

FR_GERICHTE 605 2013 20 vom 30. Januar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_20

FR: FR_GERICHTE 605 2013 20 du 30 janvier 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 20 del 30 gennaio 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 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 de la loi fédérale 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 fédérale du 6 octobre 2000 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. Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). b) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en

établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). Si l'assuré a travaillé dans une branche qui, en tant que telle, paie des salaires en dessous de la moyenne, alors il faut admettre en principe que, sans invalidité, il aurait continué son activité dans cet emploi et qu'il aurait réalisé un revenu en dessous de la moyenne. Si l'on peut sans autre exiger de lui à la suite de l'atteinte à sa santé de changer d'emploi, on peut quand même se fonder en règle générale sur le total pour le calcul du revenu d'invalidité. Ce faisant, il y a cependant lieu de tenir compte pour le revenu d'invalidité des facteurs étrangers à l'invalidité qui ont fait que l'assuré a obtenu un revenu en dessous de la moyenne dans la branche précédente dans laquelle on peut penser qu'il serait resté (arrêt du Tribunal fédéral 9C_488/2008 du 05.09.2008, consid. 6). En outre, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (arrêt U 87/05 du 13 septembre 2005, in RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du Tribunal fédéral I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du Tribunal fédéral I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5 p. 78 ss). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si des rapports médicaux sont par exemple contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a

lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt du Tribunal fédéral U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Finalement, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2, 9C_454/2008 du 27 février 2009 consid. 2.2, 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). d) 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. L'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 aRAI (cf. art. 87 al. 2 RAI; ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force 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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Selon la jurisprudence, l'administration – lorsqu'un motif de révision est donné – examine le droit à la rente dans les faits et dans le droit de manière exhaustive ("bilatérale") et n'est pas liée par ses appréciations précédentes. Il n'est pas nécessaire qu'une modification de fait mène à une nouvelle fixation de la rente d'invalidé; au contraire il se peut que, pendant l'examen du droit à la rente, d'autres éléments mènent à une augmentation, une diminution ou une annulation de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Ainsi, le revenu de valide en tant que valeur dans la comparaison des revenus est, dans le cadre d'une révision de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, librement réexaminable, lorsque les pièces au dossier ou les allégués des parties le permettent. Dans cette affaire, le Tribunal administratif fédéral avait considéré ne pas être lié par son précédent arrêt dès lors

que la force de chose jugée de celui-ci ne s'appliquait qu'à la période déterminante temporelle soumise à l'examen à l'époque et non pas à la réduction de rente ultérieure (arrêts du Tribunal fédéral 9C_163/2008 du 1er juillet 2008 consid. 3.3 et les références citées et 9C_721/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3, lequel ne tranche pas la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 question de savoir si cet arrêt a valeur de précédent; cf. ég. I 176/04 du 20 septembre 2004 entre les mêmes parties).

