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_121

FR: FR_GERICHTE 605 2014 121 du 22 août 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 121 del 22 agosto 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 5

a) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et non 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 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 et 114 V 310 consid. 3c). b) D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (arrêts TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4, 8C_799/2014 du 2 novembre 2015 consid. 4.3 et les références citées).

E. 6

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Aux termes de l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est

déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

E. 7

En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité. a) Sur le plan psychique, il ressort du rapport d'expertise rendu le 7 octobre 2011 par le Dr F. _____ (cf. dossier AI, pièces 282 à 287) que l'assurée ne souffre d'aucune maladie responsable d'une atteinte invalidante à sa santé. Ce dernier fait certes état d'une dysthymie (F34.1), mais classe ce trouble dans la catégorie des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail. Dans son recours, l'assurée ne remet d'ailleurs pas en cause – à juste titre – les conclusions du Dr F. _____ dont le contenu du rapport précité répond manifestement aux exigences de la jurisprudence exposées ci-dessus (cf. consid. 5b) en matière de valeur probante. Partant, la Cour de céans retient qu'au moment déterminant de la décision litigieuse du 30 avril 2014, l'assurée n'était affectée d'aucune atteinte invalidante à sa santé d'un point de vue psychiatrique. b) Sur le plan rhumatologique, cette dernière conteste tout particulièrement les conclusions du rapport d'expertise établi le 17 octobre 2011 par le Dr E. _____ (cf. dossier AI, pièces 289 à 302), conclusions sur lesquelles s'est fondé l'OAI pour prononcer sa décision du 30 avril 2014. En particulier, la recourante allègue que dites conclusions sont contradictoires dans la mesure où, pour le même type d'activité imposant les mêmes limitations fonctionnelles, le Dr E. _____ aurait évalué sa capacité de travail une première fois à 70% puis une seconde fois à 100%. De plus, elle allègue que les conclusions de l'expert sont obsolètes en ce sens que son état de santé se serait sensiblement dégradé depuis le début du mois de septembre 2011, en particulier au niveau lombaire, des membres inférieurs ainsi que des doigts. A cet effet, la recourante relève que, depuis septembre 2006, elle n'est jamais parvenue à augmenter son taux d'activité à plus de 50%, malgré l'adaptation de son poste, et qu'elle est totalement incapable de travailler depuis le 24 janvier 2014. Selon elle, la décision querellée repose dès lors sur une constatation inexacte des faits pertinents. Pour sa part, l'office intimé accorde une pleine valeur probante à l'expertise. Il explique que, selon le spécialiste en rhumatologie, l'activité habituelle de l'assurée auprès de D. _____ n'est pas totalement adaptée, qu'il s'agit là de la raison pour laquelle cette dernière ne peut l'exercer qu'à 70%, et que sa capacité de travail au poste occupé jusqu'alors peut être améliorée moyennant certains aménagements. Il ne voit dès lors pas en quoi les conclusions de l'expert seraient contradictoires. Cela étant, sur la base de l'avis de son SMR, l'office intimé admet l'apparition d'une nouvelle atteinte au genou gauche qui n'est toutefois susceptible de modifier l'exigibilité médicale qu'à partir de la fin du mois de janvier 2014 et de conduire à la reconnaissance d'une invalidité de plus de 40% que postérieurement à la décision litigieuse du 30 avril 2014. Il considère que cette aggravation de l'état de santé de l'assurée n'a dès lors pas à être prise en considération dans le cadre du présent litige. Qu'en est-il ? aa) Dans son rapport du 17 octobre 2011 précité, le Dr E. _____ expose ce qui suit: "L'examen de ce jour met en évidence un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 ou déficitaire et un syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen frappe par la présence de douleurs poly et péri-insertionnelles imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, à insérer dans un contexte d'un syndrome de fatigue chronique et d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur". L'expert décrit l'activité que continue d'exercer l'assurée

