

FR_GERICHTE 605 2020 217 vom 1. September 2021

FR Kantonsgericht, 2021-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_217

FR: FR_GERICHTE 605 2020 217 du 1 septembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 217 del 1 settembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 28

mai 2019 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), indiquant comme atteinte une insuffisance cardiaque sévère depuis le 20 novembre 2018 (dossier OAI, p. 32 ss). B. Après avoir récolté des rapports médicaux auprès des médecins traitants, notamment le Dr B._____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale (dossier OAI, p. 51 ss et 84 ss) et la Dre C._____, spécialiste en pneumologie (dossier OAI, p. 96 ss), ainsi que les rapports obtenus par l'assureur perte de gain, l'OAI a demandé à son Service médical régional (ci- après: le SMR) si d'autres investigations médicales étaient nécessaires. Le 8 janvier 2020, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a répondu qu'il fallait un complément d'instruction en cardiologie (dossier OAI, p. 143). L'OAI a mis en œuvre une expertise cardiologique et mandaté le Dr E._____, spécialiste en cardiologie (dossier OAI, p. 144). Celui-ci a réalisé l'examen clinique le 19 février 2020 (dossier OAI, p. 175 ss). Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants: syndrome d'apnée du sommeil depuis octobre 2018 et myocardiopathie dilatée du ventricule gauche depuis novembre 2018, avec instauration d'un traitement alpha- et bêta-bloqueur. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était entière, en évitant le port de charge de plus de 20kg et le stress émotionnel. Le 5 mars 2020, le recourant a envoyé un compte-rendu de cet examen à l'OAI, notamment pour faire part de son impression sur l'expert (dossier OAI, p. 166 ss). C. Le 21 avril 2020, l'OAI a établi un projet de décision indiquant son intention de rejeter la demande. Il a estimé que le 20 novembre 2019 (échéance du délai d'attente), le recourant aurait pu reprendre une activité lucrative telle qu'exercée avant ses problèmes de santé (dossier OAI, p. 223). Le 19 mai 2020, le recourant a fait part de ses objections contre le projet de décision (dossier OAI, p. 237). Il a notamment affirmé que différentes analyses récemment effectuées auprès du Dr B._____ indiquaient des résultats qui allaient à l'encontre de ceux démontrés lors de l'expertise (dossier OAI, p. 237). Le Dr B._____ a également fait parvenir ses observations à l'OAI accompagnées d'autres rapports médicaux (dossier OAI, p. 238 s.). Le recourant a complété ses objections le 30 juin 2020 (dossier OAI, p. 256 s.). Le Dr D._____ a estimé que, compte tenu des objections et de la prise de position du Dr B._____, il était indispensable de demander à l'expert de prendre position (dossier OAI, p. 263). Le 20 août 2020, l'expert s'est déterminé et a maintenu ses conclusions et appréciations (dossier OAI, p. 266 s.). Le Dr D._____ a ensuite confirmé l'exigibilité retenue lors de l'expertise (dossier OAI, p. 268). Par décision du 25 septembre 2020, l'OAI a

confirmé son projet de décision. Concernant les objections du recourant et autres éléments transmis, il a indiqué qu'ils avaient été soumis à l'expert et qu'ils n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de celui-ci.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 D. Le 26 octobre 2020, le recourant, désormais représenté par Me Guerry, avocat, interjette recours contre la décision du 25 septembre 2020. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi de trois-quarts de rente du 1er décembre 2019 au 28 février 2020 puis à une demi-rente du 1er mars 2020 au 31 juillet 2020 et à un quart de rente à partir du 1er août 2020, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise cardiologique par la Cour, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise cardiologique et nouvelle décision. Le 30 novembre 2020, l'OAI répond au recours. Il considère que le recourant ne fait que substituer l'avis des médecins traitants à celui de l'expert en se focalisant sur la valeur d'éjection moins élevée déterminée par le Dr B. _____ ainsi que des médecins de l'Hôpital universitaire du canton de Zurich par rapport à celle retenue par l'expert. Il affirme que les moyens du recourant tendant à dénier toute valeur probante à l'expertise en se référant aux avis des médecins traitants ne sont pas pertinents. Il conclut au rejet du recours. Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 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 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 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 raisonnablement exigibles (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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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. 3. Selon l'art. 28 al. 1 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins. 3.1. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 3.2. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et la référence). 4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 4.2. 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne

peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

4.3. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

5. 5.1. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec

l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (arrêt du TF U 84/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1). Il en va de même lorsque les atteintes prises en compte par l'assurance-invalidité ne présentent pas toutes un lien de causalité avec l'accident (arrêt du TF 8C_517/2007 du 16 septembre 2008 consid. 4.1). 5.2. Plus spécifiquement, l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accidents en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé – qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3ème éd. 2009, § 10 n° 39 ss) – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise. Il sied de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. 6. La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a retenu que la capacité de travail et de gain du recourant dans son activité habituelle de psychologue sont entières. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail en procédant à une appréciation médicale de sa situation. 6.1. L'OAI s'est globalement référé au rapport d'expertise cardiologique qu'il a fait établir pour constater que le recourant est en mesure d'exercer son activité habituelle à 100% sans diminution de rendement. De son côté, ce dernier se prévaut d'une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents dans la mesure où l'OAI retient qu'il peut travailler à plein temps et avec un plein rendement dans son activité habituelle. Il conteste essentiellement la valeur probante de l'expertise, invoquant tout

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 d'abord une anamnèse incomplète et un examen non approfondi de l'expert. Il critique ensuite le fait que l'expert n'a pas tenu compte des limitations fonctionnelles lors de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Il considère que les conclusions du Dr E. _____ sont contredites de façon motivée et convaincante par le Dr B. _____. Il ajoute que son assureur perte de gain a admis la persistance d'une incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2019 ce qui, selon lui, démontre qu'il n'a pas récupéré une pleine capacité de travail dès le 1er décembre 2020. 6.2. D'un point de vue formel, l'expertise reprend la structure ordinaire des expertises de l'OAI. L'expert a réalisé un examen clinique du recourant d'une durée de deux heures. Dans son rapport, il a commencé par noter le motif et les circonstances de l'expertise puis les incapacités de travail du recourant. Il a résumé les faits médicaux et synthétisé le dossier. Il s'est ensuite entretenu avec le recourant, approfondissant notamment l'affection actuelle, faisant l'anamnèse systématique et posant le tableau clinique par rapport au travail ainsi que le traitement médicamenteux. L'expert a développé ses propres constatations, se fondant entre autres sur des examens complémentaires (ECG d'effort et écho-doppler cardiaque). Il a posé les diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail et les a discutés. Il a noté les limitations fonctionnelles puis réalisé l'évaluation médicale et