E. 3

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré au point de passer d'une rente entière à un trois-quarts de rente. La diminution de rente est intervenue à l'issue d'une procédure de révision d'office. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de l'octroi de la rente entière, par décision du 18 juillet 2011 avec ceux prévalant au moment de la décision attaquée, le 11 janvier 2013. En d'autres termes, il sied de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain dans la mesure indiquée ci-dessus. a) Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler pour quels motifs un trois-quarts de rente a été accordé à l'assuré par décision initiale du 20 février 2006, confirmée par la décision sur opposition du 21 novembre 2006 et l'arrêt du Tribunal cantonal du 8 mai 2009 (cf. dossier OAI, pièce 202), entré en force. La Cour avait alors considéré que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2006, émanant de la polyclinique C. _____ et comportant des volets psychiatriques, neuropsychologiques et rhumatologiques (dossier OAI, pièce 147), et celles de la Dresse D. _____, spécialiste FMH en médecine du travail, du SMR, dans son rapport du 7 février 2006 (dossier OAI, pièce 150) avaient entière force probante. Les experts, de même que la Dresse D. _____, retenaient, comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail les atteintes suivantes : "hématorne thalamique postéro-latéral gauche avec hémisyndrome sensitif et ataxique droit, dysesthésie hémicorporelle droite à prédominance du membre inférieure et quadransopie homonyme latérale inférieure droite", "fatigue chronique", "céphalées secondaires" et "coxarthrose bilatérale polaire supérieure prédominant à gauche" (dossier OAI, pièces 147 et 150). Sur cette base, la Cour avait considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité de 60%, avec une diminution de rendement de 10%, et qu'une activité d'ouvrier dans la production industrielle légère – comprenant notamment l'emballage, le conditionnement de pièces légères, l'étiquetage et le magasinage léger – pouvait être exigée de sa part. Une telle activité adaptée devait permettre une alternance des positions et des changements d'activités, ne pas demander d'effort physique important et un effort de concentration prolongé. La Cour avait également tenu compte du ralentissement intellectuel, de la fatigabilité, de l'atteinte neurologique prédominante, avec des troubles rhumatologiques encore peu invalidants. A l'époque, le médecin traitant du recourant, le Dr E. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, appréciait son incapacité de travail à 80%, notamment dans un certificat médical du 13 décembre 2006. Le médecin estimait alors qu'outre les séquelles de son accident vasculaire, son patient présentait "une coxarthrose bilatérale plus marquée du côté gauche, mais symptomatique des deux côtés, entraînant des difficultés à la marche après 50 mètres et empêchant la position debout prolongée" (dossier OAI, pièce 178). Cependant, la Cour avait, entre autres, retenu que la coxarthrose bilatérale du recourant avait déjà été prise en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail par les experts et le médecin SMR. Partant, cette opinion n'avait pas emporté sa conviction. b) A la suite d'une

procédure de révision d'office initiée en juillet 2009, l'OAI a, par projet de décision du 19 avril 2011 et par décision du 18 juillet 2011, octroyé une rente entière à l'assuré dès le 1er février 2010. Selon lui, les investigations médicales réalisées avaient révélé que l'assuré subissait une incapacité de travail complète dans toute activité professionnelle. Cette décision est entrée en force de chose décidée.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Dans un questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité, rempli le 1er septembre 2009, l'assuré avait indiqué une aggravation de son état de santé depuis 2004 en raison de douleurs aux hanches, à la jambe droite, au-dessous du pied, à la tête et au genou droit (dossier OAI, pièce 213). Dans son rapport du 23 septembre 2009, le Dr E. _____ indiquait, pour sa part, que l'assuré était en incapacité totale de travailler dans toute activité en raison des coxalgies, déjà présentes précédemment, lesquelles s'étaient aggravées et nécessitaient la mise en place de prothèses totales de hanches (dossier OAI, pièce 216). Par courrier du 25 février 2010, l'assuré a rappelé à l'OAI que son état de santé s'était aggravé début décembre 2009. Pour ce motif, après discussion avec le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, la mise en place de prothèses de hanches a été décidée, dans un premier temps, sur la hanche gauche, puis, dans un second temps, sur celle de droite (dossier OAI, pièce 218). En l'absence d'éléments concrets sur l'état de l'assuré, le SMR a conseillé la mise en œuvre d'un examen (rapport du 21 avril 2010, dossier OAI, pièce 222). Dans son rapport d'examen du 1er juin 2010, la Dresse D. _____ a retenu que "l'assuré présente une aggravation momentanée de son état de santé en lien avec l'évolution de la coxarthrose bilatérale [...]. Compte tenu de cette évolution et de la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, l'assuré est en incapacité de travail de 100% depuis le 1er décembre 2009. En l'absence de complications, cette incapacité de travail peut être attestée jusque fin 2010 avant de revenir à l'état antérieur, sauf en cas de nouvelle intervention sur la hanche droite comme prévue, ce qui lui prolongerait l'incapacité d'environ 8 mois après l'opération en l'absence de complications" (dossier OAI, pièce 234). Ce rapport, réalisé après une première intervention à la hanche gauche en avril 2010, est conforme aux réquisits jurisprudentiels. Il n'y a ainsi pas lieu de mettre en doute sa valeur probante. En effet, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, dès lors que la doctoresse a eu accès au dossier médical détenu par l'OAI et avait déjà, à plusieurs reprises, examiné le dossier du recourant dans le cadre de son mandat de médecin SMR. La doctoresse mentionne également les plaintes du recourant, relevant que celles-ci n'avaient été que peu modifiées. Elle se base également sur un examen clinique du 31 mai 2010 ainsi que des radiographies des hanches présentes dans le dossier. De plus, ses conclusions sont dûment motivées. Ce rapport est, finalement, confirmé par celui du Dr F. _____ du 20 janvier 2011, lequel indique que le recourant est en voie de réhabilitation sans préciser un terme à l'incapacité de travail (dossier OAI, pièce 244), et du Dr E. _____ du 14 février 2011, lequel relève une incapacité totale de travailler en raison de la mise en place d'une prothèse totale de hanche droite (dossier OAI, pièce 249). c) Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée a considéré que, huit mois après la seconde opération effectuée sur la hanche droite, sa capacité de travail antérieure avait été recouvrée. Elle se fonde pour cela sur un rapport du Dr G. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, du 26 octobre 2012. Le médecin y considère que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré suite à la pose de la deuxième prothèse de hanche et que la capacité de travail antérieure, soit 60% compte tenu d'une diminution de rendement de 10%, est à nouveau exigible depuis août 2011. Il fonde ses conclusions sur le fait que le patient a été opéré d'une prothèse de la deuxième hanche, aucune complication n'ayant été signalée, et

