

FR_GERICHTE 605 2014 22 vom 27. Januar 2016

FR Kantonsgericht, 2016-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_22

FR: FR_GERICHTE 605 2014 22 du 27 janvier 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 22 del 27 gennaio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

janvier 2014, l'office a dès lors supprimé la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assurée avec effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Il a, en effet, certes retenu que l'assurée n'était plus en mesure de reprendre son ancienne activité d'aide de cuisine, mais considéré qu'elle était apte à exercer à plein temps une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles; comparant ses revenus de valide (CHF 50'096.85) et d'invalidité (CHF 48'308.40, après une réduction de 10 % au titre de désavantage salarial), l'office a ainsi abouti à la conclusion qu'elle présentait un degré d'invalidité de 4 %. B. Contre cette décision, l'assurée interjette recours de droit administratif le 30 janvier 2014 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de son droit à la rente entière d'invalidité. La recourante fait valoir qu'elle est toujours « suivie pour [son] cancer (chimiothérapie) et qu'à aucun moment [son] état de santé s'est amélioré ». Invitée à verser une avance de frais de CHF 800.-, l'assurée a, par écriture du 11 février 2014, demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite pour la procédure de recours. Par décision incidente du 10 octobre 2014, sa requête a été admise pour la procédure de recours et elle a été dispensée du versement de l'avance de frais de justice. Dans ses observations du 22 janvier 2015, l'OAI propose le rejet du recours. Il considère en substance, en se fondant sur la prise de position du 21 janvier 2015 de son service médical, qu'aucun élément médical ne permet de conclure à une rechute du cancer. Dans ses contre-observations du 9 février 2015, la recourante allègue de pas pouvoir travailler plus de quelques heures par semaine et craint qu'aucun patron ne l'engage à cause de son handicap et de la fatigue qu'elle ressent. Elle dépose au dossier 10 certificats d'incapacité de travail de son généraliste, le Dr C._____. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes 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. D'après l'art. 28 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI). b) Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 et les références citées). c) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et 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, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174, 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). d) Selon l'art. 17 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont

subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée. Il s'agit de comparer son état de santé au moment de la décision lui ayant reconnu un droit à la rente entière d'invalidité avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) En août 2009, un carcinome canalaire invasif du sein droit avait été diagnostiqué (cf. le rapport de la mammographie diagnostique du 17 août 2009 du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en radiologie). L'assurée avait été hospitalisée du 31 août au 8 septembre 2009, le cancer ayant été traité par mastectomie (cf. le protocole opératoire du 1er septembre 2009 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique). Elle avait ensuite suivi une chimiothérapie du 29 septembre 2009 au 3 février 2010 et une radiothérapie du 10 février 2010 au 23 mars 2010 (cf. les multiples rapports médicaux du Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en hémato-oncologie et médecine interne, de G. _____ et le rapport médical du 16 mars 2012 du Dr H. _____, médecin spécialiste FMH en gynécologie). Aucune autre affection invalidante n'avait alors été diagnostiquée. Les médecins traitants de l'assurée l'ont alors déclarée totalement incapable de travailler depuis août 2009 (cf. les multiples rapports médicaux du Dr F. _____, notamment celui du 13 août 2012). L'autorité intimée lui a dès lors, par décision du 11 mai 2011, octroyé une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 2010, date d'échéance du délai d'attente d'un an. b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en novembre 2011, les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier : - Le rapport médical du 16 mars 2012 du Dr H. _____, qui a exposé que les traitements par chimiothérapie et radiothérapie étaient arrivés à terme; il a cependant précisé que sa patiente était encore traitée par Tamofixen et Zoladex. Le médecin a finalement conclu que, d'un point de vue gynécologique, l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 - Le rapport E-213 du 12 juillet 2011 et le certificat du 21 mai 2012 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du J. _____, qui a signifié ne plus suivre l'assurée depuis janvier 2011. - Le rapport médical du 13 août 2012 du Dr F. _____, qui a considéré que l'assurée n'était certes plus apte à reprendre son activité habituelle d'aide de cuisine, considérée comme trop « lourde », mais qu'elle pouvait exercer à plein temps toute activité adaptée à son état de santé. Dans sa prise de position du 17 octobre 2012, le Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du service médical régional de l'OAI (SMR), a exposé que l'état de santé de l'assurée s'est progressivement amélioré, au plus tard depuis août 2012, et a précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'était apparu, que le cancer était en rémission, que la chimiothérapie et la radiographie avaient pris fin et que l'hormonothérapie se poursuivait. Il a dès lors conclu à une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement dans une activité légère, sans port de charge avec le membre supérieur droit et sans positions extrêmes du bras droit. Dans sa prise de position du 28 janvier 2013, se déterminant sur l'écriture déposée par l'assurée dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr K. _____, du SMR, a exposé qu'aucune pièce médicale ne s'opposait à l'exercice d'une activité de substitution adaptée. Il a ainsi réitéré les conclusions formulées dans sa précédente prise de

position. Interrogé par l'autorité intimée sur le terme « chimiothérapie » utilisé par l'assurée notamment dans le cadre de la présente procédure de recours, le Dr K. _____, du SMR, dans sa prise de position du 21 janvier 2015, a exposé qu'aucun élément médical ne permettait de conclure à une rechute du cancer. A son sens, l'assurée poursuit une hormonothérapie, traitement généralement prescrit pour cinq ans après un cancer. Aussi a-t-il estimé que des mesures d'investigation complémentaires n'étaient pas nécessaires. Avec ses contre-observations du 9 février 2015, la recourante a encore déposé au dossier les "simples" certificats d'incapacité de travail, dépourvus de motivation, des 2, 14 avril, 6 mai, 12 juin,

