

FR_GERICHTE 608 2018 168 vom 18. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_168

FR: FR_GERICHTE 608 2018 168 du 18 février 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 168 del 18 febbraio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 11

décembre 2018, ne pas avoir de remarques à formuler.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que 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). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 2.2. 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). En présence d'avis médicaux

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). En outre, 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), 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.

2.3. Selon l'art. 87 al. 3 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. 2 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. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision 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 conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 2.4. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). 3. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié depuis la précédente décision du 25 septembre 2013, lui ayant refusé le droit à une rente. 3.1. Pour rendre cette décision, l'OAI s'était fondé sur l'avis de son médecin généraliste SMR, le Dr E._____, lequel, dans son rapport du 2 juillet 2013, rappelait l'existence d'une incapacité de travail depuis décembre 2011 "en raison de douleurs importantes des pieds, des mains et de la colonne cervicale avec contractures musculaires étagées". Il fait ensuite référence au rapport établi par la Dresse F._____, rhumatologue traitante, dont l'avis a été requis par la Dresse G._____, généraliste traitante. Celle-ci confirme différents diagnostics (rhizarthrose des 2 pouces, très probable cervicarthrose avec tendomyélogéloses en cascade cervico-scapulo- brachiale bilatérale, troubles statiques avec dysbalance musculaire et déconditionnement global du rachis et possibles dérangements intervertébraux mineurs dorsaux). Elle pose le diagnostic de trouble somatoforme, avec tous les points de fibromyalgie positifs et extension des douleurs importante sur les masses musculaires. Le médecin SMR constate que la rhumatologue atteste d'une atteinte à la santé incompatible avec le port de charges lourdes, mais qu'elle admet une pleine capacité de travail dans une activité légère, sans diminution de rendement. Elle recommande néanmoins une évaluation psychiatrique. Dans la mesure où une telle évaluation a déjà eu lieu moins d'un mois plus tôt pour le compte de l'assurance perte de gain maladie et que la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait conclu à l'absence d'atteinte à la santé, le Dr E._____ a retenu que la situation était stabilisée et a confirmé une capacité de travail médico-théorique de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles au plan rhumatologique. 3.2. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations déposée en août 2017, les documents suivants ont été produits.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Dans un rapport du 8 décembre 2017, la Dresse I._____, spécialiste en cardiologie, annonce que l'assurée a souffert d'une dissection aortique type A le 23 février 2017, qui a justifié un remplacement aortique sub-coronarien.

La spécialiste indique que "A. _____ continue de se plaindre d'une immense fatigue, de douleurs thoraciques et au niveau des membres inférieurs, diffuses et invalidantes, et de dyspnée d'effort. Elle signale aussi des épisodes d'hypotension [...]". Il était alors trop tôt pour qu'elle soit en mesure de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Le 4 février 2018, la Dresse J. _____, spécialiste en rhumatologie, pose les diagnostics de trouble somatoforme douloureux/fibromyalgie et de polyarthrose des doigts, depuis 2011 environ, ainsi que de status après remplacement aortique après dissection, en 2017. Elle mentionne des douleurs dans tous le corps et considère qu'une activité d'aide de cuisine n'est plus possible, ni aucune autre activité. Le 14 février 2018, la Dresse I. _____ annonce que "la situation n'a pas changé par rapport à la lettre que je vous ai envoyée le 8/12/2017. Nous avons effectué un CT Scan qui a constaté une progression de la thrombose de la fausse lumière, qui s'étend actuellement aux artères iliaques, mais sans signe de complication". Elle confirme dès lors l'incapacité dans l'activité antérieure, mais semble admettre l'exigibilité d'une activité adaptée, sédentaire, sans toutefois articuler un taux d'activité. Le 17 février 2018, le Dr K. _____, généraliste traitant, confirme que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible. Il laisse par contre ouverte la question d'une autre activité adaptée. Invité à se prononcer sur ces différents rapports, le Dr E. _____ retient en substance que l'état de santé de l'assurée s'est transitoirement aggravé au plan cardiologique, sans que les limitations fonctionnelles préexistantes ne changent fondamentalement. La capacité de travail demeure donc inchangée selon lui, "les raisons évoquées par la Dresse I. _____ justifiant l'absence de capacité de réinsertion professionnelle étant d'ordre extra-médical". Suite au projet de décision de l'OAI, le généraliste traitant a remis un certificat médical le 21 mai 2018, dans lequel il atteste que sa patiente souffre de multiples affections médicales chroniques et que son état de santé est stable, mais qu'il a tendance à se chronifier. Selon lui, la reprise de l'ancienne activité professionnelle ou d'une autre activité lucrative semble peu réaliste. Le 5 juin suivant, le médecin SMR note que le rapport ci-dessus ne fournit aucun argument convaincant pouvant évoquer une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée. 3.3. Appelée à statuer, la Cour de céans retient que la nouvelle demande présentée par la recourante était motivée par la survenance, en février 2017, d'une atteinte cardiologique. Or, sans remettre en question la gravité de cette affection, il convient de constater que les rapports médicaux présents au dossier ne permettent pas d'attester une atteinte durable à la capacité de travail de l'assurée. Plus précisément, si la cardiologue traitante confirme expressément l'impossibilité de poursuivre l'activité précédemment exercée, elle n'exclut nullement la poursuite d'une activité adaptée, faisant uniquement référence aux plaintes de l'assurée (fatigue) pour justifier la poursuite de l'incapacité de travail. Dans l'annexe au rapport médical du 14 février 2018, elle admet d'ailleurs l'éventualité d'une activité sédentaire et prévoit une diminution de rendement, qu'elle ne quantifie toutefois pas. Un certain nombre de limitations fonctionnelles sont par ailleurs admises (pas de position à genoux ou