médico-assurantielle et terminé en répondant aux questions de l'OAI. Le recourant mentionne une erreur dans le report des incapacités de travail car l'expert a noté que l'incapacité de travail à 60% allait jusqu'au mois de novembre 2019 (expertise, p. 14) alors que, en réalité, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a continué d'attester la persistance d'une incapacité de travail après novembre 2019. Concernant cette critique, on constate que l'expert avait écrit plus haut dans le rapport que l'incapacité au taux de 60% allait du 28 mars 2019 au "indéterminé" (expertise, p. 3). L'omission soulevée par le recourant doit dès lors être qualifiée de mineure et isolée, elle est sans conséquence et ne permet pas de remettre en cause l'expertise sur le plan formel. L'expertise ainsi que son rapport remplissent par conséquent les critères formels et répondent aux exigences de la jurisprudence. 6.3. Le recourant allègue que les limitations constatées par l'expert au chiffre 6.6 de l'expertise n'ont pas été prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail au motif, d'une part, que l'expertise avait mis en évidence sur le plan cardiaque une amélioration objective de la contractilité myocardique et, d'autre part, que la fatigabilité et la dyspnée d'effort pouvaient être améliorées par l'arrêt du traitement alpha- et bêta-bloqueur. Il reprend ensuite la démonstration du Dr B. _____, lequel se fonde sur des examens de l'Hôpital universitaire de Zurich et de l'Inselspital, pour établir que la fraction d'éjection retenue par l'expert (68%) est erronée car elle s'élève à 54% selon les spécialistes des hôpitaux universitaire (45% selon le Dr B. _____). Selon le recourant, qui cite le Dr B. _____, il est trop simpliste de se baser sur l'amélioration de la fraction d'éjection pour attester une pleine capacité de travail. 6.3.1. Il convient en premier lieu de se pencher sur les rapports du Dr B. _____ étant donné que ce médecin remet vigoureusement en cause les résultats de l'expertise. Le 8 janvier 2019, il écrivait à un confrère du service de cardiologie de l'Hôpital cantonal de Fribourg pour lui donner ses conclusions sur l'échocardiographie: hypertrophie sévère du ventricule gauche. Fraction d'éjection modérément diminuée (EF 30%). Trouble de relaxation de grade I. Le patient n'a pas de pathologie valvulaire significative. L'oreillette gauche est légèrement dilatée. Le cardiologue traitant notait également que son patient était cliniquement compensé mais restait passablement symptomatique et que la fonction ventriculaire gauche montrait une légère amélioration (dossier OAI, p. 26 s.). Le 25 juin 2019, il relatait au Dr F. _____ que l'état clinique était stable, qu'il persistait une dyspnée

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 NYHA II-III ainsi que des vertiges orthostatiques seulement légers malgré l'augmentation des médicaments (dossier OAI, p. 75 s.). Le 5 août 2019, il indiquait que les limitations fonctionnelles de la capacité physique globale étaient modérées à sévères (dossier OAI, p. 51 s.). En novembre 2019, il faisait état d'une fatigabilité importante comme limitation fonctionnelle et réservait son pronostic sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 84). Suite à l'expertise, au moment où les objections pouvaient être déposées, le Dr B. _____ a écrit à l'OAI pour faire part de sa surprise concernant plusieurs éléments du rapport. Tout d'abord, que l'expert a mesuré une fraction d'éjection du ventricule gauche à 68%, ce qui ne correspond pas à ce qu'il avait mesuré en mai 2020 (45%). Il a ensuite expliqué que, même en cas de normalisation de la fraction d'éjection, il existe une limitation fonctionnelle objectivée et importante. Il lui paraît simpliste de se baser sur l'amélioration de la fraction d'éjection du ventricule gauche pour attester une pleine capacité de travail du recourant, même dans une occupation stationnaire (dossier OAI, p. 238). Il a ajouté que la scintigraphie myocardique, réalisée à l'Hôpital universitaire de Zürich, confirme l'atteinte persistante de degré léger de la fonction systolique du ventricule gauche avec une fraction d'éjection à 54%. Il a terminé en disant

