

# FR\_GERICHTE 605 2022 97 vom 27. Februar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-02-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2022\\_97](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_97)

FR: FR\_GERICHTE 605 2022 97 du 27 février 2023

IT: FR\_GERICHTE 605 2022 97 del 27 febbraio 2023

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 3

Dispositions relatives au calcul de la rente d'invalidité

#### E. 3.1

A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2). Selon 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.

#### E. 3.2

L'art. 16 LPGA dispose que, 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. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. De jurisprudence constante, le revenu d'invalide (ou : avec invalidité) doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalide (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593 s.; 135 V 297 consid. 5.2 p. 301; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475).

### **E. 3.2.1**

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

### **E. 3.2.2**

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Par ailleurs, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêt TF 9C\_537/2019 du 20 février 2020 consid. 2.2). Enfin, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2; 126 V 75; arrêts TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3; 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; I 724/02 du 10 janvier 2003).

## **E. 4**

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

### **E. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

#### **E. 4.2**

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

#### **E. 4.3**

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 (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les

observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

## **E. 5**

Problématiques Trois questions doivent être examinées. Tout d'abord, la capacité de travail. Le recourant estime que le taux de 35% admis par l'OAI est encore trop élevé au vu de ses limitations. Ensuite, l'estimation du revenu avec invalidité. Le recourant estime que, pour déterminer ce montant, il conviendrait de se référer à la nouvelle table TA1\_tirage\_skill level concernant l'année 2020, niveau de compétence 1.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 Enfin, l'abattement. Le recourant soutient que l'autorité aurait dû tenir compte d'un abattement de 25% au moins, tout éventuel futur employeur devant non seulement accepter un temps partiel, mais également une baisse de rendement de 30% et des absences imprévisibles en raison de la maladie non stabilisée. Qu'en est-il ?

## **E. 6**

Résumé des faits Demande de prestations AI pour des atteintes physiques et psychiques

### **E. 6.1**

Le 1er septembre 2015, le recourant a déposé une demande de prestations AI (doc. 10). A l'appui de sa requête, il a remis deux rapports médicaux. Le premier, du 9 juin 2015, émanait des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en cardiologie, lesquels diagnostiquaient une récurrence de péricardite (en régression complète), une suspicion de fièvre méditerranéenne familiale et un asthme bronchique (doc. 12). Le second, du 8 juin 2015, a été rédigé par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui constatait un trouble panique, une personnalité émotionnellement labile de type borderline, un abus épisodique d'alcool et un antécédent d'abus régulier de cocaïne avec abstinence depuis 2013 (doc. 12).

### **E. 6.2**

Le 2 novembre 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, a diagnostiqué une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO = groupe de maladies provoquant le blocage des voies aériennes et des problèmes respiratoires) post tabagique et asthme intrinsèque associé. Il a également confirmé le statut post péricardite et la suspicion de fièvre méditerranéenne (doc. 23). Il a remarqué que les altérations fonctionnelles et respiratoires étaient peu marquées et a estimé qu'on pouvait « au pire s'attendre à une légère limitation de la capacité respiratoire à l'effort ». Selon la littérature scientifique, l'invalidité médicale théorique pouvait être évaluée à 25%. Le médecin n'a cependant pas pu répondre à la question de savoir comment les éventuelles restrictions se manifestaient au travail et a estimé que l'activité exercée était encore exigible tant que l'asthme était maîtrisé.

### **E. 6.3**

Le 1er décembre 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics (doc. 31s). Il a estimé que la poursuite de l'activité habituelle était toujours exigible, mais à un taux de 50% seulement, avec un rendement variable. Une mesure de réentraînement au travail pouvait réduire les restrictions rencontrées par le patient, lequel pouvait également exercer une autre activité, mais toujours au taux réduit de 50%.

