

FR_GERICHTE 608 2019 165 vom 6. Januar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_165

FR: FR_GERICHTE 608 2019 165 du 6 janvier 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 165 del 6 gennaio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

mars 2010 ainsi que, d'autre part, des avis médicaux divergents quant à la capacité résiduelle de travail. C'est la raison pour laquelle un mandat d'expertise a été confié à F._____, avec volets de médecine interne et de cardiologie. Se fondant sur le rapport du 4 mars 2019 établi par les experts de F._____, l'OAI a, par décision du 9 mai 2019, refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée et a confirmé son droit à une demi-rente d'invalidité. En substance, il a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé et à une capacité de travail (50%) inchangée. C. Contre cette décision, A._____, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours le 7 juin 2019. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée, pour instruction complémentaire. Elle requiert également d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. A l'appui de ses conclusions, elle invoque principalement une "incohérence manifeste" dans le raisonnement de l'expert en cardiologie, ce dernier admettant en effet la présence d'une aggravation, sans toutefois que la capacité de travail ne varie. Elle relève en outre la présence de nombreux autres diagnostics qui, globalement, devraient également justifier une diminution de la capacité de travail. Elle se réfère enfin à l'avis de ses médecins traitants, lesquels attestent d'une incapacité complète de travail. Dans ses observations du 10 juillet 2019, l'OAI conclut au rejet du recours, estimant avoir instruit à satisfaction le dossier sur le plan médical, relevant en particulier la réalisation d'une expertise

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 pluridisciplinaire auprès de F._____ ayant pleine valeur probante. Il ajoute que le rapport remis en cours de procédure par le cardiologue traitant fait état de diagnostics qui ont été pris en compte par les experts. Appelée en cause en sa qualité d'institution de prévoyance concernée, G._____ a pris position le 9 octobre 2019, en indiquant n'avoir aucune remarque à formuler. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. 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 par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 2.2. Selon l'art. 17 LPGGA, 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut entraîner une révision au sens de l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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 citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). 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 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 2.3. 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). 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 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 2.4. 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. La notion de marché du travail équilibré présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail si les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de main d'œuvre (arrêt TF 9C_913/2012 du 9 avril 2013, consid. 5.2). 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). 3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé au point de justifier le passage d'une demi-rente à une rente entière d'invalidité. Il s'agit de comparer les faits qui prévalaient au moment de l'octroi de la demi-rente, par décision du 8 février 2010, avec ceux existant au moment de la décision attaquée, le 9 mai 2019. 3.1. Pour

rendre sa décision initiale, l'OAI s'était principalement fondé sur les documents suivants. Le 26 mai 2009, le Dr H. _____, médecin généraliste SMR, se réfère aux rapports établis le

E. 27

février 2009 par le Dr I. _____, pneumologue traitant, et le 24 février 2009 par le Dr J. _____, cardiologue traitant. Constatant notamment que ces derniers ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assurée, il retient que, "sur le plan strictement médical, avec les éléments à ma disposition, une activité adaptée respectant les limitations décrites reste exigible à 80%, la diminution de rendement de 20% étant justifiée par la fatigue. Des facteurs psychiques et extra-médicaux sont cependant susceptibles de jouer un rôle défavorable. Dans l'activité actuelle telle que décrite dans le rapport d'entretien du conseiller en réadaptation du 30/03/2009, la capacité de travail est probablement comprise entre 60-70% au maximum selon la pénibilité des tâches effectuées, mais là également la composante psychique joue très vraisemblablement un rôle".

