

FR_GERICHTE 605 2013 137 vom 19. Oktober 2015

FR Kantonsgericht, 2015-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_137

FR: FR_GERICHTE 605 2013 137 du 19 octobre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 137 del 19 ottobre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Aux termes 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; arrêt TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). c) D'après une jurisprudence constante, 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). 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). d) 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En 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). 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b). e) 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 citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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. 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 LPGA 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 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). f) Selon 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. Le taux d'invalidité étant une notion juridique

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). A ce titre, il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, le Tribunal fédéral admet pour le calcul de l'invalidité le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'un assuré a réalisé un revenu sans invalidité nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il ne désirait pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu sans invalidité effectivement réalisé ou en le remplaçant par les données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 141 V 1 consid. 5.4; 134 V 322 consid. 4.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence, un salaire effectivement réalisé qui est inférieur d'au moins 5% au

salaires statistiques usuels de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Si une différence au moins aussi grande devait apparaître, le parallélisme ne peut porter que sur la part qui dépasse le taux minimal de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3). Il convient à cet égard de tenir compte du fait que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 consid. 6.2).

E. 3

Par décision du 4 juin 2013, l'OAI a, d'une part, rejeté la demande de prestations de l'assuré pour 2006 et 2007, motif pris qu'il ne présentait durant cette période qu'une incapacité de travail de 30 % dans son activité habituelle ; l'OAI avait en effet, dans la motivation de ses décisions du 17 février 2010, expressément réservé sa décision pour cette période, celles-ci étant entrées en force de chose jugée pour le reste. Par la décision portée ci-dessus, l'office a, d'autre part, supprimé la rente entière octroyée à l'assuré par décisions du 17 février 2010, retenant qu'il serait capable d'exercer une activité de substitution adaptée à son état de santé, à plein temps avec toutefois une diminution de rendement de 30 %.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 En l'espèce, le litige porte dès lors, respectivement, d'une part, sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité pour 2006 et 2007 et, d'autre part, sur l'évolution subséquente de son taux d'invalidité. Il convient par conséquent d'examiner la capacité de travail de ce dernier en 2006 et 2007, ainsi que de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra 2e) – à savoir au 17 février 2010 – avec son état de santé au moment de la décision de révision portée ci-dessus – à savoir au 4 juin 2013 –, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) Par décision sur opposition du 18 octobre 2006, l'OAI a refusé sur le fond la nouvelle demande déposée par l'assuré le 14 juillet 2005. L'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal. Parallèlement à la procédure de recours, l'assuré a en date du 21 février 2008 déposé une nouvelle demande de prestations en faisant valoir que son état de santé se serait détérioré. La documentation médicale suivante a dès lors été produite dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande : - Les certificats médicaux succincts des 8, 15, 22, 26 octobre 2007, 8 janvier, 2 février, 3, 28, 30 avril, 20 mai, 27 et 30 juin 2008 ou de date inconnue des Drs E. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne. - L'attestation du 20 décembre 2007 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en otoneurologie, de l'Hôpital universitaire de Berne, qui a noté des épisodes quotidiens de vertiges rotatoires de 2-3 secondes déclenchés par les mouvements de la tête voire sans facteur déclenchant et a requis un bilan complémentaire. - L'attestation du 5 février 2008 du Dr F. _____, qui a diagnostiqué un syndrome vertébral lombaire sur troubles statiques et dégénératifs, un status après ostéosynthèse du tibia gauche, ainsi qu'un déficit vestibulaire d'origine inconnue et préconisé la mise en œuvre d'une expertise. - L'attestation du 1er avril 2008 du Dr H. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation, lequel a nouvellement diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Le médecin a exposé que l'affection actuelle a justifié une nouvelle incapacité de travail depuis la mi-février 2008. - Le rapport d'expertise médicale du 16 avril 2008 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie,

