

FR_GERICHTE 605 2014 38 vom 22. März 2016

FR Kantonsgericht, 2016-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_38

FR: FR_GERICHTE 605 2014 38 du 22 mars 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 38 del 22 marzo 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 18

août 2011 la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Docteur D._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, à Vevey, ainsi qu'une expertise rhumatologique auprès du Docteur E._____, spécialiste FMH en médecine rhumatologique. Le 15 mars 2012, se référant notamment aux expertises rhumatologique, psychiatrique et aux rapports médicaux figurant au dossier, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision prévoyant le seul droit à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1er octobre 2010 au 29 février 2012. B. Par courrier du 29 mars 2012, A._____ signifie à l'OAI son désaccord avec son projet de décision du 15 mars 2012. Par ailleurs, il se réfère à sa correspondance du 14 mars 2012, dans laquelle il faisait part à l'autorité intimée de ses douleurs physiques, notamment aux articulations des genoux, des mains et du dos, qui se sont aggravées après la chimiothérapie et la radiothérapie, l'empêchant de soulever des charges lourdes, et mentionnait en outre ses diarrhées récurrentes, qui le rendaient inapte à exercer sa profession. Par décision du 5 février 2014, l'OAI a néanmoins confirmé le projet de décision du 15 mars 2012, tout en soulignant qu'aucun droit à une rente n'était reconnu à partir du 1er mars 2012. C. Dans son recours du 18 février 2014, l'assuré déclare ne plus être capable d'exercer une quelconque activité lucrative depuis sa première intervention chirurgicale. Il propose au surplus à l'OAI de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pour établir sa réelle capacité de travail. Le 3 mars 2014, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais fixée à 800 francs. Dans ses observations du 4 avril 2014, l'OAI propose le rejet du recours. Confirmant l'argumentation développée dans la décision attaquée, ce dernier précise que toutes les pièces utiles figurent déjà au dossier. Par l'intermédiaire de Me Charles Munoz, avocat, nouvellement contacté, le recourant a déposé ses contre-observations par courrier du 26 mai 2014, et a conclu sous suite de frais et dépens, à l'admission de son recours, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 pour complément d'instruction afin de déterminer sa capacité de travail et de gain. Son degré d'invalidité devrait être réévalué à tout le moins depuis le 1er mars 2012. Par courrier du 24 juin 2014, l'OAI indique qu'il considère que l'investigation de son état de santé est complète et que, dès lors, une expertise supplémentaire n'est à son sens pas nécessaire. F._____, au nom de la Fondation G._____, a renoncé à se déterminer sur le présent litige par courrier du 4 novembre 2015. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à

la solution du litige. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 raisonnablement exigibles (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi- rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indiquant que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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 (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). c) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 3. 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 les rapports médicaux sont 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). 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). En outre, 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). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. En vertu de 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b; VSI 2000 p. 314 et les références citées). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (cf. arrêt TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2 et les références citées). 5. Est en l'espèce litigieux le droit à la rente du recourant au-delà du 1er mars 2012. Ce dernier s'estime désormais totalement incapable de reprendre son ancien emploi, ainsi qu'une quelconque autre activité et sollicite de la part de l'OAI

qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre afin d'évaluer son état de santé et sa capacité de travail. L'OAI considère pour sa part que son assuré n'a droit qu'à une rente limitée dans le temps et que l'instruction relative à son état de santé et sa capacité de travail est suffisante et complète. Il s'agit en l'occurrence de se référer au dossier afin de vérifier si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point qu'il n'ait plus droit à une rente depuis le 1er mars 2012. a) Situation socioprofessionnelle et médicale au moment de l'octroi de la rente Né en 1954, le recourant a seulement effectué 4 années d'école primaire et n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle. Il a exercé une activité d'ouvrier dans le domaine du bâtiment à C. _____ depuis l'âge de 11 ans, avant d'arriver en Suisse en 1986, pour y travailler d'abord dans l'agriculture, puis comme peintre durant une vingtaine d'années. Ainsi, pendant plus de quarante ans le recourant a travaillé dans le domaine de la construction (cf. expertise médicale du Dr E. _____, dossier OAI, p. 179). Le 26 juin 2009, on lui diagnostique un cancer du colon et il est mis en arrêt total de travail dès le