que les examens étaient encourageant concernant l'amélioration de l'état clinique mais démontraient la persistance d'une atteinte de la fonction systolique du ventricule gauche et une limitation de la capacité physique, d'origine musculaire (dossier OAI, p. 248 s.). 6.3.2. L'expert a pu se déterminer le 20 août 2020 sur les objections du recourant et les observations du cardiologue traitant. Il explique qu'il y a eu une excellente prise en charge, que la fraction d'éjection initiale était à 20%. Il précise que "la mesure a été moyennée sur 2 cycles QRS différents pour chaque incidence 2 et 4 cavités apicales (2+2) et [qu'il a] pu revoir [s]a série d'images enregistrées [lui] permettant de confirmer la valeur calculée de fraction d'éjection ventriculaire gauche". Concernant cette fraction d'éjection du ventricule, il ajoute ceci: "Nous connaissons tous l'évolution de la myocardiopathie dilatée du ventricule gauche avec des variations dans le temps de la fraction d'éjection. Et nous sommes d'accord sur l'absence de corrélation avec la gêne fonctionnelle. Mais tout le monde sera d'accord pour affirmer qu'on vit mieux avec une fraction d'éjection à 40% qu'à 20% ". Il met en avant l'évolution favorable sur le plan clinique avec une diminution du symptôme fatigue depuis la mise en route du traitement par CPAP de l'apnée du sommeil et explique ne pas avoir trouvé d'éléments cliniques et paracliniques, facteurs limitants de celle-ci, et notamment aucun signe objectif d'insuffisance cardiaque: pas de galop, pas de crépitations basilaires, pas d'œdèmes des membres inférieurs. Enfin, il revient sur la désadaptation cardiovasculaire à l'effort avec la surcharge pondérale (dossier OAI, p. 265 s.). 6.4. 6.4.1. D'une manière générale, on relève que les critiques du recourant se concentrent sur la mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche. Il est flagrant que cette mesure varie entre les spécialistes: 68% pour l'expert lors des examens du 2 février 2020, 45% pour le Dr B. _____ mesuré le 4 mai 2020, 54% le 8 juin 2020 constaté par deux médecins de l'Hôpital universitaire de Zurich et de l'Inselspital. 6.4.2. L'expert et le cardiologue traitant semblent tous les deux d'avis que la fraction d'éjection du ventricule gauche n'est pas l'élément prépondérant pour évaluer la capacité de travail. Cependant, plusieurs passages du rapport d'expertise font clairement ressortir que l'expert lui attribue une importance prédominante. Il écrit qu'il y a une discordance entre l'amélioration objective de la fraction d'éjection constatée et la performance observée sur l'ergométrie. Pour expliquer cette discordance,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 il émet l'hypothèse d'une désadaptation cardio-vasculaire à l'effort, affirmant que le recourant a arrêté toute activité sportive depuis 2019 (expertise, p. 21). Or, plus haut dans le rapport, l'expert a reporté la journée-type de l'expertisé et mentionné qu'il fait une fois par jour trente minutes de vélo d'appartement et qu'il marche le week-end sans trop forcer (expertise, p. 16). Le postulat de départ de son hypothèse est déjà incorrect, lui faisant perdre en crédibilité. Il relate par la suite que la prise de masse de quatre kilogrammes est due à une perte des capacités musculaires du fait de l'inactivité (expertise, p. 22). Il réaffirme ensuite que l'épreuve d'effort a objectivé une désadaptation cardio-vasculaire à l'effort "en rapport avec l'absence d'activités physiques régulières depuis plus d'un an" (expertise, p. 23). Pour revenir sur la fraction d'éjection, au chapitre sur l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, le Dr E. _____ note que son "expertise a bien mis en évidence sur le plan cardiaque une amélioration objective de la contractilité myocardique notamment sur le critère de la fraction d'éjection globale. Cette donnée remet en doute l'imputabilité, la causalité de la gêne fonctionnelle (dyspnée, fatigue) par rapport à son état cardiaque d'aujourd'hui". Il utilise le terme "notamment" mais ne cite qu'une donnée et écrit que c'est "cette donnée" qui "remet en doute", donnant ainsi l'impression que c'est uniquement sur la fraction d'éjection qu'il fonde une grande

