

# FR\_GERICHTE 608 2013 110 vom 23. Dezember 2014

FR Kantonsgericht, 2014-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2013\\_110](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_110)

FR: FR\_GERICHTE 608 2013 110 du 23 décembre 2014

IT: FR\_GERICHTE 608 2013 110 del 23 dicembre 2014

## Regeste

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

## Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 [www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc) — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2013 110 Arrêt du 23 décembre 2014 Ie Cour des assurances sociales Composition Présidente: Anne-Sophie Peyraud Juges: Josef Hayoz, Marianne Jungo Greffier-rapporteur: Marc Boivin Parties A. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Procap Service juridique contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité Recours du 11 juillet 2013 contre la décision du 10 juin 2013 Tribunal cantonal TC Page 2 de 13

considérant en fait A. Par décision du 10 juin 2013 statuant sur demande du 23 août 2010, l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) a refusé l'octroi d'une rente AI à A. \_\_\_\_\_, aide- livreur et magasinier, né en 1961, domicilié dans le canton de Fribourg. Il a en effet retenu, sur la base d'une expertise rhumatologique confiée à l'un de ses médecins spécialistes, que, malgré des atteintes rhumatologiques situées au niveau des dorso-lombaires et de la hanche droite - cette dernière ayant entraîné la pose d'une prothèse -, son assuré était encore capable de travailler à 75% dans le cadre d'une activité industrielle légère adaptée, ceci pour un revenu exigible encore réduit de 10% pour cause de désavantage salarial dû au port de charge limité, et que son taux d'invalidité n'excédait ainsi pas 25%. B. Représenté par Procap, A. \_\_\_\_\_ interjette recours contre cette dernière décision le 11 juillet 2013, concluant avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire. Il soutient à cet égard que son état de santé ne lui permet pas de travailler à 75% dans une activité légère adaptée, dans le cadre de laquelle ses mouvements seraient fortement limités, et qu'une expertise psychiatrique initialement prévue aurait en outre dû être mise sur pied, ce qui n'a finalement pas été le cas. Il estime par ailleurs qu'une réduction de 20% et non seulement de 10% devrait encore être opérée sur le revenu d'invalidé qu'il pourrait éventuellement réaliser à temps partiel. Il a été mis au bénéfice de l'octroi de l'assistance judiciaire partielle le 12 septembre 2013. Dans ses observations du 15 novembre 2013, l'OAI propose le rejet du recours. Il se réfère aux conclusions médicales des spécialistes de son Service médical régional (SMR), dont l'une même mandatée comme experte. Il souligne à ce propos que la valeur probante du rapport d'expertise n'a pas été mise en cause. A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions, le recourant produisant deux nouveaux rapports émanant de ses médecins traitants. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de

preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours 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 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. Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). 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. 3. a) 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 (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire, dite classique, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). b) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, 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, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). De jurisprudence constante, il est admis qu'en l'absence d'un revenu d'invalidé effectivement réalisé, l'on peut se fonder sur les enquêtes statistiques pour le déterminer. La réduction du montant des salaires ressortant des statistiques en vue de fixer le gain d'invalidé en l'absence d'un revenu effectivement réalisé doit tenir compte de certains empêchements propres à la personne de l'invalidé, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité et, le cas échéant, la catégorie d'autorisation de séjour, ainsi que le taux d'occupation. Une déduction globale supérieure à 25 % n'est pas admise (ATF 126 V 79 sv. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 sv. consid. 4b). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration; le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs pertinents, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 81 consid. 6). 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). 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 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 4. Est en l'espèce litigieux le droit à la rente. L'OAI considère en effet que le recourant n'a pas droit à la rente, ce que ce dernier conteste, faisant valoir qu'il ne peut pas travailler à 75% dans une activité, fût-elle adaptée. Il estime à cet égard qu'une expertise psychiatrique aurait dû être mise sur pied. Il critique enfin le calcul du taux d'invalidité, plus particulièrement la retenue de 10% opérée sur le revenu d'invalidé au titre de désavantage salarial qu'il juge insuffisante. Elle aurait dû selon lui se monter à 20%. Il s'agit de se référer au dossier constitué par l'OAI. a) évolution des atteintes et premières constatations médicales Le recourant a exercé le métier d'ouvrier en brasserie, avant de devenir aide-livreur de boissons. Il a demandé une rente le 23 août 2010, en raison de problèmes situés au niveau de la hanche droite (dossier OAI, pièce 12). Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 Son médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, précise que cette atteinte a été décelée alors qu'il était traité pour des douleurs situées dans