E. 15

juillet, 1er, 30 septembre, 4 novembre, 3 décembre 2014 et 4 février 2015 du Dr C. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale. c) Même si la recourante n'a jamais explicitement avancé que le cancer avait rechuté, la formulation de ses écrits prête à confusion. Tous les médecins sollicités ont toutefois expressément retenu que le cancer était en rémission et que la chimiothérapie ainsi que la radiothérapie étaient terminées; l'assurée confond manifestement la chimiothérapie et l'hormonothérapie, traitement par Tamofixen et Zoladex généralement suivi 5 ans après un cancer. Le SMR s'est par ailleurs également déterminé sur la question et a confirmé, à plusieurs reprises, cet état de fait. Il faut dès lors considérer, à défaut de pièce médicale attestant le contraire, que le cancer ayant justifié l'octroi de la rente entière d'invalidité en 2011 est en rémission et par conséquent que l'état de santé de l'assurée s'est notablement amélioré. Les médecins sollicités sont également unanimes en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle de la recourante. L'oncologue a considéré qu'elle peut reprendre une activité de substitution adaptée à plein temps et sans diminution de rendement, l'ancienne activité d'aide de cuisine ayant été jugée trop « lourde ». Le gynécologue a pour sa part confirmé qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail d'un point de vue gynécologique. Le SMR, dans ses prises de position successives, a repris et confirmé les conclusions du Dr F. _____. C'est le lieu de noter que les nombreux certificats d'incapacité de travail – dénués de motivation – du

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 Dr C. _____ ne contreviennent pas à cette appréciation sur le plan de l'assurance-invalidité, mais montrent simplement que le généraliste a estimé que la fatigue encore ressentie par sa patiente justifiait des arrêts de travail réguliers et de courte durée; il convient de plus de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui lui a été confié, s'exprime, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). En outre, le fait que la recourante craigne d'éprouver quelque difficulté à trouver un travail adapté à son handicap ne relève pas de l'assurance-invalidité. En l'occurrence, en effet, l'activité de substitution raisonnablement exigible n'est pas limitée au point que le marché équilibré du travail n'en connaisse pratiquement pas (cf. arrêt TF 8C_880/2011 du 21 mars 2012; cf. également arrêt TF 9C_761/2012 du 7 juin 2013); au contraire, toute activité professionnelle légère sans port de charge avec le membre supérieur droit et sans positions extrêmes du bras droit apparaît exigible de l'assurée. Eu égard à ce qui précède, force est pour la Cour de céans de retenir que la recourante ne peut certes plus reprendre son activité habituelle d'aide de cuisine, mais qu'elle est, au plus tard depuis août 2012 (cf. la prise de position du 17 octobre 2012 du Dr K. _____ du SMR), apte à exercer une activité légère et adaptée à son état de santé à plein temps et sans diminution de rendement, comme en a convenu l'autorité intimée. 4. Le taux d'invalidité résultant de cette incapacité de travail doit

encore être déterminé. a) Selon les déclarations de l'assurée et de son ancien employeur (cf. questionnaire rempli par L. _____, à l'attention de la M. _____ assurance), elle a perçu pour un taux d'occupation de 100 % en 2009 un revenu annuel de CHF 52'526.-. En indexant ce chiffre à 2012 (l'année au cours de laquelle est survenue l'amélioration de son état de santé étant déterminante contrairement à ce qu'a retenu l'autorité intimée), on obtient un revenu annuel sous invalidité de CHF 54'171.15 (CHF 52'526.- + 1.1 % + 1 % + 1 %). b) La dernière activité exercée n'étant pas compatible avec l'état de santé de la recourante, le salaire effectif réalisé ne saurait constituer la base du revenu d'invalidité; dans de telles circonstances et à défaut d'activité adaptée exercée, il sied de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, année 2010, et de l'indexer à 2012. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit, pour cette année-là, CHF 4'225.- par mois (TA1, femmes, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures; la Vie économique, Tableau B 9.2 Durée hebdomadaire normal du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à CHF 4'394.-, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 52'728.-. Indexé à 2012 selon l'indice des salaires nominaux de la branche ([52'728.- + 1 % + 1 %]; cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'OFS, T39, salaires nominaux, femmes), on obtient un revenu annuel pour 2012 de CHF 53'787.85. Compte tenu des limitations fonctionnelles dont souffre l'assurée, la réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial de 10 % octroyée par l'autorité intimée peut être reprise ici sans autre. Le revenu annuel d'invalidité est ainsi fixé à CHF 48'409.05. c) De la comparaison des revenus, il résulte une invalidité de 11 %. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a supprimé la rente entière dont bénéficiait la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 5. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas perçus dans la mesure où l'assistance judiciaire gratuite lui a été octroyée. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils ne sont toutefois pas perçus, A. _____ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 27 janvier 2016/yho Présidente Greffier-stagiaire

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