médecine interne et médecine du sport, rendu à l'attention de J._____ et dont il ressort que l'assuré présente une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques, ainsi qu'un déficit vestibulaire périphérique bilatéral d'origine indéterminée. A son avis, les lombosciatalgies droites chroniques dans un contexte de troubles statiques ne justifient qu'une incapacité de travail partielle dans son activité professionnelle de serveur, éventuellement une diminution de rendement d'environ 20 %, en tout cas dès 2002. Le médecin a par contre conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, en raison de l'affection de l'épaule gauche à compter du 1er avril 2008, tout en précisant que cette incapacité devrait n'être que provisoire. - Le rapport médical du 16 juin 2008 du Dr K._____, médecin spécialiste FMH en gastroentérologie, qui a relevé, comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, une hernie hiatale non compliquée et une légère gastrite en 2005.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 - Le certificat du 1er juillet 2008 des Drs L._____, chiropraticiens, qui a noté l'existence des diagnostics avec influence sur la capacité de travail suivants : syndrome lombovertébral chronique multiétagé L1-L5 sur attitude scoliotique dextro-convexe lombaire et raccourcissement du membre inférieur droit ; dysfonction articulaire L4-L5 ; status post maladie de Scheuermann avec ostéophytose postérieure au niveau D10 et D11 et possible sténose spinale de la jonction dorsolombaire ; status post ostéosynthèse du tibia gauche en 1977 et allongement consécutif du membre inférieur gauche. - Le rapport médical du 8 juillet 2008 du Dr C._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué des autres troubles anxieux mixtes avec somatisation (F 41.3) existants depuis 2005. - Le rapport médical du 8 juillet 2008 de la Dresse M._____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, qui a conclu que les douleurs thoraciques atypiques ressenties par l'assuré n'étaient pas invalidantes, le test d'effort étant cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie myocardique à 175 Watts en août 2007. - Le rapport médical du 8 juillet 2008 du Dr E._____, qui, sur le plan psychiatrique, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), une suspicion d'un trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9), ainsi qu'une dislocation de la famille par séparation (Z 63.5). Il a considéré que l'activité précédente de serveur n'était plus exigible. - Le rapport médical du 9 juillet 2008 du Dr F._____, qui a fait état de vertiges consécutifs au déficit vestibulaire périphérique bilatéral et de troubles en relation avec les pathologies statiques et dégénératives du rachis, présents depuis plusieurs années. A son avis, le handicap principal découle d'une très importante capsulite de l'épaule gauche et d'une capsulite d'apparition plus récente de l'épaule droite. Il a estimé que l'assuré n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle dans les prochains mois. - La prise de position du 7 novembre 2008 de la Dresse N._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du Service médical régional (SMR), qui a relevé que depuis le 1er avril 2008 l'assuré présentait une nouvelle affection concernant l'épaule gauche (capsulite rétractile) devant être instruite. Elle a estimé que dans ce contexte l'expertise du Dr I._____ du 16 avril 2008 avait une valeur probante abaissée en raison de l'absence de dossier radiologique et dès lors préconisé qu'un complément d'information soit requis du Dr F._____. - Le certificat médical du 18 novembre 2008 du Dr F._____, qui a constaté que le traitement de physiothérapie avait échoué, que l'épaule gauche s'améliorait malgré tout, mais que la droite avait également été atteinte. Il a précisé que les handicaps étaient très évidents. - La prise de position du 7 janvier 2009 de la Dresse N._____ du SMR, qui a retenu, avec effet sur la