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 Le 9 septembre 2009, le Dr J. _____ atteste de l'exigibilité de l'activité habituelle à 50%, avec un état stable. Dans son rapport du 5 octobre 2009, la Dresse K. _____, médecin généraliste traitante, rappelle que, suite à une infection pulmonaire en janvier 2006, les examens confirmeront finalement la présence d'une sarcoïdose avec atteinte cardiaque, pulmonaire, hépato-splénique, ostéo-articulaire et générale. Au niveau des symptômes, "l'atteinte cardiaque domine le tableau clinique avec une dysfonction systolique significative, FE à 35-40% et troubles du rythme importants justifiant la mise en place d'un pacemaker-défibrillateur le 03.04.2008". Au niveau des plaintes, elle mentionne que "les troubles pulmonaires ont nécessité le ttt avec haute dose de corticoïdes depuis février 2008 sur une durée d'environ 1 année. Cette prise a induit aussi des problèmes de prise pondérale, irritabilité de l'humeur et fatigue importante". Une incapacité totale de travail est attestée du 4 octobre 2007 au 30 septembre 2008, puis à 50% dès le 1er octobre 2009. Dans son rapport du 2 novembre 2009, le Dr E. _____, médecin généraliste auprès du SMR, établit l'évolution médicale survenue depuis le rapport du Dr H. _____ et retient alors une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Rappelant l'évolution de la maladie depuis 2006, il considère que le pronostic est "globalement très réservé. Une maladie systémique du type de celle dont souffre l'assurée (sarcoïdose avec atteinte pluri-systémique) entraîne d'importantes répercussions au plan général. Elle peut entraîner aussi un état dépressif somato-psychique et de grandes difficultés à gérer les exigences professionnelles (en lien avec des difficultés de récupération). Pour ces différentes raisons, j'estime que l'exigibilité ne dépasse pas le 50% d'un temps de travail normal, limite au-delà de laquelle il existe un risque non négligeable de péjoration supplémentaire de sa santé". C'est sur ce constat du médecin SMR que l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée, en février 2010. 3.2. Dans le cadre de la nouvelle demande déposée par la recourante au début décembre 2016, les documents suivants ont été récoltés. Dans un rapport du 31 janvier 2017, le Dr J. _____, cardiologue traitant, annonce le diagnostic de sarcoïdose avec atteinte pulmonaire de type III ainsi que différents sous-diagnostic. "Actuellement, l'évolution est défavorable malgré un traitement plus important, d'une perte pondérale de 4 kg, elle décrit une augmentation importante de sa dyspnée. Elle a des douleurs thoraciques occasionnelles, pas d'angor". Compte tenu de la faible capacité fonctionnelle constatée à l'examen, il propose de procéder à un PET-CT à L. _____. Il complète également le traitement de l'insuffisance cardiaque. Dans leur rapport du 27 mars 2017, le Dr M. _____ et le Dr N. _____, œuvrant tous deux au

sein de O. _____ de L. _____, concluent que l'examen PET-CT du cœur et du tronc auquel ils ont procédé "montre l'absence de lésion hypermétabolique suspecte sur l'ensemble des structures examinées, notamment l'absence de signe en faveur d'une inflammation myocardique". Le rapport d'échographie cardiaque effectuée le 28 juin 2017 par le Dr J. _____ aboutit aux conclusions suivantes: "Ventricule gauche non dilaté [...]. Aorte non dilatée [...]. Valve aortique normale [...]. Fonction diastolique normale. Ventricule droit non dilaté [...]. Absence