#### **E. 6.4**

Le 7 décembre 2015 (date de réception par l'OAI), le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a estimé que l'activité habituelle était encore exigible à 50% avec un rendement réduit vu la fatigabilité et l'asthme récurrent allergique (doc. 34). La poursuite d'une autre activité était possible au même taux.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18

#### **E. 6.5**

Le 18 juillet 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de son patient était resté stationnaire et que les diagnostics étaient identiques (doc. 40s). Il a toutefois modifié ses conclusions relatives à la capacité de travail, estimant nouvellement que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une réorientation professionnelle dans une activité adaptée était nécessaire, par exemple comme vendeur dans un commerce spécialisé ou vendeur auxiliaire. La capacité de travail s'élèverait alors à 20%.

#### **E. 6.6**

En novembre 2016 (date illisible), le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé se serait aggravé : « fièvre méditerranéenne familiale négative. Péricardite chronique inexplicée. Douleurs musculaires en cours d'explication » (doc. 53s). Il a répété que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que la reprise d'une activité adaptée était envisageable à 50%.

#### **E. 6.7**

Le 1er décembre 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a nouvellement constaté une polyarthrite séronégative avec atteinte à prédominance périphérique avec une discrète atteinte axiale, éventuellement une arthrite psoriasique (doc. 56). Son patient se plaignait de raideurs matinales qui duraient plus de deux heures, de tuméfactions et de douleurs articulaires. Le médecin a pour sa part constaté des synovites (= inflammation de la synoviale, soit la membrane tapissant l'intérieur de la capsule des articulations) aux épaules et aux coudes, ainsi que des signes d'enthésopathie (= pathologie de l'enthèse, à savoir la zone qui rattache aux os les tendons, ligaments et autres structures fibreuses) au niveau de la ceinture pelvienne. Il a estimé qu'il était difficile de poser un pronostic, le patient n'ayant pas encore bénéficié d'un traitement de fond. Aucune activité professionnelle n'était exigible en l'état, une reprise du travail étant envisageable en fonction de la réponse au traitement.

#### **E. 6.8**

En début d'année 2017, le médecin a constaté que le traitement apportait un certain bénéfice mais qu'il était mal toléré (céphalées, fatigue importante, nausées ; rapport du 20 janvier 2017, doc. 72). Il a ainsi mis un nouveau traitement en place mais a constaté, au printemps 2017, que celui-ci n'était pas très efficace (raideur matinale durant plusieurs heures, douleurs assez intenses ; rapport du 2 mai 2017, doc. 72). Remarquant que les médicaments

prescrits provoquaient l'apparition d'un psoriasis très marqué (pustules palmoplantaires et lésions typiques), le médecin a une nouvelle fois changé la médication en été 2017 (rapport du 11 juillet 2017 ; doc. 72).

#### **E. 6.9**

Le 3 août 2017, le recourant a dû être hospitalisé d'urgence en raison d'un psoriasis paradoxal sévère associé à une insuffisance prérénale d'origine indéterminée. L'atteinte était très sévère et le recourant n'a quitté l'hôpital que le 8 août 2017 (doc. 67 et 68).

#### **E. 6.10**

Le 31 août 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a remarqué qu'au niveau cutané, la situation était stable. Au niveau articulaire toutefois, le recourant ressentait toujours des raideurs matinales, des douleurs périphériques et axiales, avec persistance des synovites (doc. 72).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18