le bas du dos, survenues après une chute dans les escaliers l'année précédente : « ...on note une réactivation d'une lombosciatalgie droite qui s'est présentée pour la 1ère fois à la suite d'une chute dans les escaliers le 20 avril 2009. En raison de la persistance des différentes douleurs qui ont occasionné des arrêts de travail le patient a été adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, orthopédiste FMH ». C'est une nécrose de la tête fémorale qui a ainsi été diagnostiquée. Elle a nécessité la pose d'une prothèse à la hanche en février 2010, qui a contribué à faire diminuer les douleurs : « Ce dernier met alors en évidence une nécrose aseptique de la tête fémorale droite et le patient bénéficie le 11 février 2010 d'une PTH droite. Le 15 mars 2010 on doit procéder à une révision de plaie de cette hanche droite en raison d'un ulcère chronique à ce niveau. L'évolution est d'abord favorable avec une diminution des douleurs de la hanche » (rapport du 21 septembre 2010, dossier OAI, pièce 35). Mais les douleurs sont devenues par la suite plus généralisées, localisées tout d'abord au niveau du genou droit puis dans la région, à nouveau, des lombaires, irradiant en direction des membres inférieurs: « Toutefois, par la suite, le patient développe des douleurs au niveau du genou droit qui motivent une IRM révélant une lésion du ligament collatéral interne qui est traité par physiothérapie. En raison de douleurs lombaires basses irradiants dans les membres inférieurs et accompagnés de paresthésies à ce niveau, un CT lombaire est demandé et révèle une spondylose antérieure, une arthrose facettaire postérieure L4-L5 à droite et une discopathie avec pincement discal L5-S1. Le scanner montre également une discrète protrusion discale pluri-étagée sans hernie discale significative ni sténose foraminale ni canal lombaire étroit. Dans les suites sont écartées une insuffisance artérielle des membres inférieurs par un examen angiologique de même qu'une polyneuropathie par un électromyogramme. Le patient se plaint toujours de lombalgies irradiantes dans les deux membres inférieurs » (rapport précité). Une chiropractie a alors été entreprise, une prise en charge orthopédique ne paraissant plus nécessaire: « Un traitement de chiropractie a été débuté dont on ne connaît pas encore les effets. Du point de vue orthopédique la prise en charge semble terminée » (rapport précité). Cela étant, le Dr B. \_\_\_\_\_ estimait que l'activité d'aide-livreur était devenue contre-indiquée : « Depuis août 2009 le patient est régulièrement voir totalement à l'arrêt maladie. Le patient présente toujours une lombalgie importante irradiante dans les deux membres inférieurs. Ces douleurs sont probablement en rapport avec des troubles dégénératifs et une discopathie au niveau lombaire. Une partie des douleurs ressenties dans les membres inférieurs peut être secondaire à la nécrose aseptique de la tête fémorale droite et au status post-PTH droite de même que la lésion ligamentaire objectivée à l'IRM du genou droit. Le patient exerçant une activité manuelle, notamment des déplacements de charges, ne peut reprendre son activité habituelle » (annexe au rapport médical du 21 septembre 2010, dossier OAI, pièce 29). L'évolution de l'atteinte à la hanche a été suivie par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a installé la prothèse au début de l'année 2010. Il relève, comme le médecin traitant, qu'il a fallu procéder dans un premier temps à la reprise de la cicatrice mais que, après cela, la situation s'est améliorée, les douleurs se localisant alors plutôt au niveau du genou droit, puis des lombaires: « L'évolution de la cicatrice s'avère défavorable à tel point que le patient bénéficie alors, le 15 mars 2010, d'une révision de cicatrice. Les suites opératoires sont simples et la plaie ferme per primam. Le patient est revu régulièrement à un mois de la reprise, puis à deux mois de la reprise, avec une bonne évolution, toujours des douleurs de cuisse et de genou, mais une évolution favorable. Le patient décrit toutefois, à partir de mai 2010, la présence de douleurs au niveau du genou à droite, du côté interne, à la suite d'une entorse ? Il Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 bénéficie alors d'une IRM le 27 mai 2010

