

FR_GERICHTE 605 2019 222 vom 29. Oktober 2020

FR Kantonsgericht, 2020-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_222

FR: FR_GERICHTE 605 2019 222 du 29 octobre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 222 del 29 ottobre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2.1

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 LAI, 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.

E. 2.2

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. 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 raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 2.4

D'après 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (cf. arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2). Dans une éventuelle procédure de recours contre une décision de refus d'entrée en matière, les faits déterminants pour les tribunaux sont ceux qui ont été présentés à l'OAI (ATF 130 V 64 / SVR 2004 IV n°14).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI 3.1. Pour rendre sa décision du 1er juillet 2016, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs F._____ et G._____. Le premier, lors de son examen neurologique du 11 février 2015, n'avait relevé aucun diagnostic neurologique ayant une répercussion sur la capacité de travail, en précisant qu'une discrète souffrance radiculaire ou polyneuropathique sans traduction fonctionnelle significative restait envisageable; il a considéré que dans l'activité de chauffeur-livreur comme dans toute autre activité, si les limitations fonctionnelles peuvent être respectées, l'assuré présente une capacité de travail complète (plein temps avec un rendement à 100%). Le second, lors de son examen du 5 novembre 2015, avait noté le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent, actuellement léger à moyen. Les experts ont ainsi abouti à la conclusion que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé. 3.2. Depuis lors, les documents médicaux suivants ont été produits : - Le rapport médical du 3 janvier 2017 du Dr H._____, médecin spécialiste en réadaptation et médecine interne, qui a constaté plusieurs problèmes d'ordre rhumatologique. Il a relevé des limitations au niveau de l'amplitude articulaire des épaules et des limitations dues au syndrome douloureux

chronique persistant. Il a par contre exclu tout problème neurologique (dossier OAI p. 735). - Les rapports médicaux des 25 janvier 2017 du Dr E. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi que médecin traitant de l'assuré, qui a noté que l'état de santé de son patient évoluait défavorablement. Il a ajouté qu'à son sens les conclusions cliniques des médecins experts, neurologues et psychiatres, étaient arbitraires (dossier OAI p. 733). - Le rapport médical du 13 janvier 2017 du Dr I. _____, médecin spécialiste en médecine générale ainsi que médecin traitant de l'assuré, qui a estimé que l'état physique de son patient s'était détérioré avec de nouveaux diagnostics, à savoir une insuffisance rénale chronique progressive de stade III sur néphroangiosclérose hypertensive nécessitant des contrôles néphrologiques réguliers à partir de décembre 2011 ainsi qu'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis 2015. Il a précisé que l'OAI n'avait pas tenu compte non plus du syndrome d'apnée du sommeil sévère diagnostiqué en 2008 et qui entraîne une fatigue chronique (dossier OAI p. 734). - La prise de position du 13 février 2017 du Dr J. _____, médecin spécialiste en médecine générale, du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a considéré que les diagnostics mentionnés par le généraliste traitant n'étaient pas nouveaux : "Cette atteinte à la santé est inchangée depuis le 18.03.2016 [...] et n'a pas de répercussions sur une activité professionnelle adaptée sans effort avec les bras au-dessus de la tête. Par ailleurs, le [médecin-

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 traitant] décrit l'apparition d'une insuffisance rénale chronique progressive de stade III nécessitant des contrôles réguliers, mais sans une gravité atteignant le stade terminal nécessitant une dialyse [...] A noter que, dans son certificat du 18.03.2016 reçu dans le courrier de K. _____ le 30.05.2016, il évoquait déjà les mêmes affections (tendinopathies des 2 épaules, néphropathie)". Enfin, s'agissant de la suspicion de démence frontale émise par le psychiatre-traitant, le SMR retient qu'"il n'apporte pas d'élément diagnostic ou d'investigations précis pouvant étayer cette suspicion ni autre élément nouveau pouvant remettre en question la teneur et les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr G. _____". Le médecin du SMR en a conclu que, depuis juillet 2016, aucune modification de l'état de santé ne s'était produit (dossier OAI p. 741 s.). - Les rapports médicaux des 6 juin, 5 décembre 2018 et 25 février 2019 du Dr E. _____, qui a notamment considéré que depuis le mois de février 2018 son patient présente un nouvel épisode dépressif sévère (échelle de dépression de Hamilton à 36 points) avec une grave répercussion dans sa vie quotidienne et une diminution de sa capacité de travail résiduelle. Le psychiatre a constaté une aggravation de son déficit mnésique et une diminution diffuse de ses capacités cognitives évoquant un syndrome pré-déméntiel (atteinte frontale ou fronto-temporale). Vu la chronicité et le caractère récurrent de sa maladie psychique, laquelle semble être résistante aux différents traitements médicamenteux et approches psychothérapeutiques appliquées depuis plusieurs années, il estime que le pronostic demeure très réservé (dossier OAI p. 763 s., 767). - La prise de position du 16 mai 2019 du Dr L. _____, médecin spécialiste en médecine générale, du SMR, qui a exposé que le rapport du 25 février 2019 du Dr E. _____ ne contenait aucune nouvelle information médicale. Il a précisé que "La situation décrite est superposable à celle que le Dr E. _____ décrit depuis plusieurs années. Plusieurs experts ont déjà démontré que ses appréciations sont en désaccord avec la réalité des choses" (dossier OAI p. 779). A l'appui de son retour au Tribunal cantonal, l'assuré a encore produit : - Le rapport médical du 15 juillet 2019 du Dr E. _____, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.20 selon CIM-10; échelle de dépression