#### **E. 6.11**

Le 11 décembre 2017, le CEMed a remis une expertise réalisée par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie (doc. 72). Les experts ont remarqué la présence d'infections psoriasiques pustuleuses sur la plante des pieds et sur la région palmaire des mains. Les crises fluctuaient et, dans les phases d'exacerbation, le recourant ne pouvait plus utiliser ni ses mains, ni ses pieds. Sur le plan rhumatologique, l'intéressé souffrait de douleurs et était ankylosé le matin durant une à deux heures. Il souffrait d'une grande fatigabilité et de vertiges, se sentirait inutile (p. 10 ss). Sur le plan de la médecine interne, les experts ont conclu à un asthme bronchique empêchant l'exercice de travaux physiques éprouvants (p. 25). Sur le plan rhumatologique, une spondylarthrite et polyarthrite psoriasique ont été diagnostiqués. La maladie était invalidante mais serait compatible avec une activité professionnelle tant qu'elle restait stable. En raison de la fragilité articulaire et de l'inflammation possible au niveau du rachis, un métier lourd, y compris l'activité habituelle, ne pouvait plus être exercé. Le recourant pouvait cependant exercer un métier sans port de charges supérieures à 20 kg de manière répétitive, positions prolongées avec le rachis en porte-à-faux, sans montée sur les échelles ou sur des terrains irréguliers (p. 25). Sur le plan psychique, l'expert a estimé qu'il était difficile, sur la base d'un entretien ponctuel, de se prononcer sur la présence d'un trouble de la personnalité. Il a remarqué l'absence de vécu lourd dans l'enfance et la période de stabilité jusqu'en 2010, mais également la consommation durable et intensive de cocaïne pouvant engendrer des modifications psychiques importante, et a finalement estimé qu'il existait trop peu d'éléments évocateurs d'un trouble de la personnalité borderline telle que diagnostiqué par ses confrères (p. 26s). Sur la base du dossier et de leur examen, les experts ont estimé que, depuis avril 2015, le recourant n'était plus en mesure de travailler dans son activité habituelle, mais qu'il pouvait exercer une activité adaptée (p. 30s).

#### **E. 7**

Octroi de mesures professionnelles

#### **E. 7.1**

Au printemps 2018, l'OAI a octroyé une mesure de réorientation professionnelle (doc. 79, 90). Selon le rapport de réadaptation du 5 septembre 2018, le recourant a travaillé à 100%

malgré les douleurs provoquées par des gestes répétitifs et la fatigue liée au psoriasis. Les responsables ont quant à eux remarqué qu'il était discret et engagé (doc. 104).

### **E. 7.2**

Le 13 septembre 2018, l'OAI a octroyé une mesure de préparation à la formation professionnelle à 100% (doc. 107). Le 1er octobre 2018, les responsables ont souligné l'excellent comportement du recourant, désireux de trouver une solution pour son avenir professionnel. Physiquement, aucune limitation particulière n'a été remarquée, même si le recourant se plaignait de son eczéma, de fatigue et de douleurs lors de gestes répétitifs. Sur le plan intellectuel, il peinait à comprendre les données abstraites et chiffrées. Il ne désirait d'ailleurs pas entreprendre de CFC, mais un AFP (doc. 112).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18

### **E. 7.3**

Le 24 mars 2019, l'autorité a octroyé un reclassement professionnel sous la forme d'une prise en charge d'une formation d'agent d'exploitation (doc. 152). Le recourant a ainsi signé un contrat d'apprentissage d'employé d'exploitation AFP du 1er août 2019 au 31 juillet 2021 (doc. 149).

### **E. 8**

Aggravation de l'état de santé et décision de rente Dès août 2019, la recourant a présenté une fatigue qui inquiétait son médecin (doc. 155). Un mois plus tard, en raison de différents problèmes de santé, il a présenté une capacité de travail de 70% seulement (doc. 162, 168).

#### **E. 8.1**

Le 31 janvier 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était mitigée « chez un patient que nous gérons plus que nous contrôlons ». Le recourant souffrait ainsi de fatigue, de douleurs articulaires, d'un psoriasis cutané et de synovites périphériques (doc. 174). Le taux d'activité de 70% était difficilement supporté et il était peu probable que cette capacité puisse être améliorée « chez un patient réfractaire à tous les traitements et qui a une association médicamenteuse lourde, au-delà de ce qui est normalement recommandé ». Le médecin a souligné que l'atteinte cutanée palmo-plantaire et l'arthrite limitaient les activités, et que le recourant devait éviter les mouvements répétitifs, les ports de charges, les positions stationnaires prolongées ainsi que, dans une certaine mesure, les déplacements. A long terme, une activité à 50% était plus adaptée.