capacité de travail, les diagnostics de douleurs lombaires chroniques sur troubles statiques et de capsulite rétractile de l'épaule gauche (avril 2008) puis droite. Le médecin a considéré qu'il n'y avait pas de capacité de travail à ce jour en raison d'une capsulite rétractile qui a débuté le 1er avril 2008 à gauche et qui s'est étendue à droite. A son sens, la capacité de travail devrait redevenir entière au terme d'une période de 12 mois, dans une activité sans port de charges de plus de 10 kg épargnant le rachis lombaire.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 Par arrêt du 17 septembre 2009, le Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition du 18 octobre 2006 et renvoyé la cause pour instruction complémentaire à l'OAI, afin, d'une part, d'établir quelle est l'incidence des troubles vestibulaires sur la capacité de travail de l'assuré, par exemple en requérant des renseignements complémentaires auprès de la Clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-maxillo-faciale qui avait déjà suivi le recourant ; d'autre part, l'autorité intimée a été chargée d'obtenir à tout le moins un certificat médical du Dr C. _____ attestant de l'existence ou non de troubles psychiatriques ainsi que, le cas échéant, de déterminer leur incidence sur la capacité de travail de l'assuré et en tant que de besoin d'ordonner une expertise psychiatrique. Le rapport médical du 30 novembre 2009 du Dr O. _____, médecin spécialiste FMH en otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, a encore été versé au dossier. Ce médecin a retenu, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des syndromes vertigineux intermittents avec acouphènes permanents au niveau de l'oreille gauche et hyporéflexivité bilatérale plus importante à gauche, une suspicion de maladie de Ménière gauche et d'Hydrops endolymphatique droit, des douleurs dorsales et arthrose L4-L5, une limitation de la mobilité de l'épaule gauche, ainsi qu'un état anxieux. Il a estimé que l'activité professionnelle habituelle de serveur n'était plus exigible de l'assuré, en raison de la fréquence des vertiges et surtout de l'instabilité, mais qu'une activité dans la production légère serait envisageable au titre d'activité de substitution. Par décisions du 17 février 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1er mai 2008, une demi-rente depuis le 1er juin 2008, trois-quarts de rente à partir du 1er août 2008 et enfin une rente entière à compter du 1er septembre 2008, pour un taux d'invalidité respectivement de 43 %, 50 %, 64 % et 100 %. L'OAI a en outre expressément précisé, dans la motivation de ces décisions, que pour la période antérieure (2006 et 2007) des informations médicales complémentaires devaient être demandées conformément à l'arrêt du Tribunal cantonal et qu'une fois les investigations médicales complémentaires effectuées il prendrait une nouvelle décision pour dite période. On peut se demander si cette façon de procéder, à savoir statuer sur une période alors que la période antérieure n'est pas définitivement tranchée n'est pas contraire à la jurisprudence du TF (cf. ATF 135 V 148 consid. 5.2). Toutefois, d'une part, la période visée par les décisions du 17 février 2010 est liée à une atteinte spécifique à l'épaule survenue en 2008, indépendante des autres atteintes, ce qui pourrait justifier un tel procédé et, d'autre part, ces décisions sont entrées en force. b) Cela étant, donnant suite à l'arrêt du Tribunal cantonal du 17 septembre 2009, l'OAI a diligenté trois expertises médicales et versé aux dossiers les rapports correspondants : - Le rapport d'expertise psychiatrique du 13 janvier 2011 du Dr P. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu à l'existence d'un trouble panique (F 41.0), présent depuis 2005, sans influence sur la capacité de travail de l'assuré. Le psychiatre a noté que ce dernier ne souffrait pas d'une personnalité pathologique au sens des critères diagnostiques des classifications psychiatriques officielles. En outre, il n'a pas relevé de dysfonctionnements marqués durables dans le domaine des cognitions (perception

de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence au plus tard, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situations et qui auraient pu être à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social ; il a ainsi nié l'existence d'un trouble de la personnalité. L'expert a par ailleurs considéré qu'en l'absence à ce jour de symptomatologie dépressive significative et d'anxiété marquée, le diagnostic de trouble