qu'il n'est plus suivi sur le plan orthopédique. Il estime que le rapport du médecin traitant n'a pas à être suivi, celui-ci attestant toujours d'une incapacité de travail totale depuis 2004. S'agissant des limitations fonctionnelles à respecter, il renvoie à son rapport du 7 février 2006, dans lequel il mentionnait: "contre indication de la conduite ou l'usage de machines", "éviter les positions statiques prolongées", "pas d'effort important" et "éviter les efforts de concentration prolongés" (dossier OAI, pièces 288 et 150).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Ce rapport médical a été établi sur la base du dossier assécurologique. A ce titre, il se fonde sur les différents rapports médicaux des médecins traitants de l'assuré, soit notamment les Drs F. _____ et E. _____, le rapport d'examen du 1er juin 2010 de la Dresse D. _____ ainsi que l'expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2006. Les appréciations médicales du Dr G. _____ ont, pour la plupart, été réalisées sur la base de rapports eux-mêmes fondés sur un examen de l'assuré. Bien que lesdits rapports aient été, à l'exception d'un seul, rédigés avant que les prothèses n'aient été posées, rien ne permet de considérer qu'ils aient perdu en pertinence. En effet, aucun élément au dossier ne mentionne la présence d'éventuelles complications suite aux opérations effectuées, au-delà des périodes de convalescence non contestées. Force est également de constater que les conclusions du Dr G. _____ ne sont pas contredites par les allégués de l'assuré et de son médecin traitant. En effet, dans le cadre de son opposition du 28 novembre 2012, le premier explicitait ses limitations, soit des maux de tête persistants, un acouphène et une diminution de l'audition du côté gauche, des difficultés à s'intégrer à une foule ou à demeurer dans un endroit fermé. Il faisait également part de douleurs constantes au membre inférieur droit (jambe, genou, mollet et sous le pied), malgré la pose d'une prothèse de hanche, ainsi qu'au bras et à l'épaule droites. Il indiquait consulter un ostéopathe tous les mois (dossier OAI, pièce 298). Or, la Cour relève que l'ensemble de ces plaintes étaient déjà avancées par le recourant en 2006. Ainsi, l'assuré soutenait déjà avoir des céphalées le contraignant à prendre des dafalgans durant le 70% du temps, une perte de l'ouïe de 30 à 40%, un sifflement permanent du côté gauche, et il déclarait déjà ne pas se sentir bien lorsqu'il devait être à l'intérieur. Il faisait aussi part de douleurs au membre inférieur droit, au bras et à l'épaule droites ainsi que le fait de consulter un ostéopathe tous les mois (rapport du premier entretien du 29 juin 2004, dossier OAI, pièce 81; expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2006, dossier OAI, pièce 147; opposition du 14 juin 2006, dossier OAI, pièce 170). En comparant les plaintes présentées en 2006 et celles présentées en 2012, celles-ci sont tout à fait semblables. En particulier, aucune péjoration de l'état de santé ne peut être relevée entre la situation ayant justifié l'octroi d'un trois-quarts de rente en 2006 et celle alléguée au moment de la décision attaquée. Dans son rapport du 30 avril 2012, le Dr E. _____ indique que l'état de santé de l'assuré est stationnaire. Comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, il retient des "séquelles d'AVC thalamique postéro-latéral gauche avec persistance d'une quadrascopie homonyme latérale inférieure droite, dysesthénie hémicorporelle droite à prédominance MI, fatigue chronique" ainsi qu'une "coxarthrose bilatérale sévère nécessitant la mise en place de prothèse totale de hanche à droite et à gauche". A son avis, l'incapacité de travail de son patient est totale (dossier OAI, pièce 275). Dans le cadre de la présente procédure, le médecin a précisé que la capacité de travail résiduelle était de 30% dans toute activité. A ses dires, l'accident vasculo- cérébral a laissé les "séquelles neurologiques suivantes: troubles du champ visuel sous forme d'une quadranopsie latérale homonyme droite, troubles de la sensibilité du MID avec douleurs de type neuropathique de cette extrémité, asthénie persistante". Il indique encore que la coxarthrose bilatérale a nécessité la mise en place de