E. 22

septembre 2009 par le Dr H. _____ pour la prise en charge de sa pathologie oncologique. Il ressort du rapport médical non daté du Dr I. _____, employé par l'Hôpital fribourgeois, que l'assuré souffre d'un adénocarcinome moyennement différencié du rectum qui a été soigné à l'aide d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie adjuvante pendant les mois de novembre et décembre 2009, après la mise en place d'un porte-à-cat le 30 octobre 2009. Le recourant dépose une demande de prestations à l'OAI le 10 février 2010.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Le 16 mars 2010, le Dr H. _____, médecin généraliste FMH, relève dans son premier rapport à l'attention de l'OAI, que son patient est en incapacité de travail provisoire à cause de la prise en charge de sa pathologie oncologique. Selon lui, l'activité de peintre ne sera plus exigible pendant un certain temps, puis l'assuré pourra l'exercer à nouveau en limitant provisoirement le port de charges lourdes et les mouvements répétitifs touchant l'abdomen. Dans un rapport du 16 août 2010, le même médecin indique que l'état de santé est stationnaire depuis le début de la maladie, à savoir juin 2009. Il précise encore qu'il n'y a pas de changements de diagnostics, mais que le patient a bénéficié d'une fermeture d'iléostomie après résection d'un adénocarcinome le 17 février 2010, qui a connu des complications, à savoir une surinfection locale justifiant une nouvelle hospitalisation. Il mentionne néanmoins que cela ne devrait pas influencer la capacité de travail de l'assuré. Dans un rapport médical du 25 octobre 2010 à l'attention de l'OAI, le Dr I. _____ relève que son patient peut exercer son activité lucrative pendant 8 heures par jour et précise qu'en principe il ne devrait pas y avoir de diminution de rendement. Dans un nouveau rapport médical du 27 octobre 2010, le Dr H. _____ constate une amélioration progressive de l'état de santé général avec toutefois une persistance des troubles digestifs et des douleurs ostéo-articulaires multiples au niveau du dos et des épaules qu'il pense être liées à une perte de la capacité musculaire. Il précise au surplus que le recourant a essayé de reprendre son activité lucrative à 50% dès le 25 octobre 2010, mais que cette reprise a été très difficile en raison de ses douleurs ostéo-articulaires. Ce dernier a dès lors bénéficié d'un nouvel arrêt de travail à 100%. Ce médecin envisage néanmoins une reprise de travail à 100%, mais en augmentant par paliers au vu de l'emploi physique exercé par son patient. Le 30 novembre 2010, il indique que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et que la date pour une éventuelle reprise de l'activité professionnelle est prévue pour le 22 novembre 2010. Suite à la demande de l'OAI, le

Service médical régional des Offices AI (ci-après SMR) a établi un rapport le 17 décembre 2010 et retenu que la capacité de travail de l'assuré était totale à partir du

E. 25

octobre 2010, estimant que le déconditionnement relevé par le Docteur H. _____ n'était pas une maladie invalidante et que ce dernier devait mettre en œuvre sa volonté pour se reconditionner afin de limiter le dommage. Le médecin du SMR a par ailleurs mis en évidence le fait que l'oncologue avait également attesté de la capacité de travail entière de l'assuré dans son activité professionnelle habituelle. Le recourant a consulté, le 17 août 2011, le Dr J. _____, spécialiste FMH, au service de rhumatologie à Fribourg en raison de la recrudescence, sans facteur déclenchant, de douleurs lombo-sacrées, de gonalgies et de douleurs au niveau des mains associées à une tuméfaction et une raideur matinale, en relation avec des efforts physiques. Il ressort de son rapport du 22 mai 2011, que « le bilan de laboratoire montre une VS à 24, une CRP à 6.4 mais ne montre pas de facteurs rhumatoïdes ni d'anticorps anti-CCP positifs. Les marqueurs tumoraux sont négatifs. La scintigraphie osseuse montre une hypercaptation au niveau des petites articulations des deux mains faisant évoquer une éventuelle polyarthrite rhumatoïde. Le diagnostic différentiel se pose avec une Polyarthrose et une chondrocalcinose ou un syndrome paramyoplasique. La radiographie des genoux et du bassin montre des troubles dégénératifs sans image de chondrocalcinose. Il propose un traitement symptomatique tout en continuant une surveillance clinique et une éventuelle échographie des mains. La poursuite de la médication d'AINS est de mise. »