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 anxieux et dépressif mixte ne devait plus être retenu. S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostiqué par le Dr E. _____ dans son attestation du 8 juillet 2008, le Dr P. _____ a exposé qu'il existait effectivement des douleurs persistantes accompagnées d'un sentiment de détresse, mais que les douleurs ressenties (épaules, dos, hanches) sont expliquées par des atteintes somatiques ; à son avis, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant doit dès lors être écarté. L'expert a finalement conclu qu'une incapacité de travail, entière ou partielle, ne pouvait pas être retenue, ni depuis 2008 ni antérieurement. - Le rapport d'expertise otoneurologique du 21 février 2011 du Dr Q. _____, médecin spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, du R. _____, qui a retenu les diagnostics otoneurologiques de déficit vestibulaire périphérique gauche chronique stable, connu depuis 2003, et de surdité de perception légère gauche stable, depuis 2007. L'expert a estimé qu'au jour de l'expertise la symptomatologie restait modérée et avait objectivement peu d'impact sur les activités de la vie quotidienne : les vertiges surviennent en moyenne une à deux fois par jour, sont de brève durée, et il n'y a pour le reste pas de déséquilibre postural ni à la marche. Le patient se sent à ce jour surtout limité par le fait qu'il doit exercer ses activités lentement pour éviter les vertiges, voire se tenir ou s'asseoir quelques instants lorsque ceux-ci surviennent. L'expert a noté que la réaction anxieuse s'était aggravée depuis la chute en octobre 2010, bien qu'il ne soit jamais retombé depuis lors. Le Dr Q. _____ a somme toute estimé que la capacité de travail de l'assuré est complète en temps de travail, mais qu'il fallait compter avec une diminution de rendement de 30 % au maximum dans son activité habituelle de serveur ou dans une activité adaptée (de préférence en position assise, sans mouvements brusques ou répétitifs, dans un environnement visuel stable), sans qu'une amélioration par des mesures thérapeutiques ne soit envisageable. Il a précisé que, dans la mesure où le patient a encore travaillé à temps partiel entre 2003 et 2007 sans problème déterminant lié au symptôme vestibulaire, la diminution de rendement précitée doit être admise à partir de 2008. - Le rapport d'expertise rhumatologique du 9 décembre 2011 du Dr I. _____, qui a retenu, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un status après capsulite rétractile de l'épaule gauche, des lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques, des troubles statiques du rachis, un allongement du membre inférieur droit dans le cadre d'une ostéosynthèse du tibia gauche en 1976 et des séquelles de maladie de Scheuermann, ainsi que, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des omalgies droites chroniques. L'expert a exposé qu'au-delà de certaines douleurs résiduelles mécaniques et météo-dépendantes, l'assuré a récupéré une fonction normale d'une possible capsulite de l'épaule droite. Le Dr I. _____ a finalement conclu que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans son activité professionnelle antérieure de serveur était entière jusqu'à 2002, entière mais avec une diminution de rendement éventuelle de 20 % dès 2002, mais nulle à compter du 1er avril 2008, ceci tant à cause des contraintes rachidiennes liées à cette activité qu'en regard des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche et les mouvements répétitifs qu'implique cette activité quand bien même l'assuré est droitier. L'expert a par contre considéré que, dans une activité professionnelle légère

excluant les ports de charge au-delà de 10 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, autorisant l'alternance de la position assise et debout aux deux heures et excluant les travaux de force et répétitifs impliquant le membre supérieur gauche principalement au-delà de l'horizontale, sa capacité de travail est entière, sans diminution de rendement et, ceci, vraisemblablement depuis avril 2010, date à laquelle l'assuré rapporte des symptômes stationnaires concernant son épaule gauche.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Fort des conclusions de ces expertises, l'OAI a, par décision du 4 juin 2013, rejeté la demande de prestations de l'assuré pour 2006 et 2007 et supprimé la rente entière dont il bénéficiait depuis le 1er septembre 2008. c) Dans la présente occurrence, la valeur probante des rapports d'expertises psychiatrique du 13 janvier 2011 du Dr P._____, otoneurologique du 21 février 2011 du Dr Q._____, et rhumatologique du 9 décembre 2011 du Dr I._____, n'a à juste titre pas été mise en cause par le recourant. La Cour de céans constate en effet qu'ils sont bien plus détaillés que toutes les autres pièces figurant au dossier et se fondent sur des examens complets, notamment sur un examen radiologique complet en ce qui concerne l'expertise rhumatologique – contrairement à l'expertise du 16 avril 2008 du Dr I._____ selon ce qu'a constaté la Dresse N._____ dans sa prise de position du 7 novembre 2008. Lesdites expertises ont au demeurant été établies en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu le recourant. Elles prennent également en considération les plaintes exprimées par le patient et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et univoque et les conclusions des experts sont dûment motivées. Lesdites expertises remplissent au surplus largement les exigences posées par le Tribunal cantonal dans son arrêt du 17 septembre 2009, puisqu'il avait exigé de l'autorité intimée qu'elle établisse l'incidence des troubles vestibulaires sur la capacité de travail de l'assuré, par exemple en requérant des renseignements complémentaires auprès de la Clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-maxillo-faciale, et obtienne à tout le moins un certificat médical du Dr C._____ attestant de l'existence ou non de troubles psychiatriques. En ce qui concerne l'expertise psychiatrique en particulier, il convient de relever que le Dr P._____, après avoir procédé à un examen et une appréciation approfondis, a expressément nié l'existence d'un trouble de la personnalité, d'un trouble anxieux et dépressif mixte, et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. La pertinence de son appréciation et la portée de ses conclusions ne sauraient être remises en cause par le rapport médical du 8 juillet 2008 du Dr E._____, celui-ci, par trop succinct, n'ayant pas la valeur probante d'une expertise et émanant d'un médecin traitant, qui, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui lui a été confié, a tendance à s'exprimer, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à ses patients (cf. supra 2d). La Cour de céans retient, par voie de conséquence, que sur le plan psychiatrique la capacité de travail de l'assuré est et a toujours été pleine et entière. Sur le plan otoneurologique, elle est également entière en temps de travail, mais, à partir de 2008, avec une diminution de rendement de 30 % au plus, que ce soit dans son activité habituelle de serveur ou dans une activité de substitution. Enfin, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans son activité professionnelle antérieure de serveur était entière jusqu'à 2002, entière mais avec une diminution de rendement éventuelle de 20 % dès 2002, puis nulle à compter du 1er avril 2008 ; dans une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant reste par contre entière à partir d'avril 2010. Sur le plan rhumatologique, qui avait seul justifié en 2010 l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er mai 2008, d'une