prothèses totales de hanche des deux côtés (rapport du 29 janvier 2013, bordereau recourant, pièce 4). Cependant, la Cour constate que, tout en retenant des causes de limitations fonctionnelles semblables entre les deux rapports médicaux, le médecin retient une incapacité totale de travailler dans un premier temps, puis une capacité de travail résiduelle de 30% dans un second temps. Ces divergences ne sont pas justifiées par le médecin et apparaissent même comme une contradiction mettant en doute la pertinence de ces deux rapports médicaux. En outre, tous deux ne sont que sommairement motivés et ne comprennent aucun constat objectif. Tenant encore compte du fait

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 que ces rapports médicaux émanent du médecin traitant du recourant, ils ne peuvent emporter la conviction de la Cour de Céans. d) Au vu de ce qui précède, force est dès lors d'admettre que l'état de santé du recourant, qui justifiait depuis le mois de février 2010 l'octroi d'une rente entière, s'est amélioré huit mois après la réussite de l'opération de la hanche droite réalisée en janvier 2011, avec effet sur la rente trois mois plus tard, soit dès le mois de décembre 2011. Depuis lors, la capacité de travail du recourant, à défaut de nouvelles atteintes ou de l'aggravation des atteintes dont il souffrait, se recoupe avec celle qu'il présentait avant l'octroi d'une rente entière.