#### **E. 8.2**

Le 2 juin 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que la situation s'était encore péjorée ces derniers mois, avec une incapacité de travail entière. Aux troubles habituels s'étaient en effet ajoutés des problèmes hépatiques, une hypertension et un syndrome métabolique (doc. 195). Une activité professionnelle à plus de 30% était difficilement envisageable, le pronostic étant de plus défavorable en l'absence d'alternatives thérapeutiques sur le marché. Le médecin a considéré que la situation était stable, non susceptible de se modifier profondément au cours des cinq prochaines années.

#### **E. 8.3**

Le 19 juin 2020, l'OAI a interrompu la formation en cours (doc. 194, 197, 203). Dans le rapport final, il a été relevé que le recourant avait « démontré une volonté d'essayer de poursuivre sa formation, malgré les grandes difficultés qu'il traversait » (doc. 206).

#### **E. 8.4**

Le 14 juillet 2020, le Dr D. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble panique décompensé, attestant ainsi d'une aggravation de l'état de santé (doc. 220). Le recourant souffrait ainsi d'un état d'anxiété extrême avec perte de maîtrise des émotions et des schémas cognitifs qui l'empêchaient de s'adapter à son entourage, avec un risque de troubles des perceptions, des cognitions et du comportement.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 Ce diagnostic, qu'il avait déjà mentionné par le passé mais qui n'avait pas été retenu par les experts, se serait aggravé suite aux épisodes de péricardite aiguë associée aux autres complications métaboliques. Ce trouble n'était toutefois pas compatible avec une mesure professionnelle. Le médecin a cependant annoncé qu'il pourrait réévaluer la situation à la fin de l'été afin de valider une éventuelle reprise du travail de la mesure à 50% dès septembre 2020.

#### **E. 8.5**

Le 23 juillet 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ a confirmé une aggravation de l'état de santé depuis la fin de l'année 2018 (doc. 223). Il a constaté plus de synovites, des épisodes de péricardite et l'apparition de complications au niveau hépatique qui avaient nécessité une réduction du traitement médicamenteux et des arrêts itératifs, entraînant une péjoration de l'atteinte articulaire et une récurrence du psoriasis. Le médecin a estimé que l'état de santé allait encore s'aggraver. La capacité de travail était nulle mais, en cas d'amélioration et de stabilisation de l'état de santé, elle pouvait augmenter à 20% ou 30%. Les limitations étaient multiples, le recourant devant éviter le port de charge, les mouvements répétitifs, les positions à genoux, les milieux froids et humides, etc. Elles étaient peu compatibles avec une réadaptation comme concierge d'entreprise.