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 d'épanchement péricardique". Il relève en particulier une fraction d'éjection ventriculaire gauche "discrètement diminuée", à 37%. Ainsi, le 29 juin 2017, le Dr J. _____ confirme que l'examen PET-CT ne fournit "pas d'argument en faveur d'une atteinte cardiaque sur sarcoïdose" et mentionne une évolution clinique stable. "La patiente décrit toujours une dyspnée malgré qu'elle prenne régulièrement son traitement. Elle n'a pas de palpitation, pas de douleur thoracique. Une dyspnée à étage d'escaliers". Le 12 septembre 2017, ce même Dr J. _____ annonce une nette pénéjoration récente, "avec une dysfonction systolique du ventricule G sévère et une incapacité fonctionnelle également sévère avec dyspnée de stade III selon la NYHA". Rappelant que le PET-CT ne montrait pas d'activité de la sarcoïdose, il requiert l'avis de son confrère, le Dr P. _____, pour investiguer l'atteinte cardiaque. Dans son rapport du 19 février 2018, ledit Dr P. _____, spécialiste en cardiologie auprès de L. _____, retient le diagnostic d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée à 35% sur une sarcoïdose à l'état chronique, fibrotique. A l'évolution, il relève que "la patiente est actuellement au stade NYHA 3 probablement chroniquement depuis plusieurs mois voire années, mais la capacité fonctionnelle mesurée par une ergospirométrie est quasiment normale". Il recommande dès lors un traitement conservateur et émet un pronostic plutôt favorable à court terme. S'agissant de la capacité de travail, il confirme l'exigibilité de l'activité habituelle (assistante médicale) à 50%, "sous réserve d'autres diagnostics pouvant encore impacter l'invalidité". Constatant notamment l'évocation, par l'assurée, de douleurs musculaires et articulaires, il recommande ainsi des examens complémentaires à cet égard. Dans un rapport établi le 6 avril 2018 en la formule officielle, la Dresse K. _____, généraliste traitante, évoque une nette pénéjoration de l'atteinte cardiaque depuis janvier 2017 et atteste d'une incapacité totale de travail, dans toute activité. Amené à se prononcer, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie auprès du SMR, constate que la généraliste précitée et le Dr P. _____ ont des avis divergents sur la capacité de travail de l'assurée. Il requiert donc la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, afin de connaître les limitations actuelles de l'assurée. Le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne, et le Dr S. _____, spécialiste en cardiologie, œuvrant tous deux au sein de F. _____, remettent leurs rapports respectifs, ainsi que leur évaluation consensuelle, en date du 4 mars 2019. S'agissant de la médecine interne, le Dr R. _____ retient, après une présentation détaillée du contexte médical, la présence d'un large faisceau d'arguments indiquant que la sarcoïdose chronique n'a pas évolué défavorablement depuis 2008. Il relève en particulier la présence, parallèlement à la fatigue invoquée par l'expertisée, d'une prise progressive de poids (obésité) ainsi que d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. De plus, les examens de la fonction pulmonaire, de même que la radiographie du thorax, sont dans les normes. "Ceci confirme l'excellente évolution durant ces 10 dernières années sur les plans systémique, hépatosplénique et pulmonaire de cette sarcoïdose". Selon l'expert, l'asthénie persistante n'est ainsi pas expliquée par l'aggravation de cette atteinte. "C'est donc essentiellement en raison d'une aggravation de la dyspnée, cependant sans atteinte pulmonaire significative,

que A. _____ est en incapacité de travail depuis novembre 2016". Les investigations menées sur les plans rhumatologique et

