

# **FR\_GERICHTE 605 2014 93 vom 27. Januar 2016**

FR Kantonsgericht, 2016-01-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2014\\_93](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_93)

FR: FR\_GERICHTE 605 2014 93 du 27 janvier 2016

IT: FR\_GERICHTE 605 2014 93 del 27 gennaio 2016

## **Regeste**

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

## **Erwägungen**

### **E. 25**

mars 2014 auprès du Tribunal cantonal. Il conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision entreprise, ainsi que, principalement, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance- invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, sous suite de frais et dépens; l'intéressé requiert, au demeurant, l'octroi de l'assistance judiciaire totale gratuite pour la procédure de recours. Le recourant reproche à l'OAI d'avoir constaté les faits pertinents de manière inexacte et incomplète, d'avoir retenu à tort qu'il lui était possible d'exercer une activité à 50 % et de ne pas avoir suffisamment tenu compte de ses limitations fonctionnelles lors de la fixation du taux de réduction au titre de désavantage salarial. Par décision incidente du 28 mai 2014, la greffière-rapporteuse déléguée à l'instruction a admis la demande (605 2014 94) d'assistance judiciaire totale gratuite pour la procédure de recours déposée par le recourant, a dispensé ce dernier de l'avance de frais de justice et a désigné le mandataire choisi en qualité de défenseur d'office. Dans ses observations du 31 juillet 2014, l'OAI propose le rejet du recours. L'office expose que la cause a été instruite à satisfaction, souligne que la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50 % est déjà généreuse et fait valoir que la réduction de 10 % au titre de désavantage salarial prend en compte toutes les limitations fonctionnelles du recourant. Dans ses contre-observations du 2014, le recourant persiste dans son argumentation et confirme implicitement ses conclusions. L'autorité intimée, par écriture du 3 novembre 2014, renonce à se déterminer plus avant et déclare maintenir ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 en droit 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. 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 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. 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). b) 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). Bien que les rapports d'examen réalisés par un service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) en vertu de l'art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 de la Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH; RS 0.101), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (arrêt TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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

## E. 29

novembre 2007 consid. 9.2; cf. également les arrêts TF 8C\_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1 et 9C\_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). Le rapport d'expertise du 28 janvier 2013 et les prises de position des 15 juillet, 14 octobre 2013 et 8 janvier 2014 de la Dresse N.\_\_\_\_\_ se fondent sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que le médecin ait personnellement reçu le recourant. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées par ce dernier et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, même si l'experte a dans un premier temps – dans le rapport d'expertise du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 28 janvier 2013 – expressément réservé son appréciation médicale sur la capacité de travail du recourant au regard du fait que la situation clinique n'était pas stabilisée sur le plan lombaire, elle a dans un second temps – dans sa prise de position du 14 octobre 2013 – retenu de manière claire et univoque que l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % avec un rendement conservé dans une activité de substitution adaptée. Aussi l'examen du SMR satisfait-il entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Partant, bien que le rapport d'examen réalisé par la Dresse N.\_\_\_\_\_ du SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soit pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et ne soit pas soumis aux mêmes exigences formelles, il sied de lui accorder la même valeur probante qu'une expertise (cf. supra 2b). Elle a en outre par la suite confirmé sa position après que d'autres rapports médicaux ont été versés au dossier. L'appréciation et les conclusions médicales la Dresse N.\_\_\_\_\_ sont au demeurant partagées par le Dr C.\_\_\_\_\_ – interniste et médecin traitant du recourant –, ainsi que cela ressort de la prise de position du 14 octobre 2013 du SMR (cf. également les rapports médicaux des 26 avril et 9 octobre 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_). Elles le sont en outre, a fortiori, par le Dr I.\_\_\_\_\_ (cf. le rapport médical intermédiaire du 24 juillet 2013) et le Dr G.\_\_\_\_\_ (cf. la prise de position du 28 juin 2012), puisqu'ils avaient conclu à une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée respectivement de 70 à 80 % et de 100 %. Seul le Dr O.\_\_\_\_\_ a en définitive retenu que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité. Sa lettre à contenu médical datée du 17 octobre 2013 ne remplit toutefois pas les critères formels d'une expertise. Elle n'est en outre guère convaincante, dans la mesure où son auteur n'expose pas en quoi la situation clinique du recourant l'empêcherait d'exercer une activité légère et adaptée; au contraire, les limitations fonctionnelles qu'il a retenues – d'ailleurs moins lourdes que celles énoncées par la Dresse N.\_\_\_\_\_ – apparaissent parfaitement compatibles avec l'exercice d'une activité légère, à plus forte raison lorsqu'elle exercée à 50 % seulement. Il convient de relever à toutes fins utiles que, dans la mesure où le Dr I.\_\_\_\_\_ a seul requis un bilan psychologique et que les traitements par antidépresseurs n'ont pas eu d'effet positif sur l'état de santé de l'assuré, la thèse de l'existence d'une affection d'ordre psychique n'avait pas à être investiguée plus avant par l'autorité intimée. c) Il sied donc de retenir, avec la Dresse N.\_\_\_\_\_ et l'autorité intimée, que le recourant ne peut certes plus reprendre son activité habituelle d'électricien, mais qu'il est capable d'exercer à mi-temps une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : « changements de position fréquents possibles, pas de positions soutenues ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation/inclinaison du tronc, pas de mouvements itératifs d'agenouillement/relèvement, pas de travail en position agenouillée, ni