E. 4

Reste à déterminer le taux d'invalidité qui en découle. a) S'agissant du revenu d'invalidé, dès lors que l'assuré n'est, d'un point de vue unanime, plus en mesure d'exercer son ancienne activité, il n'y a pas lieu de tenir compte, dans ce cadre, du revenu qu'il gagnait avant son atteinte à la santé mais de fonder le revenu d'invalidé sur un salaire statistique dans une activité adaptée. L'OAI a considéré que l'assuré était apte à exercer une activité dans la production industrielle légère telle que, par exemple, l'emballage, le conditionnement de pièces légères, l'étiquetage et le magasinage léger. Il y a partant lieu de confirmer cette appréciation, dès lors qu'elle est conforme aux prescriptions médicales retenues. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, les statistiques moyennes du secteur privé, toutes branches économiques confondues (ESS 2010, TA1, total, niveau de qualification 4, hommes) retiennent un revenu de 4'901 francs. Une telle pratique est par ailleurs conforme à la jurisprudence, dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités simples et légères, la plupart de ces emplois étant adaptée aux limitations posées par les médecins (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Indexé pour l'année 2012 (1% pour 2011 et 0,8% pour 2012), ce montant est de 4'989 fr. 60. Fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle était de 41,7 heures en 2011, le salaire mensuel se monte à 5'201 fr. 66. Compte tenu de la capacité de travail réduite à 60% et d'une baisse de rendement attestée de 10%, le revenu d'invalidé équivaut à 2'808 fr. 90. Une réduction supplémentaire de 25%, a été octroyée par l'autorité intimée au titre de désavantage salarial. Cela constitue le maximum autorisé par la jurisprudence et, dans la mesure où ce rabatement est favorable à l'assuré, il n'y a pas lieu de s'y appesantir plus avant. Partant, le revenu mensuel brut avec invalidité se monte à 2'106 fr. 65 (2'808 fr. 90 – 25%), soit un salaire annuel de 25'280 fr. 05. b) S'agissant du revenu de valide, dans la décision sur opposition du 21 novembre 2006, l'arrêt du 8 mai 2009 et dans la décision actuellement litigieuse, il a été retenu que, pour l'année 2004, le recourant aurait pu réaliser un revenu annuel de 61'205 francs en prenant la moyenne de ses revenus annuels (indexés) qu'il a perçus en 2001 et 2002 dans le cadre de son activité indépendante de mécanicien constructeur. Ce montant est fondé sur les pièces comptables de l'entreprise H. _____, fournies par sa fiduciaire I. _____ SA, pour les

années 2001 et 2002 (dossier OAI, pièce 38). Dans le cadre du présent recours, l'assuré indique ne pas avoir contesté ces chiffres à l'époque mais que ceux-ci devraient être plus élevés. A l'appui de son allégué, il joint une attestation de sa fiduciaire, faisant part de résultats bruts de 78'410 fr. 96 pour l'année 2001 et de 76'447 fr. 79 pour l'année 2002. Ces résultats comprennent les cotisations versées à l'AVS et à la fondation LPP J._____.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Or, selon l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu, au sens de l'art. 16 LPGa, le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Les termes de cette disposition ont pour objectif fondamental une égalité entre la notion de revenu déterminant pour fixer le degré d'invalidité et celle de revenu soumis à l'obligation de cotiser. Pour la détermination du revenu réalisé par un indépendant selon l'art. 28 al. 2 LAI, contrairement au régime prévalant pour le calcul des cotisations, les dépenses et les revenus étrangers à l'invalidité sont ajoutés ou retirés, pour autant qu'ils ressortent des bilans de l'assuré ou de la comptabilité (cf. SVR 1999 IV 24 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 183/01 du 21 décembre 2001 consid. 2b). Ainsi, seules les cotisations sociales effectivement versées au cours d'un exercice commercial déterminé et déduites au titre de frais d'exploitation, à l'exclusion de cotisations comptabilisées comme amortissement ou passif transitoire, doivent être ajoutées au bénéfice d'exploitation. Il doit en aller de même avec les cotisations de la prévoyance professionnelle obligatoire ou facultative (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1066/06 du 25 septembre 2007 consid. 5.1). En l'espèce, il appert des extraits de comptes produits à l'appui du recours, que de telles cotisations ont été versées. Un tel versement ressort également, à tout le moins s'agissant des cotisations AVS, de l'extrait du compte individuel joint au dossier (dossier OAI, pièce 22). Partant il convient de prendre en considération les résultats bruts attestés par la fiduciaire présentés à l'appui du recours, soit 78'410 fr. 96 pour l'année 2001 et 76'447 fr. 79 pour l'année 2002. Ces montants peuvent être réexaminés ici, la force de chose de jugée de l'arrêt du 8 mai 2009 ne se rapportant qu'à la période alors examinée. Dès lors, compte tenu de l'indexation jusqu'à l'année 2012 (+ 1,8% pour 2002, + 1,4% pour 2003, + 0,9% pour 2004, + 1% pour 2005, + 1,2% pour 2006, + 1,6% pour 2007, + 2% pour 2008, + 2,1% pour 2009, + 0,8% pour 2010, + 1% pour 2011 et + 0,8% pour 2012), les revenus de l'année 2001 passent à 90'639 fr. 52 et ceux de l'année 2002 passent à 86'807 fr. 65. Le revenu sans invalidité qu'aurait perçu le recourant en 2012 s'élève donc à 88'723 fr. 60 $(90'639 \text{ fr. } 52 + 86'807 \text{ fr. } 65) / 2$. c) Sur le vu de ce qui précède, la perte de gain découlant de la comparaison des revenus se monte à 63'443 fr. 55 $(88'723 \text{ fr. } 60 - 25'280 \text{ fr. } 05)$. Il en résulte un taux d'invalidité de 71,51% $(63'443 \text{ fr. } 55 \times 100) / 88'723 \text{ fr. } 60$, arrondi à 72% (cf. ATF 130 V 121), ouvrant le droit à une rente entière.