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 neurologique n'ont pas permis d'identifier une anomalie pouvant suggérer une atteinte centrale ou périphérique. Le Dr R. _____ conclut donc, dans son domaine de compétence, à l'absence de limitation fonctionnelle substantielle. Pour sa part, le Dr S. _____, après rappel du contexte médical, pose le diagnostic d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée sur sarcoïdose cardiaque, ainsi que de status postpose d'un défibrillateur en 2008. Rappelant le diagnostic, posé en 2007, de sarcoïdose avec dysfonction systolique ventriculaire gauche, puis la pose d'un défibrillateur en 2008, il note que l'évolution est globalement peu favorable avec renforcement progressif de l'asthénie, des douleurs musculaires au moindre effort avec essoufflement à l'effort et insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée à 35% sur la dernière échocardiographie (alors qu'elle était évaluée à 45-50% en 2008). L'expert juge que les symptômes et la perte de fonctionnalité dont se plaint l'assurée sont cohérents et plausibles. "Il est habituel dans la dysfonction ventriculaire gauche de trouver une asthénie ainsi qu'un essoufflement. En revanche, la fatigabilité musculaire à la mobilisation est sans relation avec sa problématique cardiologique". Consensuellement, les deux experts concluent à une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire. Dans un rapport du 4 avril 2019, faisant suite au projet de décision de l'OAI, le Dr J. _____ indique suivre l'assurée depuis plus de dix ans. "Elle est en effet connue pour une sarcoïdose avec atteinte cardiaque. A noter que sa fonction ventriculaire gauche a diminué. Sur le plan fonctionnel, A. _____ présente aussi une nette diminution de sa capacité fonctionnelle, par conséquent, je pense qu'une rente AI est tout à fait justifiée pour cette patiente". Il relève par ailleurs certaines incohérences dans les rapports d'expertise, notant en particulier qu'il est difficile de se prononcer sur la simple valeur d'éjection. Postérieurement au dépôt du recours, un rapport supplémentaire, établi le 17 juin 2019 par le Dr J. _____, sera déposé par la recourante. Ce médecin indique une situation médicale complexe, avec une atteinte cardiologique, ainsi qu'un excès pondéral et une atteinte pulmonaire. Il considère que "dans ce contexte, il est raisonnable que la patiente puisse bénéficier d'une rente AI à 100%. Tout ceci s'insère aussi dans une surcharge psychologique importante". 3.3. Appelée à statuer, la Cour de céans constate que le dossier oppose principalement, d'un côté, le cardiologue et la généraliste traitants, qui considèrent que leur patiente n'est plus en mesure de travailler et qu'une rente entière doit lui être allouée et, de l'autre, les experts de F. _____, selon lesquels l'assurée est encore capable de travailler à 50% dans une activité adaptée. 3.3.1. Le principal grief soulevé par la recourante a trait à la réponse apportée par le Dr S. _____ à la question 8.4 du questionnaire de l'OAI: elle estime incompréhensible que celui-ci ait pu attester à la fois d'une aggravation de la situation, tout en maintenant la même capacité de travail que précédemment. Dans son rapport, ledit expert indique tout d'abord qu'"il y a une aggravation de la situation, avec apparition d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée". Il précise ensuite que cette modification de l'état de santé s'est installée progressivement, "semblant s'être majorée aux alentours de 2016". Il termine en confirmant qu'une "activité à 50% sédentaire [est] possible".

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Il convient d'emblée de rappeler qu'en soi, la situation sur le plan médical est susceptible d'évoluer sans toutefois que cela n'ait un impact sensible sur la capacité de travail. En l'occurrence, l'examen attentif des réponses aux questions de l'OAI (p. 17 à 19 de l'expertise cardiologique) démontre que le Dr S. _____ entendait