#### **E. 8.6**

Le 9 février 2021, les médecins du CEMEDEX ont rendu leur expertise (doc. 246). D'emblée, ils ont relevé qu'il convenait d'attendre l'efficacité d'un nouveau traitement prescrit en janvier 2021, les résultats ne pouvant pas être appréciés avant 3 voire 6 mois. Ils ont ensuite procédé à l'examen de la situation. Le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile de type borderline, un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique), et un trouble du comportement lié à l'utilisation d'autres substances psychoactives, actuellement abstinent (notamment l'alcool et la cocaïne) (p. 11). Pour le premier trouble, le médecin a constaté une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur et à des capacités d'anticipation réduites, avec des crises émotionnelles et des difficultés par rapport à la séparation. S'agissant du trouble panique, le médecin a estimé qu'il était plutôt anamnestique. Il n'y avait aucun signe clinique d'un tel problème lors de l'entretien, et il semblait que les crises de panique soient plutôt liées à la péricardite, laquelle a nécessité à plusieurs reprises une visite aux urgences. S'agissant enfin de l'utilisation des substances, le médecin a remarqué que le recourant avait abusé de l'alcool et de la cocaïne à des périodes précises de sa vie, en lien avec des événements extérieurs et avec des problèmes de séparation. Il n'y avait cependant pas eu de tolérance ni de craving ni de signes de sevrage, et le recourant était parvenu à cesser toute consommation par ses propres moyens (p. 11). L'expert a estimé que la capacité de résistance et d'endurance était diminuée en raison de la personnalité du recourant et de sa faible résistance au stress (p. 12).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 Il a ainsi attesté une capacité de travail diminuée, soit « une capacité de 70% sur un taux de 100%, avec baisse de rendement de 30% depuis juin 2020 à cause de ses difficultés à gérer le stress » dans toute activité (p. 12). Il a également indiqué être d'accord avec les différentes constatations du psychiatre traitant du recourant (p. 12). Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a diagnostiqué un asthme bronchique et une BPCO, un psoriasis bien stabilisé, une dysphonie fonctionnelle, un abus de substance (actuellement abstinent), une stéatose hépatique récente, une hypertension artérielle, un syndrome métabolique et un syndrome d'apnées du sommeil non appareillé depuis 2018 (p. 19) L'expert n'a, malgré ses diagnostics, pas conclu à une incapacité de travail sur le plan de la médecine interne (p. 20). Le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué une polyarthrite psoriasique (p. 27). Il a constaté que le recourant souffrait de douleurs qui pouvaient s'élever à 7/10 (p. 23). Elles étaient localisées aux mains, avec une « augmentation de volume », au coudes, aux cervicales et aux lombaires. L'intéressé ne pourrait marcher que 10 minutes et ressentirait une insensibilité au niveau des chevilles et des mollets (p. 24). Dans son quotidien, le recourant se levait vers 7h30 et avait besoin de beaucoup de temps pour se « dérouiller », ne se sentant mieux que vers 10h00-11h30. L'après-midi, il avait besoin d'une sieste d'au moins deux heures (p. 25). Le médecin a estimé qu'il n'y avait pas d'incohérence dans le récit et que les douleurs alléguées de 7/10 étaient plausibles avec une telle pathologie. Il a également admis que l'expertisé était limité par son « dérouillage » matinal et sa période d'épuisement l'après-midi (p. 28). Le médecin a ainsi déconseillé les efforts de soulèvement, les marches prolongées, les piétinements, les positions à genou ou accroupies, et le travail dans le froid. Il a estimé que le temps de travail devait pouvoir être aménagé et que des périodes de récupération devaient être programmées. Partant, il a évalué la capacité de travail à 50%, avec une baisse de rendement de 20% tenant compte du fait que, selon les rapports de stage, le recourant prenait beaucoup de temps pour effectuer son travail et qu'il avait besoin d'un suivi constant. Ce dernier point était confirmé par les constatations cliniques objectives réalisées dans le cadre de l'expertise et les capacités fonctionnelles précitées (p. 29). Au vu de tout ce qui précède, les experts du CEMEDEX ont évalué la capacité de travail à 50% avec une diminution de rendement de 30% soit, globalement, à 35% depuis le 1er octobre 2018 (p. 6).

#### **E. 8.7**

Le 15 février 2021, le Dr N. \_\_\_\_\_ a estimé que l'expertise, malgré quelques faiblesses, pouvait être validée (doc. 248). Il a également admis que l'état de santé n'était en effet pas stabilisé, un nouveau traitement ayant été introduit récemment.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Le médecin a enfin relevé que le recourant avait, dans le cadre des discussions avec les experts, fait état d'une apnée du sommeil provoquant « 35 pauses par heure », ce qui le situait dans un trouble de degré sévère. Or, une prise en charge de ce trouble était susceptible d'améliorer la capacité de travail.

