

FR_GERICHTE 608 2018 3 vom 25. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_3

FR: FR_GERICHTE 608 2018 3 du 25 septembre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 3 del 25 settembre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

A teneur 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 réputé 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). 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). D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente 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 (cf. art. 28 LAI).

E. 3

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les

références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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

E. 7

juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. 4.1. Dans le domaine des assurances sociales, 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, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 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. 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 U 256 p. 217 et les références). 4.2.

Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la

personne des assurés.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1). En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.2 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 4.3. Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en lieu et place du trois-quarts de rente accordé jusqu'alors. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux existant au moment de 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 (cf. supra consid. 3). En l'occurrence, il convient de retenir qu'un tel examen a été réalisé dans le cadre de la demande de prestations déposée en septembre 2011 par le recourant et qui a abouti à l'octroi d'un trois-quarts de rente, par décision formelle du 5 mars 2013.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 5.1. L'octroi, dans un premier temps, d'un trois-quarts de rente au recourant, par décision du 5 mars 2013, s'est essentiellement basé sur les conclusions du rapport d'expertise cardiologique remis le 21 mai 2012 par le Centre

d'expertise médicale (ci-après: CEMED). Le Dr D. _____, spécialiste en cardiologie, y rappelle qu'"il s'agit d'un patient chez qui l'on découvre en septembre 2009 une cardiomyopathie dilatée avec une diminution sévère de la fraction d'éjection, estimée aux alentours de 30 à 35%, associée à une insuffisance mitrale modérée", d'origine indéterminée. La symptomatologie comprenait alors une fatigue importante, nécessitant des périodes de récupération plus importantes qu'auparavant, ainsi qu'un essoufflement à l'effort, notamment lors du port de charges lourdes. Il relève que l'assuré est correctement traité et qu'il n'y a pas lieu d'attendre une amélioration particulière au vu de la stabilité des lésions depuis 2009. Il estime que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50%, avec une perte de rendement de 20 à 30%. Une activité sédentaire, respectant la nécessité de périodes de repos et de récupération, lui paraît réalisable à 50% sans perte de rendement. S'écartant de l'avis du médecin SMR, lequel estimait l'assuré capable de travailler à 70% dans une activité adaptée, l'OAI, se basant tant sur les conclusions de l'expert précité ainsi que sur les informations reçues de l'employeur, a reconnu l'existence d'un degré d'invalidité de 62%. 5.2. Dans la décision ici litigieuse du 7 décembre 2017, l'OAI a considéré que l'état de santé de l'assuré était effectivement aggravé, mais que celui-ci demeurerait en mesure d'exercer une activité adaptée à 40%, aboutissant à un taux d'invalidité de 65%. Pour ce faire, il disposait principalement des documents médicaux suivants: - Dans son rapport du 30 septembre 2016, le Dr F. _____, médecin généraliste traitant, relève un état de santé stationnaire, tout en annonçant un nouveau diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, depuis fin novembre 2015, en plus de celui de cardiopathie dilatée d'origine indéterminée, présent depuis 8 ans. Le pronostic est réservé en raison de la maladie inflammatoire articulaire récemment découverte, alors que l'évolution de la cardiopathie est décrite comme plutôt favorable, avec une fonction ventriculaire légèrement améliorée. L'incapacité de travail à 50% est maintenue. - Dans son rapport du 27 octobre 2016, la Dresse G. _____, rhumatologue traitante, reprend les mêmes diagnostics et fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure, à partir du 6 juin 2016. Selon elle, une activité assise légère, sans motricité fine des mains et sans mouvements répétitifs, demeure possible à 40%. Une réduction de l'inflammation articulaire par la médication pourrait éventuellement aboutir à une amélioration de la capacité de travail. - Dans son rapport du 15 décembre 2016, le Dr H. _____, médecin généraliste auprès du SMR, considère que l'état de santé est globalement inchangé, malgré un nouveau diagnostic. Il admet une incapacité de travail complète temporaire dès le 6 juin 2016, jusqu'à l'instauration d'un traitement pour la polyarthrite. Pour le reste, il se rallie à l'avis du médecin traitant, qu'il estime mieux connaître le patient que la Dresse G. _____, et conclut à une capacité de travail globalement inchangée. - Dans son rapport du 2 avril 2017, la Dresse G. _____ relève la présence d'une amélioration grâce à la thérapie, mais également la persistance de douleurs. Elle maintient sa précédente évaluation de la capacité de travail (activité assise légère à 40%). - Dans son rapport du 7 juin 2017, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie auprès du SMR, note que "la durée de cette augmentation temporaire dépassera une année et je ne pense pas qu'on