demi-rente depuis le 1er juin 2008, de trois-quarts de rente à partir du 1er août 2008 et enfin d'une rente entière à compter du 1er septembre 2008, en raison d'une capsulite rétractile invalidante, l'amélioration de la situation clinique du recourant est ainsi notable et patente. Le Dr I. _____, dans son rapport d'expertise rhumatologique du 9 décembre 2011, a en effet diagnostiqué un status après capsulite rétractile de l'épaule gauche et exposé que l'assuré avait récupéré une fonction normale d'une possible capsulite de l'épaule droite. L'amélioration constatée concrétise dès lors le pronostic favorable émis tant par le Dr I. _____, dans son

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 rapport d'expertise médicale du 16 avril 2008, que par la Dresse N. _____ du SMR, dans sa prise de position du 7 janvier 2009. Partant, la voie de la révision est ouverte sur le principe.

E. 4

Le taux d'invalidité résultant des incapacités de travail retenues doit encore être déterminé et, cela, pour 2006 et 2007 d'une part et au moment de la décision de révision portée céans, à savoir au 4 juin 2013, d'autre part. a) Pour 2006 et 2007, les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à une comparaison en pourcent ("Prozentvergleich") entre les salaires de valide et d'invalides sont réalisées en l'espèce, attendu que l'assuré ne devait pas changer de branche professionnelle et n'a pas non plus repris une autre activité professionnelle. Si le recourant ne présente aucune incapacité de travail sur les plans psychiatrique et otoneurologique pour la période en question, une capacité de travail entière dans son activité habituelle de serveur mais avec une (éventuelle) diminution de rendement de 20 % - et non pas 30 % ainsi que l'a retenu l'autorité intimée dans la décision querellée - lui a été reconnue sur le plan rhumatologique de 2002 au 1er avril 2008. En 2006 et 2007, il présente par conséquent une invalidité tout au plus de 20 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. C'est le lieu de noter que le recourant n'a formellement pas pris de conclusion tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité pour les années 2006 et 2007 et n'a matériellement pas contesté cette partie de la décision querellée. b) Au 4 juin 2013, le recourant ne présente aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Sur le plan otoneurologique, il a certes été reconnu capable de travailler à plein temps, mais avec une diminution de rendement de 30 %, au maximum, dans son activité habituelle de serveur ou dans une activité adaptée. Sur le plan rhumatologique, il a été reconnu totalement incapable de reprendre son ancienne activité, mais considéré apte à exercer, à plein temps sans diminution de rendement, une activité de substitution adaptée à son état de santé. On doit ainsi admettre, avec l'OAI, que son état de santé, de ce point de vue, s'est notablement amélioré depuis le 17 février 2010, date à laquelle une rente entière lui a été octroyée. En effet, sa situation clinique s'est stabilisée sur le plan rhumatologique, ainsi que l'avait explicitement annoncé le Dr I. _____, dans son rapport d'expertise médicale du 16 avril 2008, et la Dresse N. _____ du SMR, dans sa prise de position du 7 janvier 2009, hypothèse qui a pu finalement être confirmée en 2011. Somme toute, pour déterminer le taux d'invalidité du recourant, il faut donc procéder à une comparaison de ses revenus de valide et d'invalides dans une activité de substitution, en tenant compte d'une diminution de rendement de 30 %, en raison des vertiges dont il souffre. Force est à cet égard de constater que l'argument du recourant, selon lequel la décision entreprise pécherait par manque de fusion des résultats monodisciplinaires des

