FR_GERICHTE 608 2019 81 vom 5. Dezember 2019

FR Kantonsgericht, 2019-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_81

FR: FR_GERICHTE 608 2019 81 du 5 décembre 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2019 81 del 5 dicembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une recourante, dûment représentée et directement atteinte par la décision querellée, le recours, déposé auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, 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.

E. 3.1

L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, 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. Les principes régissant la révision selon l’art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l’art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 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.

E. 3.2

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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).

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 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 4

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

E. 4.1

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

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

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. 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. 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). 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). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

E. 5

Est d'abord litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé et entraîne une diminution de sa capacité de travail au point qu'elle se voit reconnaître un droit à des prestations de l'assurance-invalidité. A titre liminaire, la Cour rappelle que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant pour examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Dans ce contexte, les éléments de faits postérieurs à la décision – figurant notamment dans le rapport médical et les différents certificats d'incapacité de travail produits dans le cadre de l'échange d'écritures – ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre du présent litige, dans la mesure où aucun enseignement ne peut en être tiré pour la période ici litigieuse.

E. 5.1

Cela étant, lorsqu'il nie l'existence d'un tel droit, l'OAI se fonde sur les rapports des médecins de son SMR, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie, et le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 10 avril 2018, le premier admet que l'assurée n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité d'ouvrière de montage, mais pense qu'elle demeure en mesure de travailler à 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée depuis le début de l'année 2018. Une telle activité doit respecter selon lui les limitations fonctionnelles suivantes: "Pas de mouvements répétitifs avec le bras droit, pas de port de charges de plus de 10kg avec le bras droit, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête" (dossier OAI, p. 138). Pour sa part, dans son rapport du 5 décembre 2018, le second considère qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée depuis le 5 février 2018, à savoir une activité sans travail avec les bras au-dessus de la tête ou du plan horizontal, sans mouvements répétitifs et sans port de charges supérieures à 10 kg avec les deux bras. Il précise que les nouveaux troubles au bras gauche entraînent les mêmes limitations fonctionnelles que les troubles à l'épaule gauche, relevant qu'elles sont similaires, voire même identiques. Selon lui, la nouvelle opération évoquée – mais non encore prévue – ne pourrait avoir qu'un effet positif sur la situation de l'assurée, après une période d'incapacité postopératoire de quelques mois (dossier OAI, p. 202).

E. 5.2

Ces deux rapports ne sont pas fondés sur un examen de l'assurée mais sur les pièces figurant au dossier. S'agissant des pièces médicales, ce dernier ne contient que les rapports du médecin traitant de l'assurée, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aucun autre médecin n'a été interrogé dans ce dossier. Dans ses différents rapports, le Dr E._____ constate que sa patiente souffre principalement d'une tendinopathie calcifiante à l'épaule droite mais évoque également "des douleurs à son épaule gauche, douleurs qui se sont aggravées ces dernières semaines". Il souligne ne pas prévoir prochainement d'opération à l'épaule droite – même si cela n'est pas exclu à terme – dès lors que, à l'occasion du dernier contrôle, le résultat de la physiothérapie était encourageant, avec une diminution des plaintes douloureuses. Refusant de se prononcer sur les limitations fonctionnelles liées à l'épaule gauche, il retient les restrictions suivantes: "Limitation du port de charges à 10kg maximum[,] éviter les mouvements répétitifs du bras droit [et] éviter les activités du bras droit au-dessus de la tête et au-dessus du plan de travail (douleurs si les bras ne sont pas posés sur l'établi)". Quant aux limitations fonctionnelles plus globales, le médecin souligne que sa patiente rencontre "des difficultés pour les activités de ménage avec le bras au-dessus de la tête et en l'air, ainsi que les mouvements répétitifs, ce qui rend difficile les activités ménagères" (rapport du 13 août 2018, dossier OAI, p. 191; cf. ég. p. 100 et 135; cf. ég. bordereau recours, pièce 6). Jusqu'à ce stade, l'avis du Dr E._____ a donc été suivi par les deux médecins du SMR. Cependant, s'agissant de la problématique de la capacité de travail, les deux médecins du SMR s'écartent de l'appréciation de l'orthopédiste. Certes, dans son rapport du 29 janvier 2018, celui-ci affirme que sa patiente était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée dès le 5 février 2018 (dossier OAI, p. 135). En revanche, dans son rapport du 13 août 2018, il tempère cette affirmation, en refusant d'évaluer la

 capacité de travail de sa patiente car "l'état de santé n'est actuellement pas stable" et que des douleurs persistent "essentiellement dans la région du