#### **E. 8.8**

Le 26 janvier 2022, le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il avait vu le recourant en 2020 pour des investigations à la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil (doc. 277). Il a remis un rapport qu'il avait rédigé à cette époque, diagnostiquant un syndrome d'apnée hypopnée du sommeil léger avec composante positionnelle, un BPCO post tabagisme avec asthme extrinsèque associé, un status post péricardite et une arthrite psoriasique. A l'époque, vu

notamment la légèreté des troubles et les contraintes d'une thérapie au long cours, le recourant avait décidé de renoncer à un traitement spécifique.

### **E. 8.9**

Le 2 mai 2022, l'OAI a rendu la décision litigieuse, retenant notamment une capacité de travail globale de 50%.

### **E. 8.10**

Dans le cadre de son mémoire, le recourant a remis un rapport du 31 mai 2022 du Dr G. \_\_\_\_\_ (pièce 3 du bordereau). Celui-ci s'est déterminé sur la décision. Il a d'abord remarqué que l'expertise médicale faisait état d'une incapacité de 35%, et non de 50% comme le pensait l'OAI. Il a ensuite rappelé que l'état de santé n'était pas stabilisé. Il pouvait cependant confirmer que l'évolution était défavorable chez ce patient réfractaire aux thérapies avec de multiples intolérances. Au dernier contrôle en mars 2022, l'activité de la maladie restait similaire, voire un peu plus forte que décrite dans l'expertise par le Dr M. \_\_\_\_\_, malgré la poursuite d'un traitement avec le double de la dose enregistrée. Le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 15 février 2021 laissait un doute quant à une possible apnée du sommeil sévère dont le traitement pouvait améliorer la situation, mais le Dr E. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il s'agissait d'un syndrome léger sans indication pour un appareillage quelconque. Partant, l'évaluation globale de 35% restait valable à ce jour. Mais le Dr G. \_\_\_\_\_ a tout de même estimé que ce taux était trop élevé. Il rejoignait le Dr M. \_\_\_\_\_ sur le diagnostic d'arthrite psoriasique, mais pourrait argumenter sur la présence d'une atteinte axiale. Il a de plus été surpris par l'appréciation de la capacité de travail résiduelle chez un patient qui souffrait d'une raideur matinale de 3 heures, de périodes d'épuisement qui entraînaient des siestes de 2-3 heures l'après-midi, et d'une atteinte périphérique résiduelle active avec une palpation des articulations douloureuses pour tous les doigts. Le médecin était d'autant plus étonné que les experts ne voyaient pas d'incohérence dans les plaintes et que les douleurs alléguées de 7/10 étaient considérées comme plausibles. Les médecins ont constaté l'impossibilité du recourant de maintenir un taux de 50% lors du reclassement professionnel. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a ainsi estimé qu'avec une arthrite psoriasique active et invalidante, le recourant ne pouvait travailler qu'à 30% au maximum. Ce taux devrait en outre être pondéré de 30% au vu des troubles psychiques.

### **E. 8.11**

Le 26 juin 2022, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin SMR, a relevé que les experts étaient peu clairs dans leurs conclusions respectives, le lecteur

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 peinant à comprendre s'ils évaluaient la capacité de travail en elle-même, le rendement ou la capacité globale. La situation a toutefois été clarifiée dans la discussion consensuelle, la capacité de travail globale y étant finalement fixée à 35%, soit une capacité de travail de 50% essentiellement pour des raisons rhumatologiques, et une diminution de rendement de 30% principalement pour des raisons psychiatriques. La perte de rendement pour raison psychiatrique et pour raison somatique ne s'additionnait pas, la perte de 30% pour raisons psychiatriques englobant celle de 20% au plan somatique.

### **E. 9**

Discussion relative à la capacité de travail Le recourant ne remet pas en question les observations relevées dans l'expertise, mais estime que la capacité de travail retenue par l'expert rhumatologue (50% avec une diminution de rendement de 20%) est trop élevée au vu des troubles dont il souffre.