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Dans un nouveau rapport du 5 août 2011, le Dr H. _____ mentionne que l'état de santé de son patient s'est aggravé. En effet, ce dernier a toujours des troubles digestifs se traduisant par des diarrhées et des constipations en alternance. Par ailleurs, suite à ses plaintes, le Dr Stadler a effectué une dilatation d'une sténose de l'anastomose le 21 mars 2011. Le médecin traitant mentionne également des lombalgies chroniques diurnes et nocturnes avec syndrome lombo-vertébral chronique probablement multifactoriel, trouble statique et dégénératif du rachis, coxarthrose bilatérale, probable syndrome douloureux chronique. Dès lors, il a proposé à l'OAI de mettre en œuvre une évaluation psychiatrique, car son patient se sentait incapable de reprendre une activité professionnelle. En date du 18 août 2011, l'OAI mandate deux experts pour réaliser une expertise bidisciplinaire afin de préciser le diagnostic, les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail. Dans son expertise du 26 octobre 2011, le Dr D. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH, à Vevey, « a pris bonne note du rapport médical du médecin traitant qui envisage un diagnostic incapacitant de probables syndromes douloureux chroniques que, pour sa part, il ne retiendra pas en l'absence d'une grande intensité et de détresse. De plus, l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne permettent pas d'envisager d'aspect incapacitant de cet hypothétique syndrome douloureux chronique. Par ailleurs, son examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Il n'a dès lors pas d'autre diagnostic à proposer. Sur le plan psychiatrique, il peut donc conclure que l'examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'atteinte à la capacité de travail de longue durée. » Dans son rapport d'expertise du 7 novembre 2011, le Dr E. _____, spécialiste FMH en

rhumatologie, à Vevey, a constaté « la présence d'une part d'un syndrome lombo- vertébral et d'autre part un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire associé à des omalgies D d'accompagnement. Il présente également des douleurs de mains imputables à une probable pré-arthrose. L'ensemble de la Symptomatologie s'inscrit cependant en avant-plan d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec présence de douleurs polyinsertionnelles et 3/5 signes de non organicité selon Wadell. A son avis, le bilan radiologique est rassurant, il n'y a pas de trouble dégénératif significatif et ne permet pas à elle-seule d'expliquer l'ampleur de la Symptomatologie douloureuse. Seules les douleurs, facteurs subjectif et propre à chaque individu, qui se sont exacerbées suite à l'opération de février 2010, sont imputables à la diminution du seuil de déclenchement à la douleur. D'un point de vue interdisciplinaire et après discussion avec le Dr D. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, ils estiment la capacité de travail de l'assuré dans son activité antérieure à 80% et dans une activité adaptée de 100%. Selon l'avis des deux experts, le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant. » Dans son rapport du 18 janvier 2012, le médecin du SMR constate que « l'expertise rhumatologique confirme le déconditionnement somatique. L'assuré a un excès pondérant significatif, un syndrome douloureux sans comorbidité psychiatrique, une maladie cancéreuse en rémission. Il n'y a pas d'atteinte psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail ». Il relève au surplus que « les deux expertises confirment le bien-fondé de la reprise de travail ordonnée par le Dr H. _____ pour le 25 octobre 2010. Dans l'intervalle, l'assuré aurait dû

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 remplir son devoir de limiter le dommage et se reconconditionner physiquement. Les deux experts ont estimé que dans l'activité d'aide peintre, la capacité de travail du recourant était de 80%, et dans une autre activité adaptée, de 100% avec plein rendement. » Au vu de l'expertise médicale bidisciplinaire et du dossier de l'assuré, l'OAI a rendu un projet de décision le 15 mars 2012, prévoyant l'octroi d'une demi-rente limitée au taux de 50% du 1er octobre 2010 au 29 février 2012. Par courrier du 29 mars 2012, l'assuré a informé l'OAI de son objection à son projet de décision du 15 mars 2012, indiquant qu'il ne pouvait plus exercer son métier en raison de ses problèmes d'articulations aux genoux, aux mains et de ses diarrhées récurrentes. b) Evolution de la situation médicale du recourant depuis le 1er mars 2012 Suite au projet de décision de l'OAI, le Dr H. _____ a établi un nouveau rapport médical le 6 juin 2012, indiquant que « l'évolution globale actuelle de l'assuré était défavorable avec une baisse de l'état général liée à une récurrence de douleurs abdominales importantes associées à des hémorragies digestives basses qui étaient réévaluées par le Service de chirurgie de l'hôpital cantonal de Fribourg. Dans le même axe, il décrit la persistance de ses diarrhées extrêmement importantes et fluctuantes qui lui imposent très rapidement de se déplacer aux WC et qui selon lui sont actuellement une limitation importante pour un travail quelconque. Les dorso-lombalgies présentes sont fluctuantes, mais en aggravation et favorisées effectivement par le déconditionnement du patient. » Le Dr K. _____, chef de clinique de l'Hôpital cantonal de Fribourg, a établi un rapport suite à la demande de l'OAI, basé sur sa consultation privée du 24 avril 2012 avec l'assuré après son hospitalisation du 31 octobre au 8 novembre 2011 en raison d'une triple hernie incisionnelle symptomatique. Le Dr K. _____ relève que l'état de santé de ce dernier s'est amélioré et qu'au niveau chirurgical, il n'existe aucun diagnostic impactant sur la capacité de travail. Dans un nouveau rapport du 13 février 2013, le Dr H. _____ précise que l'état de santé de son patient s'est encore aggravé. En effet, il a connu une récurrence de rectorragies en juin avec