auprès de D. _____ en ces termes: "Cette activité consiste à déposer des livres dans des petits chariots, à pousser les chariots entre les étagères, à remettre les livres dans les étagères, à scanner des livres pour les saisir. Ces activités s'effectuent debout". Il observe que "l'assurée présente une limitation concernant les longs bras de levier, le port de charges répétitif de plus de 5 kg et en porte-à-faux ainsi qu'au dessus de l'horizontal". Il estime que la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent par cette dernière peut être améliorée "en aménageant des alternances de positions assises ou debout de manière régulière et [à] éviter les ports de charges de plus de 5kg". Ceci étant, le Dr E. _____ conclut que, "concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son activité de gestionnaire de livres, estimant qu'elle peut alterner les positions et limiter les ports de charges à moins de 5 kg et qu'elle peut limiter les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal, sa capacité de travail est estimée à 70%. Dans une activité lui permettant d'alterner les positions assises ou debout et les longs déplacements, la capacité de travail est de 100%. L'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique, facteur subjectif et propre à chaque individu, probablement à mettre en relation avec une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. (...). Après discussion avec le Dr F. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle est estimée à 70%. Dans une activité adaptée [, elle] est estimée à 100%. (...). La diminution de rendement est déjà prise en compte dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle". bb) La Cour de céans se rallie à cette expertise qu'elle juge concluante en tous points et qui répond aux exigences posées par la jurisprudence susmentionnée en matière de valeur probante. En effet, dite expertise émane d'un spécialiste en rhumatologie qui s'est basé sur un dossier médical complet dont font notamment partie les avis respectifs du médecin traitant de l'assurée, la Dresse G. _____, et de différents spécialistes (en particulier en rhumatologie, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgie de la main et neurologie), ainsi que des clichés radiologiques. En outre, l'expert a procédé à un examen personnel de l'assurée dont il a retranscrit l'anamnèse et les plaintes. Enfin et surtout, ses conclusions sont claires et motivées. En particulier, après avoir décrit en quoi consistait le poste occupé par l'assurée auprès de D. _____ et estimé à 70% la capacité résiduelle de travail de cette dernière dans son activité actuelle, le Dr E. _____ a expliqué quels étaient les aménagements (alterner régulièrement les positions assises / debout et les longs déplacements ainsi qu'éviter les ports de charges supérieurs à 5kg) permettant d'augmenter sa capacité jusqu'à 100%. C'est pourquoi il a fait une distinction entre la capacité de travail (70%) de l'assurée dans son activité actuelle qui n'est que partiellement adaptée à ses limitations fonctionnelles en ce sens qu'elle semble impliquer certains mouvements contre-indiqués, et celle (100%) dans une activité totalement adaptée à son handicap. Contrairement à l'avis de la recourante, les conclusions de l'expert ne sont dès lors nullement contradictoires. Au demeurant, force est de constater que les autres rapports médicaux figurant au dossier, postérieurs à l'expertise, en particulier celui de la Dresse G. _____ du 29 mai 2012 (cf. dossier AI, pièces 319 et 320), ne remettent pas directement en cause le contenu du rapport du Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dr E. _____ dont les conclusions sont de surcroît confirmées par le médecin du SMR, le Dr H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, dans ses rapports du 29 novembre 2013 (cf. dossier AI, pièces 335 à 337) et du 19 septembre 2014 (produit en cours de procédure de recours par l'OAI). Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre, comme requis par l'assurée dans les conclusions de son recours, modifiées en cours de procédure et subsidiaires, des mesures

d'instruction complémentaires sur le plan médical ayant trait à la période courant jusqu'à la date de la décision litigieuse du 30 avril 2014. Ceci n'empêchera pas pour autant l'OAI de mettre sur pied une nouvelle expertise dans le cadre de la nouvelle demande de prestations qu'il devra instruire et qui portera essentiellement sur la période postérieure à la décision attaquée, soit à partir du 1er mai 2014 (cf. considérant suivant). cc) Il n'est désormais plus contesté ni contestable qu'après l'expertise bidisciplinaire d'octobre 2011, l'état de santé de l'assurée s'est progressivement péjoré, en particulier au niveau du genou gauche (cf. rapport du 7 avril 2014 du Dr I. _____, spécialiste FMH en radiologie [dossier AI, pièces 348 et 349]), des cervicales et en raison d'un état anxio-dépressif (cf. rapport du 9 mai 2014 [produit en cours de procédure de recours par l'assurée] de la Dresse G. _____). A cause de cette aggravation, cette dernière a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail totale médicalement attestée à partir du 24 janvier 2014 (cf. rapport du 9 mai 2014 précité et certificat du 16 mai 2014 [dossier AI, pièce 382] de la Dresse G. _____), date sur laquelle les parties semblent au demeurant s'accorder. C'est également en fonction de cette date que l'assureur perte de gain maladie de l'employeur a ensuite presté (au terme d'un délai de carence contractuel) (cf. décomptes d'indemnités journalières du 16 mai 2014, du 3 juin 2014 et du 25 juin 2014 de la Nationale Suisse SA [produits en cours de procédure de recours par l'assurée]). A ce sujet, dans son rapport du 19 septembre 2014 précité, le Dr H. _____ expose ce qui suit: "Etant donné que des nouveaux éléments jusque-là inconnus rendent plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée, que cette aggravation pourrait dater de fin janvier 2014, soit avant la décision contestée, et que la situation médicale n'est pas suffisamment établie pour permettre de déterminer l'exigibilité médicale depuis fin janvier 2014, une nouvelle expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, me semble nécessaire". dd) S'il est établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_694/2014 du 1er avril 2015 consid. 3.2 et C 35/04 du 15 février 2006 consid. 3), que la capacité de travail, respectivement de gain, de l'assurée était nulle – semble-t-il dans toute activité – depuis le 24 janvier 2014, ce changement n'était toutefois susceptible, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA et de l'art. 88a al. 2 RAI, de lui ouvrir le droit à une rente qu'après avoir duré trois mois sans interruption notable, c'est-à-dire pas avant le 1er mai 2014. Il n'y donc pas lieu d'en tenir compte dans le cadre du présent litige, étant rappelé ici que, conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 2), le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications de droit survenues postérieurement à la date déterminante de la décision litigieuse du 30 avril 2014. Dans ces circonstances, il faut admettre qu'à tout le moins jusqu'au 24 janvier 2014 (début de l'incapacité de travail totale), les conclusions du Dr E. _____ restaient d'actualité. Il s'ensuit que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, la décision querellée ne repose pas sur une constatation inexacte des faits pertinents.