de Hamilton à 32 points, dépression sévère). Il a considéré que la capacité de travail de son patient était nulle, dans toute activité professionnelle lucrative, depuis sa rechute dépressive en février 2018. Il a précisé que "Depuis février 2018 le patient présente une rechute dépressive sévère et un trouble cognitif qui peut être un syndrome pré-déméntiel ce qui est assez souvent observé en pratique clinique chez des patients qui souffrent d'une dépression récurrente (chronique) et résistante aux traitements et approches cliniques conventionnelles indiquées. [Au plan somatique], il est atteint d'une anémie, de diabète, d'une hypertension artérielle, d'une insuffisance rénale chronique, de lombosciatalgies chroniques sur hernies discales multiples, qui aggravent son état dépressif et surtout son trouble cognitif qui peut évoluer vers un syndrome démentiel" (dossier OAI p. 809 s.). - Le rapport médical du 31 juillet 2019 du Dr I. _____, qui a retenu les diagnostics suivants au plan physique: "- Diabète insulino-dépendant avec micro-angiopathie, polyneuropathie et néphropathie; - Troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec lombosciatalgie S1 G; - Insuffisance rénale stade III sur néphro-angio-sclérose hypertensive; - Périarthrite huméro- scapulaire D et G; - Fibromyalgie; - Syndrome de l'apnée du sommeil". Le médecin apprécie les limitations fonctionnelles de son patient de la manière suivante : "En raison de ses troubles dégénératifs lombaires, le patient ne peut se mettre à genoux, incliner le buste ou s'accroupir pendant longtemps, se baisser, travailler en hauteur ou sur un sol irrégulier. Le parcours à pieds

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 est limité à 1 km. Il tient 30 min dans la même position soit assis, soit debout. En raison de sa périarthrite huméro-scapulaire, le patient ne peut utiliser les 2 bras au-dessus de l'épaule. Il peut lever occasionnellement les charges ne dépassant pas 10 kg. A cause du diabète, il ne peut assumer un horaire de travail irrégulier ou de nuit. [...] Les limitations mentionnées ci-dessus nécessitent beaucoup de pause et réduisent l'efficacité du patient. Même en travaillant à un horaire complet, le rendement atteindrait à peine 50 %". Quant à l'évolution dans le temps de l'état de santé de son patient, le médecin expose que "L'état de santé de [l'assuré] s'est progressivement dégradé avec l'apparition de l'insuffisance rénale en 2011, de la périarthrite huméro-scapulaire D en 2014 et G en 2015 et du syndrome de l'apnée du sommeil en 2015". Au plan psychique, il a noté que son patient "souffre d'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes sévères. La dépression captive les pensées de [l'assuré] au point qu'il n'arrive plus à se concentrer sur d'autres tâches. Sa mémoire a fortement diminué au point que d'autres apprentissages deviennent difficiles" (dossier OAI p. 811 s.). 3.3. En l'espèce, le Dr E. _____, dans ses rapports médicaux de 2018 et 2019, a expressément conclu à une aggravation de l'état de santé psychique de son patient, en se fondant sur des éléments médicaux objectifs, à savoir une péjoration de son déficit mnésique et une diminution de ses capacités cognitives. Il s'est en outre basé, pour apprécier la situation clinique de son patient, sur l'échelle de dépression de Hamilton et est parvenu à un total de 36 points, ce qui correspond à une dépression sévère. Il a enfin estimé que son patient pouvait souffrir d'un syndrome pré-déméntiel (atteinte frontale ou fronto-temporale), affection susceptible d'avoir une incidence sur sa capacité de travail et sur laquelle aucun expert ne s'est jusqu'alors exprimé. L'opinion du Dr L. _____, du SMR, selon laquelle la situation clinique décrite par le psychiatre était superposable à celle décrite depuis plusieurs années par ce même praticien, ne peut donc être suivie. Ce qui est déterminant au contraire, en comparaison à ce qui a été retenu dans l'arrêt du

E. 6

septembre 2017 confirmant la décision de l'OAI du 1er juillet 2016, c'est que les psychiatre et médecin généraliste traitants attestent une aggravation de l'état de santé sur la base d'éléments objectifs, qui pourraient par ailleurs aller de pair avec un syndrome pré-déméntiel. Cela alors que les autres éléments du dossier, notamment les expertises réalisées il y a désormais plus de cinq ans, ne permettent pas de nier la plausibilité d'une telle aggravation. Une réactualisation de l'état de santé au plan neurologique semble en l'espèce également se justifier. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans retient qu'une aggravation de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer ses droits a été rendue plausible. 4. 4.1. Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 2 juillet 2019 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision. 4.2. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais versée par le recourant lui est restituée. 4.3. L'admission du recours a également pour conséquence que le recourant, représenté par une juriste du service juridique d'un organisme d'utilité publique, a droit à une indemnité réduite

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 pour ses dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la difficulté et de l'importance très relatives de l'affaire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit à CHF 750.-, 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. Partant, la décision du 2 juillet 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision et rende une nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais versée par le recourant lui est restituée. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 750.-, débours et éventuelle TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 29 octobre 2020/yho Le Président : La Greffière-stagiaire :

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