nouvelle recto-sigmoïdoscopie le 5 juin 2012 qui montrait la persistance d'un œdème et d'un érythème sur le moignon rectal. Il a de plus subi une nouvelle hospitalisation du 20 août au 10 septembre 2012 pour un iléus mécanique de l'intestin grêle sur bride. Il a ensuite eu un abcès de la plaie abdominale avec fermeture de la paroi abdominale le 8 septembre 2012. L'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé du 21 au 26 septembre 2012 pour une récurrence d'iléus transitoire de l'intestin grêle et a connu une dernière hospitalisation du 18 au 25 octobre 2012 pour un iléus de l'intestin grêle transitoire, sepsis biliaire sur cholécystite aiguë et passage de calcul. Le Dr H. _____, dans son rapport du 22 mai 2013, indique à l'OAI que son patient est toujours en arrêt de travail à 100% et qu'à son avis, la capacité de reprise de travail est nulle compte tenu des troubles digestifs et des douleurs dorsolombaires de l'assuré. Il précise au surplus qu'il lui semble illusoire d'effectuer une réinsertion professionnelle adaptée chez ce patient. Dans un nouveau rapport du 3 juin 2013, le même médecin mentionne que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé suite à un status après cholécystectomie par voie sous costale à droite le 11 mars 2013 et s'est encore détérioré à la suite d'un abcès de paroi et d'un iléus grêle. Il relève au surplus que le status abdominal est identique hormis une faiblesse musculaire abdominale de plus en plus importante suite aux différentes interventions et une persistance de troubles du transit avec des diarrhées régulières. Enfin, au niveau du dos, le recourant n'a pas pu effectuer les séances de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 physiothérapie adaptée à cause de ses diarrhées récurrentes et a ainsi encore perdu de la force et de la musculature. Dans son rapport du 6 août 2013, le médecin du SMR estime « que seules les diarrhées régulières peuvent constituer une limitation fonctionnelle supplémentaire et seraient susceptibles de diminuer le rendement et indirectement l'incapacité de travail de l'assuré. » Selon ce dernier, l'évolution de la capacité de travail de l'assuré reste inchangée depuis le projet de décision de l'OAI du 15 mars 2012. Le médecin du SMR, dans son nouveau rapport du 13 novembre 2013, retient que les éléments énoncés par le médecin traitant ne permettent pas de comprendre précisément de quelle manière ils se répercutent significativement sur la capacité de travail. Il ne lui est donc pas possible de conclure à une modification de l'état de santé de l'assuré sans qu'un risque d'absentéisme important soit médicalement justifié. Il confirme ainsi la validité de ses derniers rapports, tout en relevant une incapacité totale du recourant en raison de l'opération du 11 mars 2013, d'une durée de deux mois au maximum. Se basant sur les deux derniers rapports du médecin du SMR et estimant l'instruction terminée, l'OAI a par décision du 5 février 2014 confirmé son projet de décision du 12 mars 2012. 6. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans relève que d'un point de vue physique, les différents médecins et experts consultés ne s'accordent ni sur les atteintes subies ni sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré. S'agissant des atteintes, il convient de relever que les problèmes digestifs de l'assuré n'ont pas été suffisamment investigués. L'expertise bidisciplinaire de novembre 2011, sur laquelle s'est avant tout basé l'OAI pour rendre sa décision du 5 février 2014, porte principalement sur les atteintes psychiatriques et somatiques de l'assuré. Ces experts n'ont pas réellement examiné les troubles digestifs du recourant et notamment leur impact sur sa capacité de travail. De son côté, le médecin du SMR ne mentionne même pas les affections digestives de l'assuré dans son rapport du 18 janvier 2012. Toutefois, dans son rapport du 6 août 2013, il indique que « seules les diarrhées régulières peuvent constituer une limitation fonctionnelle supplémentaire et seraient susceptibles de diminuer le rendement et indirectement la capacité de travail de l'assuré. » Par ailleurs, dans son dernier rapport, il