partie de son appréciation. Puis, il explique que, "du fait de l'amélioration de la fraction d'éjection, la dose thérapeutique devrait être adaptée". A nouveau, c'est uniquement sur la fraction d'éjection qu'il préconise une adaptation de la dose thérapeutique et prescrit un seul bêta-bloqueur. Ceci alors qu'il expliquait que le traitement par alpha- et bêta-bloqueur limitait la fréquence cardiaque à l'effort ainsi que la montée tensionnelle et que cette limitation contribue en partie à la fatigue exprimée par l'expertisé (expertise, p. 23). A la question sur l'évolution de la capacité de travail, l'expert répond: "La constatation de la normalisation de la fraction d'éjection à la date de l'expertise rend caduque l'incapacité totale de travail à la date de l'expertise". Selon lui, le fait que la fraction d'éjection ait été mesurée à 68% conduit à nier toute incapacité totale de travail depuis l'expertise. Enfin, dans sa prise de position après les objections, il reconnaît l'incidence d'un pourcentage élevé de la fraction d'éjection: "Mais tout le monde sera d'accord pour affirmer qu'on vit mieux avec une fraction d'éjection à 40% qu'à 20% !". En l'occurrence, il y a une différence de 23 points entre sa mesure et celle du Dr B._____. En résumé, sur la base de sa mesure de la fraction d'éjection, l'expert constate l'existence "indubitable" d'une évolution favorable (expertise, p. 22), considère que le traitement peut être modifié (ce qui aura un impact positif sur la fatigabilité du recourant) et observe des incohérences entre cette donnée et les performances ce qui le conduit à émettre une hypothèse qui se fonde sur un paramètre inexact (l'absence d'activité sportive). Partant et quoi qu'en dise l'expert dans sa détermination sur les objections, cela démontre qu'il attache une importance particulière à la fraction d'éjection de ventricule gauche pour l'examen de la capacité de travail du recourant. Vu l'importance centrale attribuée à cette donnée par l'expert et les différences importantes de mesure – lesquelles sont d'ailleurs objectivement vérifiables – entre les trois spécialistes (45%; 54%; 68%), l'expertise perd en crédibilité et peine à convaincre. La valeur probante matérielle de l'expertise s'en trouve dès lors affaiblie pour cette raison déjà. 6.4.3. A cela s'ajoutent plusieurs éléments. En premier lieu, on rappellera cette incohérence concernant la pratique d'activités sportives par le recourant. Ensuite, comme le soulève à juste titre le recourant, il est étonnant que l'expert retienne deux limitations fonctionnelles (fatigabilité et dyspnée d'effort) mais n'en tienne plus compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Certes, la dyspnée d'effort n'a pas d'impact concret sur l'activité habituelle du recourant mais la fatigabilité oui.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 L'expert explique que, depuis que l'apnée du sommeil est traitée, il y a une évolution favorable du symptôme de fatigue mais il retient tout de même cette limitation sans pour autant la développer. Enfin, il subsiste une contradiction entre l'expertise qui fait état d'une capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle et l'assurance perte de gain qui reconnaît une certaine incapacité de travail encore jusqu'en novembre 2020. L'OAI n'est certes pas lié par les constatations de l'assurance perte de gain mais il aurait au moins dû demander le dossier complet du recourant afin d'éclaircir la situation. L'OAI avait pourtant demandé des pièces puis demandé de compléter son dossier en 2019 (dossier OAI, p. 56). Il savait donc qu'une certaine incapacité de travail était reconnue. 6.5. En conclusion, l'expertise cardiologique ne permet pas d'établir précisément la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. Le dossier de l'autorité intimée ne contient pas assez d'éléments pour déterminer cette capacité. Par conséquent, la cause doit être renvoyée à l'OAI, qui devra l'instruire, soit en demandant le dossier de l'assurance perte de gain, si cela lui paraît suffisant ou en ordonnant une nouvelle expertise cardiologique. 7. 7.1. Sur la base de ce qui précède, le recours est admis et le dossier renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens de ce

qui précède. 7.2. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'issue du recours, les frais de justice seront mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant, versée par le recourant, lui sera dès lors restituée. 7.3. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la liste de frais déposée par son mandataire, du temps et du travail requis, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit à CHF 1929.15 soit, comme demandé, à 463 minutes (calculés à CHF 250.- de l'heure), et à CHF 227.50 de débours, soit à un total de CHF 2'156.65, plus CHF 166.05 de TVA à 7.7%, donnant ainsi droit à un total de CHF 2'322.70. Dite indemnité est mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe et sera versée par cette dernière directement au mandataire du recourant. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 25 septembre 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour qu'il procède à une instruction complémentaire en mandatant, si nécessaire, une nouvelle expertise cardiologique. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Partant, l'avance de frais du même montant, versée par A. _____, lui est restituée. III. Il est alloué à A. _____ une indemnité de partie fixée à CHF 1'929.15 d'honoraires, plus CHF 227.50 de débours, plus CHF 166.05 de TVA à 7.7% sur CHF 2'156.65, soit à un total de CHF 2'322.70, à verser directement à Me Charles Guerry. 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 1er septembre 2021 /rte Le Président : Le Greffier :

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