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 peut considérer cela comme un état de santé inchangé. L'atteinte rhumatologique me paraît plus importante qu'estimée auparavant: l'état de santé s'est modifié depuis la communication de révision de la rente du 12.02.2016". Constatant que la Dresse G. _____ ne fixe pas la durée de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et qu'elle atteste d'une incapacité de 40% dans une activité adaptée, il confirme la présence d'un potentiel de réinsertion dans une telle activité et note que l'assuré bénéficie

d'un traitement adéquat. 5.3. Appelée à statuer, la Cour estime que la cause est insuffisamment instruite pour trancher. Il ressort des rapports médicaux précités que la capacité de travail, réduite de moitié en raison d'une atteinte cardiologique, est stable. La légère amélioration, évoquée par le généraliste traitant dans son rapport du 30 septembre 2016, doit être envisagée avec prudence, ce dernier n'étant pas spécialiste en la matière. Ce d'autant qu'il confirme l'incapacité attestée jusqu'alors (50%), sans qu'on ne puisse déterminer si cette évaluation tient compte de l'influence de l'atteinte rhumatologique nouvellement diagnostiquée; son pronostic, pour le moins prudent, laisse plutôt penser le contraire. Concernant l'atteinte rhumatologique, on remarque que la rhumatologue traitante a attesté une incapacité de travail de 60%, sans qu'il soit, là encore, possible de déterminer clairement si cette évaluation est purement rhumatologique, ou si elle tient également compte de facteurs cardiologiques. Dans ce contexte pour le moins incertain, le rapport du Dr I._____, médecin SMR, n'apporte pas de réponse définitive. Il confirme certes l'évaluation de la Dresse G._____, sans qu'il soit possible de savoir s'il s'agit d'une appréciation globale, dès lors qu'il ne fait aucune allusion à la composante cardiologique. Globalement, on ne peut que déplorer que l'OAI n'ait pas requis l'avis du cardiologue traitant. En effet, compte tenu de l'apparition d'une nouvelle atteinte, indépendante de celle, cardiologique, présente de longue date, il était indispensable de disposer d'un avis consensuel sur la capacité de travail de l'assuré. Le dossier constitué ne permet pas de déterminer avec certitude si la capacité de travail résiduelle de 40% tient compte à la fois des facteurs rhumatologique et cardiologique, ou uniquement des premiers et, par voie de conséquence, d'établir la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. supra consid. 4.3), il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle reprenne l'instruction dans le sens des considérants, pour établir si une aggravation de l'état de santé est intervenue, avec incidence sur la capacité de travail, et rendre une nouvelle décision. Il conviendra notamment d'examiner la durée exacte de l'incapacité totale de travail admise temporairement par le Dr H._____, dans son rapport du 15 décembre 2016. La Cour fait encore remarquer que, contrairement à ce qui prévalait lors de la décision initiale d'octroi de rente, aucun abattement n'a été appliqué par l'OAI sur le revenu d'invalidité. Or, les motifs qui avaient à l'époque conduit à appliquer une telle réduction (activité légère, limitations fonctionnelles) n'ont pas disparu. En outre, il n'est pas exclu que de nouvelles limitations soient apparues au plan rhumatologique (cf. le rapport du 27 octobre 2016 de la Dresse G._____ selon lequel seulement une activité assise légère, sans motricité fine des mains et sans mouvements répétitifs demeure possible). Il reviendra à l'autorité intimée d'en tenir compte au moment de rendre sa nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 6. Dans ces circonstances, il sied par conséquent d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour effectuer cette mesure d'instruction complémentaire et rendre une nouvelle décision au terme de celle-ci. La procédure étant onéreuse, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant consentie par le recourant lui sera restituée. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 7 décembre 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour reprendre la procédure au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, qui succombe. L'avance de frais du même montant sera restituée au recourant après l'entrée en force du présent jugement. 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 25 septembre 2018/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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