expertises produites, tombe manifestement à faux, dans la mesure où, au 4 juin 2013 et dans une activité de substitution adaptée, seule une diminution de rendement sur le plan otoneurologique lui a été reconnue. Certes le recourant doit faire face à des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique ainsi qu'à des restrictions sur le plan otoneurologique. Toutefois, dans une activité de substitution adaptée, sa diminution de rendement n'atteindra certainement pas, sur le plan otoneurologique seulement, le maximum des 30 % que le Dr Q. _____ a selon toute vraisemblance retenu pour l'activité habituelle de serveur. La profession de serveur apparaît en effet spécialement peu

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 conciliable avec des vertiges. Les difficultés auxquelles doit faire face l'assuré sont assez faibles et les incidences des affections otoneurologiques sur la vie quotidienne et surtout le travail très limitées dans une activité adaptée. Le Dr Q. _____, dans son rapport d'expertise du 21 février 2011, a en effet constaté que la symptomatologie restait modérée et avait objectivement peu d'impact sur les activités de la vie quotidienne et que le patient se sentait surtout limité par le fait de devoir se mouvoir lentement pour éviter la survenance des vertiges, voire se tenir ou s'asseoir quelques instants lorsqu'ils surviennent. Aussi les désagréments liés aux affections otoneurologiques dont souffre le recourant ne se présenteront-ils qu'avec une acuité restreinte dans une activité adaptée à son état de santé. Ainsi, le présent calcul, comparant le revenu de valide de l'assuré au revenu d'invalidé qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 %, prend-il largement compte de l'ensemble des désavantages subis par le recourant du fait de son handicap. aa) Il ressort du dossier de la cause que le recourant a réalisé un revenu annuel de CHF 42'945.- en 2008, ce qui correspond à un revenu annuel de valide de CHF 45'311.70 pour 2013 (après indexation [42'945 + 2.1 % + 0.7 % + 1 % + 0.8 % + 0.8 %], cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'Office fédéral de la statistique [OFS], T39, salaires nominaux, hommes). En se référant au Tableau TA1 relatif aux salaires bruts standardisés de l'ESS 2010 de l'OFS, valeur dans le domaine de la restauration (services, hôtellerie et restauration, restauration, niveau de qualification 4, homme), on retient pour le recourant un revenu statistique mensuel moyen de CHF 3'895.-, à savoir annuellement CHF 46'740.- (3'895.- x 12). Cette donnée doit être adaptée au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2013 dans ce secteur (42.4 heures; la Vie économique, Tableau B 9.2 Durée hebdomadaire normal du travail dans les entreprises), soit CHF 49'544.40. Indexé à 2013 selon l'indice des salaires nominaux de la branche ([49'544.40 + 1 % + 0.8 % + 0.8 %]; cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'OFS, T39, salaires nominaux, hommes), on obtient un revenu annuel hypothétique pour 2013 de CHF 50'843.70. Il apparaît donc qu'en l'espèce, le recourant aurait réalisé, en exerçant son activité lucrative habituelle, un revenu représentant le 89.10 % (45'311.70 x 100 / 50'843.70) du salaire usuel de la branche. Dans la mesure où le salaire effectivement obtenu est nettement inférieur (10.90 %) au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral et que rien au dossier ne laisse supposer qu'il désire s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des revenus à comparer. La valeur statistique du revenu d'invalidé sera donc réduite de 5.90 % (cf. supra 2f par. 4). Il convient de relever enfin que les possibilités théoriques de développement personnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues (cf. arrêt TF 9C_29/2012 du 27 juin 2012), ce n'est pas le cas en l'espèce. L'assuré s'est borné à une argumentation abstraite et aucun indice concret de développement personnel ou d'avancement ne ressort du dossier. bb) S'agissant du revenu d'invalidé, à défaut d'activité