qui révèle une plage d'œdème de l'os spongieux intéressant la partie antérieure et moyenne du condyle fémoral médial, associée à une probable distorsion partielle du ligament collatéral médial faisant suspecter une lésion post-traumatique. De plus, lors de la consultation du 31 mai 2010, le patient présente des douleurs lombaires basses associées à des douleurs au niveau des membres inférieurs, associées également à des paresthésies. » (rapport du 1er juillet 2010, dossier OAI, pièce 51). Au passage de l'automne 2010, l'évolution était favorable en ce qui concerne la hanche : « Le 17 août 2010, la hanche droite va bien. Le patient est investigué pour des douleurs des membres inférieurs. A l'examen, la mobilité de la hanche est libre, symétrique et indolore. Attitude : vitamine N, poursuite des examens. Le 21 novembre 2010, à neuf mois de l'intervention, le patient va bien. Il présente quelques douleurs en position couchée ou durant une longue marche. A l'examen clinique, la mobilité de la hanche est libre, symétrique et indolore. Attitude : vitamine N, prochaine consultation et radiographie le 19 janvier 2011 » (rapport du 15 novembre 2010, dossier OAI, pièce 66). La situation était donc stabilisée de ce côté-là. A la même époque, le contrat de travail du recourant a été résilié pour le 31 décembre 2010 (cf. courrier de résiliation de contrat du 27 septembre 2010, dossier OAI, pièce 72). Au début de l'année 2011, le SMR estimait qu'il y avait peut-être d'autres atteintes pouvant interférer et recommandait dès lors une expertise psychiatrique : « L'origine des incapacités de travail fut une chute dans les escaliers le 20 avril 2009, qui a décompensé le dos, le genou et la hanche. 100% depuis le 11 janvier 2010. La capacité de travail est nulle dans toute activité. Au vu de la notion de nécrose aseptique de la tête fémorale, il convient de vérifier qu'il n'existe pas de comorbidités qui expliquent l'importance des limitations fonctionnelles. Pour cette raison, il convient de demander également une expertise psychiatrique, un dosage de la CDT et des gamma-GT » (rapport du 11 janvier 2011 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, dossier OAI, pièce 87). L'on ne réalisa finalement qu'une seule expertise rhumatologique. Et celle-ci ne fut pas confiée à un expert neutre mais à un médecin du SMR, la Dresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation. b) expertise E. \_\_\_\_\_ Dans un rapport du 26 août 2011 (dossier OAI, pièce 109), la Dresse E. \_\_\_\_\_ prend tout d'abord note du tableau douloureux, qui, d'une part, semble concerner le nerf sciatique à droite et qui, d'autre part, touche le genou droit : « Il se plaint de la persistance de douleurs lombaires qui existent depuis 2009, apparues suite à une chute dans les escaliers, lesquelles se sont exacerbées suite à une glissade en août 2010 et se sont encore aggravées depuis une intervention sur la hanche droite réalisée le 11 janvier 2010 (mise en place d'une prothèse totale). Jusqu'à l'intervention, les lombalgies s'accompagnaient d'une sciatalgie droite, depuis l'intervention il s'agit d'une irradiation algique avec paresthésies bilatérale prédominante à droite. Ces douleurs sont plus ou moins permanentes, tant diurnes que nocturnes le réveillant parfois. Elles sont exacerbées par les mouvements physiques, par la position statique assis ou debout prolongée, par le port de charge. Il peut cependant rester assis ou debout pendant une heure à condition de changer fréquemment la position. La marche entraîne une augmentation des douleurs lombaires, lesquelles sont diminuées en reprenant une position assise pendant un petit moment. Il ne peut préciser la durée de la marche possible en relation avec son dos, car les gonalgies droites l'empêchent de marcher » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 3, dossier OAI, pièce 107). Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 S'il paraît toutefois ne pas y avoir de signes inflammatoires au niveau du bas du dos, le recourant ne se déplace pas moins en béquilles, ce qui ravive les douleurs au genou droit et provoque probablement aussi désormais de nouvelles douleurs à l'épaule droite. C'est en fin de compte au niveau de la hanche qu'il