bien, au terme de son examen, attester d'une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire, en dépit des atteintes constatées. On peut donc en déduire que l'aggravation annoncée (diminution de la fraction d'éjection) n'a pas eu de conséquences particulières à ce niveau. 3.3.2. Il est intéressant d'évaluer l'expertise précitée à la lumière de l'avis du Dr P. _____: dans son rapport rédigé en février 2018, celui-ci aboutit à un résultat similaire à celui de l'expert S. _____: en dépit d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée à 35% sur une sarcoïdose de stade NYHA 3, il a en effet confirmé l'exigibilité, au plan cardiologique, d'une activité adaptée à 50%, ce qui inclut notamment l'activité d'assistante/de secrétaire médicale. Il importe surtout de relever que ce rapport faisait suite à différents examens (PET-CT et échocardiographie), requis par le cardiologue traitant. Or, le résultat était on ne peut plus rassurant, puisqu'ils confirmaient tant l'absence d'activité de la sarcoïdose qu'une situation cardiaque stable. Il convient de mentionner l'évolution particulière de l'avis du cardiologue traitant, ressortant de son rapport du 12 septembre 2017: alors qu'il confirmait avoir attesté une "évolution clinique stable" dans son précédent rapport de juin 2017, il invoquait toutefois que "la situation s'était nettement péjorée depuis". Or, il est difficile de corroborer ce point de vue, dès lors que, comme déjà mentionné, l'ensemble des examens réalisés durant le premier semestre 2017 étaient rassurants et vu l'absence d'autres documents médicaux contradictoires. Ce constat est d'ailleurs confirmé par le fait que, plus loin dans son rapport, le Dr J. _____ ajoute qu'"en raison de cette insuffisance cardiaque je demande au Dr P. _____ de consulter la patiente pour discussion de suite de prise en charge". Or, ce dernier attestera expressément la persistance d'une capacité de travail de 50%. Force est donc de constater que, sur le plan strictement cardiologique, une réduction de la capacité de travail n'est pas objectivement justifiable et que l'OAI pouvait valablement se baser sur les conclusions des experts de F. _____. 3.3.3. Les courriers établis par le Dr J. _____ ultérieurement à l'expertise, respectivement au recours, ne sont pas susceptibles de remettre en cause cette conclusion. Les reproches émis par le cardiologue traitant dans son courrier du 4 avril 2019 sont bien trop généraux pour venir ébranler les conclusions des experts, dont le rôle était précisément celui de clarifier la capacité de travail de cette assurée. En effet, la simple référence à une "nette diminution de sa capacité fonctionnelle" est clairement insuffisante pour justifier l'octroi d'une rente entière, comme il le requiert expressément. L'absence de tout constat anamnestique et/ou clinique incite d'une part à augurer que le cardiologue traitant se réfère essentiellement aux plaintes de l'assurée pour fonder son jugement, ce qui ne saurait être approuvé du point de vue de la médecine d'assurance. D'autre part, le fait pour ce dernier d'invoquer des incohérences dans les rapports d'expertise, en mentionnant uniquement que la référence à la valeur de fraction d'éjection est insuffisante, est tout aussi discutable. Comme rappelé plus haut, tant les experts que le Dr P. _____ se sont fondés sur l'ensemble du contexte médical, et pas uniquement sur cette valeur, pour étayer leur point de vue.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Plus généralement, la Cour relève que, dans son rapport d'échographie cardiaque du 28 juin 2017 (dossier AI, p. 397), le Dr J. _____ relevait la présence d'une fraction d'éjection de 37%, qu'il qualifiait seulement de "discrètement diminuée". Dès lors qu'en février 2009 déjà, le Dr I. _____ évoquait la présence d'une fraction d'éjection oscillant entre 35 et 40% (dossier AI, p. 57), sa variation ne semble effectivement pas être d'importance. L'ensemble de ces éléments achève de convaincre la Cour que la recourante ne parvient pas à faire la démonstration d'une aggravation substantielle de son état de santé, avec incidence sur sa capacité de travail.