adaptée exercée, il sied de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, année 2010, et de l'indexer à 2013, à savoir à l'année de la décision entreprise. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit, pour cette année-là, CHF 4'901.- par mois (TA1, hommes, niveau de qualification 4). Cette manière de procéder est conforme à la jurisprudence constante du TF, tant en ce qui concerne le fait de se référer à ces statistiques de l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 126 V 75) que de tenir

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 compte, en cas de travaux légers et répétitifs seuls exigibles de la part de l'assuré, du total des salaires pour hommes ou femmes, tous domaines confondus, dans le secteur privé (cf. arrêt TF 8C_187/2015 du 20 mai 2015 consid. 3.2.3.1 qui confirme l'arrêt de principe à cet égard U 240/99 du 7 juillet 2001 publié in RAMA 2001 p. 347). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41.7 heures; la Vie économique, Tableau B 9.2 Durée hebdomadaire normal du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à CHF 5'109.30, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 61'311.50. Indexé à 2013 selon l'indice des salaires nominaux de la branche ($[61'311.50 + 1\% + 0.8\% + 0.8\%]$); cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'OFS, T39, salaires nominaux, hommes), on obtient un revenu annuel pour 2013 de CHF 62'919.40. En raison du parallélisme des revenus et de l'incapacité de travail dans les activités de substitution, ce salaire théorique doit être réduit de 5.90 % (cf. supra 4b)aa), de sorte que le salaire annuel d'invalidé s'établit à CHF 59'207.15. Après déduction du taux de diminution de rendement (maximal) de 30 % retenu par le Dr Q._____ dans son rapport d'expertise otoneurologique du 21 février 2011, on aboutit à un revenu annuel d'invalidé de CHF 41'445.-. La Cour de céans estime que, dans la présente espèce, il n'y a pas lieu d'opérer une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé au titre de désavantage salarial. En effet, en ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (cf. arrêts TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2; 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références citées). Il faut noter par ailleurs que le recourant n'a bénéficié d'une rente entière qu'à titre provisoire, jusqu'à ce que sa situation clinique se stabilise sur le plan rhumatologique. cc) De la comparaison des revenus ($[41'445 \times 100 / 45'311.70] - 100$), il résulte une invalidité de 8.5 %, vraisemblablement depuis avril 2010 (cf. expertise rhumatologique du

E. 9

décembre 2011 du Dr I._____, lequel rapporte des informations émanant de l'assuré lui-même en lien avec son épaule gauche) mais au plus tard à partir de décembre 2011 (date de ladite expertise). Au 4 juin 2013, le recourant n'avait donc effectivement plus droit à une rente de l'assurance-invalidité. 5. a) Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée dans son résultat, tant en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité pour 2006 et 2007, qu'en ce qui a trait à la suppression de la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er septembre 2008. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas perçus dans la mesure où l'assistance judiciaire totale gratuite lui a été octroyée. b)

Conformément aux art. 145 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 8 mai 2015 par Me Bussey, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle ce dernier a droit à CHF 4'707.-, à savoir 26 heures 5 minutes à 180 francs de l'heure (le temps consacré à

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 l'examen des deux décisions de restitution et d'une éventuelle demande de remise n'est pas pris en compte), plus CHF 117.80 au titre de débours (les frais relatifs à l'examen des deux décisions de restitution et d'une éventuelle demande de remise ne sont pas pris en compte), plus CHF 386.- au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 5'210.80 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas perçus, A._____ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. III. L'indemnité allouée à Me Michel Bussey, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 4'707.-, plus un montant de CHF 117.80 au titre de débours, plus CHF 386.- au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 5'210.80. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Communication. 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 19 octobre 2015/YHO Présidente Greffier-stagiaire

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