relève que le médecin traitant a constaté une faiblesse de paroi abdominale progressive au vu des interventions effectuées et de diarrhées persistantes, ainsi qu'une augmentation des douleurs dorso-lombaires, justifiant ainsi l'incapacité totale de travail. Malgré les constatations du Dr H. _____, le médecin du SMR s'est contenté de mentionner que les éléments énoncés par le médecin traitant ne permettaient pas de comprendre précisément de quelle manière ces troubles digestifs se répercutaient significativement sur la capacité de travail et a confirmé ainsi les conclusions de ses précédents rapports sans investigations complémentaires de la répercussion des problèmes digestifs de l'assuré sur sa capacité de travail. Or, l'OAI aurait dû éclaircir sur un plan médical la question de la limitation fonctionnelle liée aux problèmes digestifs du recourant avant de rendre sa décision, au vu notamment, des rapports du médecin traitant qui, depuis le 5 août 2011, relève que l'état de santé de son patient ne cesse de s'aggraver.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, d'emblée, la Cour de céans relève que l'OAI a reconnu le droit à une demi-rente à l'assuré uniquement pour la période allant du 1er octobre 2010 au 29 février 2012. Toutefois, la situation paraît à tout le moins avoir évolué défavorablement pendant les années 2012 et 2013. L'état de santé du recourant se serait en effet aggravé à partir du mois de juin 2012, avec la récurrence de rectorragies en juin et une nouvelle recto-sigmoïdoscopie le 5 juin 2012, suivie de plusieurs hospitalisations. Le médecin du SMR l'a lui-même indiqué dans sa prise de position du 6 août 2013 que les diarrhées régulières pouvaient constituer une limitation fonctionnelle supplémentaire et seraient susceptibles de diminuer le rendement et indirectement la capacité de travail. A la lumière de ce qui précède, il y a lieu de souligner que la situation médicale ne s'est guère améliorée depuis le 1er mars 2012, mais pourrait bien au contraire s'être encore détériorée comme l'indique le médecin traitant dans ses derniers rapports. Par ailleurs, au vu de toutes les interventions chirurgicales subies par le recourant depuis l'année 2009 en lien avec ses troubles digestifs et ses périodes de diarrhées incessantes et de constipation, la Cour peine à comprendre pourquoi l'OAI n'a pas cherché à déterminer l'impact de ses problèmes digestifs sur la capacité de travail. Les atteintes probablement à l'origine de l'octroi d'une demi-rente semblent donc toujours bien présentes et continueraient à produire des effets. Par ailleurs, l'on peut se demander si celles-ci ne limitaient pas davantage la capacité de travail, et ce, dès la demande de rente. Les seules expertises rhumatologique et psychiatrique ne portent en outre que sur la période allant de la fin septembre 2009 à novembre 2011. Partant, force est de constater que l'affaire n'a pas été suffisamment instruite. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise gastroentérologique est nécessaire. Une brève actualisation des expertises rhumatologique et psychiatrique semble également utile. Ces nouveaux renseignements devront permettre dans un premier temps de réévaluer le degré d'invalidité du 1er octobre 2010 au 29 février 2012, puis de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est réellement amélioré depuis le 1er mars 2012, de clarifier les atteintes subies par ce dernier, au demeurant proche de l'âge de la retraite, et leur incidence sur sa capacité de travail. 7. Le recours doit ainsi être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. a) Des frais de justice, fixés à 800 francs, doivent être mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant effectuée par le recourant lui est restituée. b) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relative du litige, des opérations nécessaires effectuées par son mandataire qui est intervenu relativement tard dans la présente procédure, il se justifie de fixer exceptionnellement l'équitable indemnité à

laquelle il a droit par un forfait de 2'700 francs, TVA de 8% comprise, ce qui prend en considération les quelques courriers, les contre-observations, ainsi que la prise de connaissance du dossier par son avocat. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais de 800 francs est restituée au recourant. IV. Il est alloué au recourant une équitable indemnité de partie, fixée à 2'700 francs et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. V. 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 22 mars 2016 /smt Président Greffière

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