### **E. 9.1**

Les conclusions de ce premier spécialiste ne semblent toutefois pas déraisonnables compte tenu des limitations objectivement constatées. L'expert a en effet admis que le recourant souffrait de raideurs matinales, qu'il avait besoin de faire des siestes de 2-3 heures l'après-midi et qu'il éprouvait des douleurs pouvant s'élever à 7/10. Sur cette base, il a retenu une capacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 20%. Ces chiffres tiennent ainsi compte de l'état d'épuisement général du recourant qui l'empêche de travailler durant une grande partie de la journée, mais également des raideurs matinales et des douleurs qui pourraient le ralentir dans son travail sans pour autant empêcher toute activité. L'expert, conscient des limites de l'intéressé, a d'ailleurs précisé que celui-ci devrait être en mesure d'aménager son temps de travail et de programmer des périodes de récupération. La capacité de travail proposée par le rhumatologue ne peut ainsi être critiquée.

### **E. 9.2**

Les conclusions de l'expert psychiatrique ne soulèvent quant à elles pas de commentaires particuliers. Celui-ci a exposé de manière complète et convaincante les différents troubles, s'attardant sur les motifs qui le poussait à retenir ou à écarter certains diagnostics. Sa conclusion selon laquelle le recourant serait en mesure de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement de 30% ne saurait ainsi être critiquée en envisageant la situation sous l'angle psychiatrique uniquement. Aucun rapport récent au dossier ne la contredit, et le recourant ne la remet d'ailleurs pas en question dans ses écritures. Il en va de même pour les conclusions de l'expert en médecine interne.

### **E. 9.3**

Au vu de tout ce qui précède, la conclusion consensuelle des experts, selon lesquels la capacité de travail globale s'élève à 35%, doit être validée, les diminutions de rendement constatées par les deux premiers spécialistes ne sachant par ailleurs s'additionner.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18

### **E. 9.4**

Le médecin traitant conteste certes ce taux, mais force est de constater que celui-ci est très similaire à celui qu'il propose lui-même. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a en effet estimé que son patient pouvait, d'un point de vue rhumatologique, travailler à 30% au maximum. Pour estimer ce taux, il a tenu compte du même type de limitations que celles retenues dans l'expertise. Face à cette divergence d'opinion minime, il se justifie de retenir la proposition des experts. Le médecin traitant suit certes régulièrement le recourant et le connaît donc bien, mais il pourrait, pour cette raison même, être plus enclin à prendre parti pour lui vu la relation de confiance qui l'unit à son patient. Partant, une fois encore, la conclusion consensuelle des experts, selon lesquels la capacité de travail globale s'élève à 35%, doit être validée.

### **E. 10**

Discussion relative au calcul du taux d'invalidité Dans le cadre du calcul de l'invalidité, l'OAI a tenu compte d'un revenu avant invalidité de CHF 64'324.30 et d'un salaire après invalidité de CHF 70'669.20 à 100%. L'autorité s'est basée, pour estimer ce dernier montant, sur « l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 », TA1\_tirage\_skill level/total des salaires, niveau de compétence 2 H.

#### **E. 10.1**

Si l'on se fie à ces chiffres, et en tenant compte de la capacité de travail résiduelle de 35% finalement admise par l'OAI, il peut être retenu que le recourant est en mesure de percevoir à ce jour un revenu de CHF 24'734.22 (CHF 70'669.20 x 35%). La perte de gain suite à l'invalidité s'élève ainsi à CHF 39'590.08 (CHF 64'324.30 - CHF 24'734.22) correspondant à un taux d'invalidité de 61%. Ainsi, sur la base des montants ressortant de la décision attaquée, le recourant a droit à trois quarts de rente.

#### **E. 10.2**

L'intéressé soutient pour sa part que l'autorité aurait dû se baser sur la table 2020, niveau de compétence 1, pour fixer le salaire d'invalidité. Il soutient donc que c'est un revenu annuel de CHF 22'096.20 qui aurait dû être retenu ( $[\text{CHF } 5'261.12 \times 12 = 63'133.44] \times 35\%$ ). En tenant compte de ce montant, la perte de gain s'élèverait à CHF 42'228.10 (CHF 64'324.30 - CHF 22'096.20), correspondant à un taux d'invalidité de 65%. Or, un tel taux ne donne pas droit à une rente entière, mais bien à trois quart de rente.