sur échelle ou échafaudage, ni avec des engins émettant des vibrations, pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes, pas de marche prolongée particulièrement en terrain inégal, pas de port itératif de charge [supérieure à] 5 kg, pas de travaux lourds les bras levés au-dessus de la tête ». 4. Le taux d'invalidité résultant de cette incapacité de travail doit encore être déterminé. a) Le recourant n'ayant effectué que des missions temporaires depuis 2003, les données fournies par ses employeurs pour les périodes postérieures ne peuvent pas être utilisées comme bases de calcul pour la détermination du revenu de valide (l'autorité intimée a pris comme base le salaire horaire déclaré par P. \_\_\_\_\_ pour 2010). Depuis son arrivée en Suisse en 1990,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 l'assuré n'a travaillé en plein qu'en 1995, 1996 et 1997. Attendu qu'il a toujours exercé le métier d'électricien ou d'aide-électricien (ainsi qu'il l'a admis dans son écriture de recours), on peut prendre comme base le revenu réalisé en 1996 (plus favorable au recourant que celui de 1997), à savoir CHF 47'215.-, et l'indexer jusqu'en 2012, l'assuré pouvant prétendre à une rente à compter de mai 2012 [+ 0.4 % + 0.7 % + 0.1 % + 1.2 % + 2.5 % + 1.6 % + 1.3 % + 0.9 % + 0.9 % + 1.1 % + 1.6 % + 2.2 % + 2.1 % + 0.7 % + 1 % + 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). On obtient ainsi un revenu de valide pour 2012 de CHF 57'069.-. b) La dernière activité exercée n'étant pas compatible avec l'état de santé du recourant, le salaire effectif réalisé ne saurait constituer la base du revenu d'invalidité; dans de telles circonstances et 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 2012. 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). 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 (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 2012 selon l'indice des salaires nominaux de la branche ([61'311.50 + 1 % + 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 2012 de CHF 62'420.-. La réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial de 10 % octroyée par l'autorité intimée peut être reprise ici sans autre, étant entendu que l'OAI dispose en cette matière d'un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012). Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins sollicités permettent en effet à l'assuré d'exercer un grand nombre d'activités légères, la reprise d'une activité professionnelle étant par ailleurs exigible au vu de l'âge de l'assuré (cf. arrêt TF 9C\_259/2007 du 8 mai 2008). Le revenu annuel est ainsi fixé à CHF 56'178.-. Attendu qu'il ne peut exercer une activité de substitution qu'à hauteur de 50 %, le revenu annuel d'invalidité est porté à CHF 28'089.-. c) De la comparaison des revenus, il résulte une invalidité de 51 % à compter du 1er mai 2012 (fin du délai d'attente d'un an). C'est le lieu de relever que même avec l'abattement au titre de désavantage salarial maximal de 25 % prévu par la jurisprudence, le recourant n'atteindrait pas les 60 % d'invalidité ouvrant droit à trois quarts de rente. C'est donc à bon droit que l'autorité intimée a reconnu au recourant un droit à une demi-rente d'invalidité. 5. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. a) 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 cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), des art. 9, 11 et 12 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12) et de l'art. 57 du règlement du 30 novembre 2010 sur la justice (RJ; RSF 130.11) – applicable par renvoi de l'art. 145b al. 1bis CPJA –, sur le vu de la liste de frais produite par Me Dorthe, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle ce dernier a droit à CHF 2'854.80, à savoir 15 heures 52

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 minutes à 180 francs de l'heure, plus CHF 277.20 au titre de débours, plus CHF 250.55 au titre de la TVA à 8 %. Cette indemnité totale de CHF 3'382.55 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée au mandataire du recourant. 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 Sébastien Dorthe, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'854.80, plus CHF 277.20 au titre de débours, plus CHF 250.55 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 3'382.55. 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 27 janvier 2016/YHO Présidente Greffier-stagiaire

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