tendon du long chef du biceps [droit]" (dossier OAI, p. 100). Enfin, dans son rapport du 25 mars 2019, il soutient ce qui suit: "Dans une activité légère de type bureau ou administratif moyennant une formation, où épaules droite et gauche ne seraient pas sollicitées par des mouvements répétitifs, j'estime que la patiente pourra travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué évalué de 30%, compte tenu des atteintes touchant les deux bras (tendinopathie calcifiante des tendons du sus-épineux notamment) engendrant des limitations fonctionnelles objectives (notamment diminution des amplitudes), sensibilité et de la fatigue" (bordereau recours, pièce 6). S'agissant de la problématique de la capacité de travail, on constate une certaine confusion, pour ne pas dire contradiction, dans les dires de l'orthopédiste traitant. Et ses explications sont hasardeuses: "Lors du contrôle de janvier 2018, je pronostiquais une prochaine reprise dans une activité adaptée en février 2019 [recte: 2018] avec contrôle à 6 mois, pronostic peut-être un peu rapide. En effet, par la suite vu l'état de santé de la patiente et l'évolution défavorable tant à l'épaule droite qu'à l'épaule gauche, je n'ai pu que prolonger les traitements avec contrôles fréquents (environ tous les mois) et nouveaux examens sur le plan orthopédique (notamment nouvel IRM), ainsi que rechercher d'autres solutions thérapeutiques en vue d'une amélioration de la santé de la patiente" (bordereau recours, pièce 6). Or, il est quelque peu osé de qualifier de "pronostic rapide" le fait de repousser la reprise de l'activité professionnelle au lundi suivant le jour d'évaluation, cela d'autant plus qu'il mentionnait déjà une "évolution défavorable". Si le médecin ne pouvait évidemment pas prévoir comment évoluerait l'état de sa patiente une semaine plus tard, il perd en crédibilité lorsqu'il réduit de 30% sa capacité de travail. Si le médecin avait alors effectivement estimé que l'évaluation de cette dernière n'était pas définitive, il ne se serait alors pas avancé à ce point mais aurait assorti son pronostic d'une réserve dans son rapport du 29 janvier 2018. Une telle réserve n'y figure toutefois nullement. L'on ne peut pas exclure que cette différence d'appréciation soit liée à la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient. Cette relation peut rendre le médecin enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 5.3

Il ressort de ce qui précède que les avis des deux médecins du SMR s'écartent de l'appréciation du seul médecin interrogé, le Dr E._____. Celui-ci présente des conclusions qui n'apparaissent que peu convaincantes en l'état, de sorte qu'elles ne peuvent manifestement être suivies. L'on ne saurait pour autant suivre l'avis des deux médecins du SMR qui procèdent à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le leur pour s'opposer à l'avis du seul spécialiste interrogé, et cela sans même avoir examiné l’assurée. Cela dépasse le rôle de conseil qui est reconnu au SMR, lequel ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires; tel est d'autant plus le cas lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, comme c'est ici le cas (cf. notamment, pour les plus récents arrêts du Tribunal dans ce sens, arrêts TC FR 608 2018 1 du 20 juillet 2018; 608 2017 158 du 27 juin 2018; 608 2017 216 du 7 mars 2018; 608 2017 17 du 6 mars 2018; 608 2017 88 du 11 septembre 2017; 608 2016 261 du 31 juillet 2017; 608 2016 120 du 9 juin 2017).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Dans ces circonstances, il apparaît que la cause est insuffisamment instruite pour permettre à la Cour de statuer sur les conclusions des parties. Il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 6

Quoi qu'il en soit, on constate que l'OAI semble retenir que l'assurée a recouvré une capacité de travail au début de l'année 2018, ce qui implique qu'il admet dans le même temps une aggravation de la situation, du moins pour la période consécutive à l'opération de l'épaule, à savoir depuis le 2 mars 2017. Or, l'on ne doit pas oublier que l'assurée avait déposé une première demande en 2014, déjà pour un problème à l'épaule gauche, et avait alors spontanément changé d'activité professionnelle. Dans ces circonstances, il y aura lieu pour l'OAI de se prononcer sur la fin du délai d'attente. Cas échéant, la recourante pourrait également bénéficier de prestations pour la période post- opératoire.

E. 7.1

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 7.2

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à l'octroi d'une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 24 juin 2019, sa mandataire a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 5'604.94, à savoir CHF 5'158.26.38 au titre d'honoraires, CHF 397.12 au titre de la TVA (7.7%) et CHF 46.- au titre de frais non soumis à la TVA. Toutefois, l'on constate que l'ampleur du travail alléguée par la mandataire ne saurait se justifier par la nature, l'importance et la difficulté de la présente cause, étant rappelé qu'un seul échange d'écritures a été ordonné. Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 3'815.50, à savoir de CHF 3'500.- au titre d'honoraires (14 heures à CHF 250.-), CHF 269.50 au titre de la TVA (7.7%) et CHF 46.- au titre de frais non soumis à la TVA. Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

E. 7.3

Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure, par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 21 février 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui étant restituée. III. L'indemnité de partie allouée à la recourante est fixée à CHF 3'815.50, dont CHF 269.50 au titre de la TVA (7.7%), et intégralement mis à la charge de l'autorité intimée. 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 5 décembre 2019/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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