#### **E. 10.3**

Partant, la question de savoir si l'autorité aurait dû utiliser la table 2020 (TA1\_tirage\_skill level/total des salaires niveau de compétence 1 H) peut rester ouverte, dans la mesure où elle n'influence pas, dans les faits, le taux d'invalidité ni, partant, le droit à la rente (voir également l'absence d'abattement confirmée ci-dessous, consid. 11).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18

#### **E. 11**

Discussion relative à l'abattement Le recourant estime que l'autorité aurait dû tenir compte d'un abattement allant jusqu'à 25%. En effet, tout éventuel futur employeur devrait non seulement accepter un temps partiel, mais également une baisse de rendement de 30% et des absences imprévues en raison de la maladie non stabilisée. Les limitations fonctionnelles évoquées par le recourant ne sauraient toutefois être une nouvelle fois décomptées. En effet, la limitation de rendement a déjà été prise en considération dans l'estimation médicale de la capacité de travail et la rente a dès lors été calculée en tenant compte d'un éventuel désavantage salarial. Partant, il n'y a pas lieu de répercuter une nouvelle fois les limitations fonctionnelles sur le revenu d'invalidité.

#### **E. 12**

Synthèse Le recours est ainsi partiellement admis, dans le sens où le recourant a droit non pas à un quart de rente, mais bien à trois quarts de rente, fondés sur une capacité résiduelle de travail de 35% comme l'a finalement admis l'OAI dans ses observations du 30 juin 2022.

#### **E. 13**

Dépens, assistance judiciaire et frais de procédure

#### **E. 13.1**

Malgré cette admission partielle, il ne se justifie pas, dans le cas d'espèce, de réduire l'indemnité de partie, dans la mesure où les conclusions chiffrées prises par le recourant n'ont pas influé sur la difficulté du procès (cf. ATF 117 V 401 consid. 2; arrêts TF 9C\_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.2.1; 8C\_568/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1; 9C\_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.1). Le 26 septembre 2022, son mandataire, avocat au sein d'une organisation d'utilité publique, a produit sa liste de frais, d'un montant total de CHF 1'250.40, à savoir CHF 1'105.00 à titre d'honoraires (8.50 heures à CHF 130.-), CHF 56.- à titre de frais de port et copies et CHF 89.40 à titre de TVA (7.7%). Ce montant, raisonnable, doit être mis à la charge de l'OAI.

### **E. 13.2**

Le recourant a requis l'octroi de l'assistance judiciaire. L'intéressé est dépendant de l'aide sociale et ne bénéficie pas de revenus suffisants pour lui permettre de faire face aux frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires de l'existence. De plus, l'admission partielle du recours confirme les chances de succès de la présente procédure. Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause n'est pas exempte de toute difficulté.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Dans ces circonstances, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et de lui désigner Me Stefan Bérard, avocat au sein de Procap, comme défenseur d'office.

### **E. 13.3**

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis par moitié à la charge de l'OAI et par moitié à la charge du recourant. Compte tenu toutefois de l'assistance judiciaire, les frais qui auraient dû être mis à charge du précité ne lui seront pas réclamés. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision est modifiée en ce sens que le recourant a droit au versement de trois quart de rente. II. L'indemnité allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'250.40, TVA incluse. Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. III. La requête d'assistance judiciaire totale est admise pour la procédure de recours. Me Stefan Bérard, avocat auprès de Procap, est désigné défenseur d'office. IV. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis par moitié à la charge de l'OAI (CHF 400.-) et par moitié à la charge du recourant (CHF 400.-). Ils ne sont toutefois pas perçus auprès de ce dernier compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire. V. 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 27 février 2023/dhe Le Président : La Greffière :

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