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 accroupie, pas d'inclinaison du buste, pas d'horaire de travail irrégulier, pas de travail en hauteur, sur une échelle, sur sol irrégulier ou en pente) soit, somme toute, des contraintes semblables à celles qui préexistaient. Il en va de même s'agissant du généraliste traitant, qui n'exclut pas la poursuite d'une activité adaptée. S'agissant des autres atteintes évoquées par les différents rapports présents au dossier, elles recourent celles déjà évoquées lors de la précédente demande de prestation, sans qu'il ne soit possible, là non plus, de déceler la présence d'une aggravation. Aucun élément ne permet en effet de conclure à une modification de la problématique

somatoforme/fibromyalgique. On note en particulier l'absence de tout suivi au niveau psychiatrique, ainsi que des diagnostics identiques à ceux relatés en 2013. De même, aucun changement ne semble s'être produit au plan rhumatologique. Dans ce contexte, l'incapacité totale, dans toute activité, attestée par la Dresse J. _____, apparaît peu convaincante, faute d'être décemment motivée; celle-ci se réfère aux diagnostics présents lors de la précédente demande (trouble somatoforme douloureux/fibromyalgie et polyarthrose des doigts), sans évoquer d'aggravation et en se fondant essentiellement sur les plaintes de sa patiente. Globalement, les conclusions retenues par le médecin SMR emportent la conviction de la Cour. Les rapports médicaux remis à l'appui de la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante ne sont pas de nature à démontrer l'existence d'une aggravation durable et significative de son état de santé. On relève à ce titre que si une capacité de travail entière a été admise par l'OAI dans sa décision, ce qui semble diverger de l'avis de la cardiologue traitante (qui évoque une certaine perte de rendement), ce dernier a néanmoins tenu compte de plusieurs facteurs limitants (activités restreintes, manque de mobilité professionnelle, âge, nécessité de pauses fréquentes en raison des douleurs) en procédant à une réduction de 25% (soit le maximum prévu) au titre de désavantage salarial.

3.4. En ce qui concerne les rapports déposés postérieurement au recours (pièce 10 du dossier de la cause), ils font effectivement état d'une aggravation, dès lors que l'état de santé a nécessité l'hospitalisation de la recourante, le 3 décembre 2018, puis une opération (cyphoplastie L1), le 17 décembre 2018, à la suite de quoi celle-ci a été prise en charge pour rééducation et gestion de l'antalgie. Il s'agit toutefois d'une atteinte non seulement nouvelle, à caractère orthopédique, mais également postérieure à la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne fait pas partie de l'état de fait soumis à l'examen du Tribunal de céans (cf. supra consid. 2.4). Il convient également de relever que les rapports en question attestent certes d'une incapacité complète de travail, mais le pronostic est encore incertain, en raison du contexte post-opératoire récent. Ces éléments ne permettent donc pas de remettre en cause l'appréciation de la situation jusqu'au moment de la décision querellée du 7 juin 2018. Ils justifient toutefois une réévaluation de la situation à partir de décembre 2018. L'autorité intimée est dès lors invitée à donner suite au courrier de la recourante du 26 décembre 2018 en tant que nouvelle demande. Dans ce contexte, on relèvera que les rapports précités ne font état d'aucune modification au plan cardiologique, la synthèse évoquant notamment un status cardio-vasculaire et des examens (ECG, radio et laboratoire) normaux.

4. S'agissant de la perte de gain, au demeurant non contestée par la recourante, il appert que le revenu qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée (CHF 40'788.55 correspondant au salaire Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 statistique pour une activité industrielle légère) comparé au gain obtenu dans son ancienne profession (CHF 53'952.20), aboutit à une perte de gain de 24.4%, insuffisante pour pouvoir bénéficier d'une rente. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision litigieuse confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront compensés avec l'avance de frais prestée. Il n'est pas alloué de dépens, vu l'issue de la procédure. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 18 février 2019/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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