Quant au rapport daté du 17 juin 2019, remis à l'appui du recours, il retient des diagnostics connus de longue date. La simple évocation d'un excès pondéral et d'une atteinte pulmonaire, de même que d'une "surcharge psychologique importante", n'est pas déterminante, comme on le verra ci-après. 3.4. Il reste en effet à évaluer si la détérioration alléguée par la recourante pourrait avoir une autre origine que son atteinte principale (sarcoïdose et atteinte cardiaque en découlant), comme semble l'alléguer le Dr J. _____ dans son dernier rapport. La Cour relève d'emblée que le cardiologue traitant se contente d'évoquer très brièvement différentes problématiques (obésité, atteinte pulmonaire et surcharge psychologique), sans toutefois poser de diagnostic, ni ne fournir d'éléments cliniques ou anamnestiques. A cet égard, il est particulièrement intéressant de se pencher sur le rapport du Dr R. _____. Celui-ci dresse un tableau particulièrement exhaustif sur le plan de la médecine interne: après avoir rappelé en détail l'évolution du dossier avec, notamment, un exposé très détaillé des plaintes de l'assurée, ainsi que procédé à un examen clinique complet, il retient en particulier qu'"un large faisceau d'arguments indique que la sarcoïdose chronique n'a pas évolué défavorablement depuis 2008. C'est dire que l'asthénie aggravée dès 2015 ne reçoit pas d'explication évidente". L'expert relève tout de même que l'assurée a entre-temps pris du poids (BMI passant de 29 à 36.8 kg/m²) "avec en corollaire la découverte en octobre 2016 d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil [...]". Il ajoute que, s'agissant des apnées du sommeil, "elle bénéficie d'un traitement par CPAP, efficace mais avec une compliance fluctuante". En définitive, il ne trouve pas d'explication à l'asthénie persistante telle que rapportée par l'expertisée. Il note ainsi que "c'est donc essentiellement en raison d'une aggravation de la dyspnée, cependant sans atteinte pulmonaire significative, que A. _____ est en incapacité de travail depuis novembre 2016". L'examen clinique actuel n'a pas permis de déceler de limitation fonctionnelle particulière, si ce n'est, tout au plus, "la présence d'un tableau de tendomyoses multiples (18/18 points de fibromyalgie) mais sans contexte de syndrome douloureux chronique significatif ou au premier plan". Il ressort de ce qui précède un contraste particulièrement marqué entre, d'une part, la présentation particulièrement complète du Dr R. _____ et, d'autre part, les maigres arguments soulevés par le Dr J. _____. On constate ainsi l'absence de toute trace de prise en charge spécialisée, en particulier sur le plan psychiatrique/psychologique. De même, aucun nouveau rapport n'a été apporté au niveau pulmonaire. On note en particulier que, dans un rapport remis en avril 2018, soit peu avant la réalisation de l'expertise de F. _____, la généraliste traitante faisait uniquement allusion à une péjoration de l'atteinte cardiaque, diagnostics à l'appui, sans que d'autres problématiques ne soient évoquées.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Par conséquent, on ne décèle pas la présence d'atteintes susceptibles de justifier une baisse supplémentaire de la capacité de travail. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'augmenter la rente de la recourante. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 4. La recourante a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 4.1. Selon l'art. 61 let. f, 2^{ème} phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi

disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). 4.2. L'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. S'agissant de la seconde condition, il ressort du dossier que la requérante dispose, au titre de revenus, d'une rente AI de CHF 1'015.- par mois, d'une rente du 2ème pilier de CHF 1'498.- par mois, ainsi que d'une rente du 3ème pilier de CHF 250.-. Le total des revenus se monte ainsi à CHF 2'763.-. Au chapitre des dépenses, le montant du loyer se monte à CHF 1'360.- par mois, charges et place de parc compris. Les primes d'assurance-maladie s'élèvent à CHF 494.- par mois, lequel n'allègue pas bénéficier d'une réduction de primes. Il convient d'ajouter le minimum vital, soit CHF 1'200.- pour une personne seule, augmenté de 25%, soit CHF 1'500.-. Indépendamment des frais du leasing de son véhicule (CHF 386.90/mois), le total des dépenses atteint déjà CHF 3'354.-. Il découle de ce qui précède que le budget de la recourante présente un solde négatif de CHF 591.-, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de faire face aux frais de la procédure introduite le 7 juin 2019 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 166) est admise et que Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office. 4.3. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Conformément aux art. 142 ss CPJA et à l'art. 12 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et sur la base de la liste de frais déposée le 5 décembre 2019 par le mandataire de la recourante, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit en l'indemnisant à raison de 9.01h à CHF 180.-, soit un montant de CHF 1'623.-. En outre, la facturation des photocopies de l'entier du dossier AI (pour un montant dépassant CHF 250.-) est disproportionnée. L'octroi d'un montant de CHF 150.- au titre de débours semble donc raisonnable, auxquels s'ajoutent CHF 136.50 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 1'909.50 est intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 165) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 166) est admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné comme défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'623.-, plus CHF 150.- de débours, plus CHF 136.50 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'909.50, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 6 janvier 2020/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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