E. 8

Reste enfin à déterminer le taux d'invalidité de l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Pour ce faire, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus dont le choix (cf. à ce sujet l'arrêt TF I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1) n'est – à juste titre – pas contesté par les parties. En effet, il s'avère que, sans atteinte à la santé, l'assurée continuerait d'exercer son activité auprès de D. _____ à 100%, taux d'activité auquel elle a été initialement engagée en 2000 et qu'elle a ensuite dû réduire dès 2003 à cause de ses seuls problèmes de santé (cf. notamment

demande de prestations AI du 8 janvier 2007, p. 7 [dossier AI, pièce 7], 1er entretien pluridisciplinaire du 13 février 2007 de l'OAI avec l'assurée, p. 4 [dossier AI, pièce 38] et mémoire de recours du 4 juin 2014, p. 4, ch. 2 et 3). a) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a retenu ici un salaire annuel brut, non contesté, treizième salaire compris, de CHF 48'388.90 pour l'année 2007, revenu calculé en référence à un plein temps (3'350 x 13 / 90 x 100) (cf. rapport d'entretien téléphonique du

E. 13

février 2007 entre l'OAI et l'employeur [dossier AI, pièce 42]). Comme il a été dit, l'activité d'employée d'exploitation auprès de D. _____ ne peut plus être exigible à 100%. C'est pour cette raison qu'en vertu de son obligation de diminuer le dommage, on doit exiger de l'assurée qu'elle trouve une activité mieux adaptée à son état de santé. C'est ce qu'a considéré l'OAI et l'on ne peut ici que le suivre. b) S'agissant dès lors du revenu avec invalidité, exigible dans une activité médicalement adaptée au handicap de l'assurée, il résulte de l'ESS 2006 que le salaire statistique mensuel brut (40 heures par semaine; 1/12 du 13ème salaire compris) pour les femmes dans le secteur privé en Suisse, toutes activités confondues (valeur centrale), s'élevait à CHF 4'019.- en 2006, soit à CHF 48'228.- (4'019.- x 12) par année (cf. ESS 2006, p. 25, tableau TA1, niveau de qualification 4 [activités simples et répétitives] pour les femmes), étant rappelé ici que ce revenu statistique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail et couvre ainsi bien plus que les seuls domaines de l'accueil ou de la vente d'objets, dans lesquels l'assurée allègue qu'une activité n'est pas exigible de sa part compte tenu de son manque de formation et d'expérience. La durée usuelle de travail hebdomadaire étant de 41.7 heures en 2006 (cf. OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008] en heures par semaine 1990-2014, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/07.html [consulté le 29 juillet 2016]), ce montant passe à CHF 50'277.70 (48'228 / 40 x 41.7). En outre, les salaires nominaux pour les femmes ayant progressé de 1.5% de 2006 à 2007 (cf. OFS, évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires 1939-2015, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/02.html [consulté le 29 juillet 2016]), ce montant, une fois indexé, s'élève à CHF 51'031.85 (50'277.70 x 101.5%) pour l'année 2007. Enfin, en y appliquant un taux de réduction de 15%, non contesté, à titre de désavantage salarial, l'on obtient en définitive un revenu avec invalidité qui doit être fixé à CHF 43'377.05 (51'031.85 x 85%) pour l'année 2007. Ce montant est très légèrement plus élevé que celui (CHF 43'315.60) retenu par l'OAI; cette insignifiante différence n'a toutefois aucune influence sur le résultat final du calcul du taux d'invalidité. c) Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus de valide (CHF 48'388.90) et d'invalidité (CHF 43'377.05) un taux d'invalidité de 10.35% qui, arrondi à 10%, est largement insuffisant pour ouvrir le droit ne serait-ce qu'à un quart de rente. 9. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 4 juin 2014, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 30 avril 2014 confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 S'agissant de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée (cf. consid. 7b/cc ci-dessus), l'OAI est invité à l'instruire – ce qu'il a d'ailleurs proposé de faire à l'occasion de ses observations du 24 septembre 2014 – comme une nouvelle demande de prestations AI portant sur la période à compter du 1er mai 2014. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils seront compensés par l'avance de frais, du même montant, versée par cette dernière. Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le

recours est rejeté. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais, du même montant, versée par celle-ci. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. 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 22 août 2016/avi Président Greffier-rapporteur

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