E. 5

Pour le surplus, même si le recours déposé le 11 février 2013, complété par des contre-observations du 6 août 2013, devait en outre être interprété comme une requête de révision de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 8 mai 2009, au sens de l'art. 61 let. i LPGa, celle-ci devrait être déclarée irrecevable, le délai prescrit pour la déposer étant échu (art. 106 du code de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]), ou à tout le moins rejetée en raison de l'absence de faits ou moyens de preuve nouveaux (art. 61 let. i LPGa). En effet, l'arrêt du

E. 8

mai 2009 date de trois années avant dite requête; le délai de 90 jours n'est ainsi manifestement pas respecté. Si le recourant indique ne pas avoir contesté ces montants plus tôt en raison de son état de santé psychique, cette affirmation ne convainc pas la Cour. Il avait été, au moment de la décision initiale en 2006, à même de rédiger seul une opposition devant l'autorité intimée (dossier OAI, pièce 170) et un recours devant l'Instance de céans (dossier OAI, pièce 182). En tant que personne responsable des encaissements et de la facturation dans sa propre entreprise (cf. expertise, dossier OAI, pièce 141), il était en mesure de se rendre compte de ce que le résultat net de l'exercice ne comprenait pas les charges sociales. Il était en outre, en 2006, déjà en possession des pièces pertinentes, à savoir les comptes définitifs des années 2001 et 2002. Il était dès lors en mesure, déjà lors de la première procédure, de constater que les chiffres retenus par l'autorité intimée n'étaient pas complets.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 6. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision litigieuse modifiée, en ce sens que l'assuré continue à avoir droit à une rente entière au-delà du 1er mars 2013. Dans ces circonstances, il se justifie de mettre à la charge de l'autorité intimée des frais de justice fixés à 800 francs. Par conséquent, l'avance de frais de 800 francs versée par le recourant lui est restituée. la Cour arrête: I. Le recours de A. _____ est admis. Partant, la décision attaquée est modifiée en ce sens que l'assuré continue à percevoir une rente entière au-delà du 1er mars 2013. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de 800 francs, versée par le recourant, lui est restituée. 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 30 janvier 2015/pte Présidente Greffier

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