ressent alors le moins de douleurs: « La symptomatologie algique lombaire n'est pas augmentée par la toux, ni par la manœuvre de Valsalva. Il n'y a pas de raideur matinale typique et il n'y a pas de rythme douloureux de type inflammatoire. Les médicaments et les traitements par mesures physiques et par chiropractie ne lui apportent qu'un soulagement relatif et de courte durée. Par ailleurs, il se plaint de gonalgies droites depuis « maintenant un moment », lesquels commencent à gauche. Il ne peut se déplacer qu'avec l'aide d'une béquille. Les gonalgies lui rendent la station debout statique difficile, l'empêchent de marcher, de se plier, de monter ou de descendre les escaliers respectivement les pentes. Il ne relève pas de « dérouillage » du genou droit après une position de repos. Le genou droit n'a jamais montré d'épanchement, de rougeur ou de chaleur. Enfin, il rapporte souffrir de douleurs à l'épaule droite entraînant des crampes au niveau du membre supérieur droit lorsqu'il est couché. En ce qui concerne la hanche droite, « cela ne fait plus mal », mais parfois « il y a des crampes qui viennent dans la cuisse droite ». Parfois, il ressent encore des douleurs au niveau du tendon d'Achille droit. Il conclut en disant « vous voyez bien que je ne peux plus rien faire » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 3, dossier OAI, pièce 107). La Dresse E. \_\_\_\_\_ pose dès lors le diagnostic suivant : « Lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs. Dysbalance musculaire. Gonalgies bilatérales prédominantes à droite. Chondropathie débutante fémoro-tibiale et fémoro-patellaire droite. Status post-mise en place d'une prothèse totale de la hanche » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 4, dossier OAI, pièce 106). Elle retrace l'historique médical du recourant, relevant qu'il est notamment atteint de troubles rachidiens de type dégénératif avec arthrose articulaire touchant les dernières vertèbres lombaires et d'une chondropathie fémoro-tibiale et fémoro-patellaire au niveau du genou droit : « L'assuré, âgé de 51 ans, aide-livreur de profession est à l'incapacité de travail à 100% depuis le 11 janvier 2010 en raison essentiellement de douleurs lombo-sciatiques bilatérales à prédominance droite et de gonalgies bilatérales à prédominance droite. Des lombo-sciatalgies droites existent depuis 2009, elles se sont péjorées suite à une mise en place d'une prothèse totale de la hanche en janvier 2010, persistent depuis lors et ce seraient même aggravées depuis mars 2010, ceci malgré tous les traitements conservateurs introduits (traitement médicamenteux, mesures physiques et chiropraxie). Les investigations radiologiques, angiologiques et neurologiques ont permis de conclure à des troubles rachidiens de type dégénératif avec une arthrose articulaire postérieure s'étendant de L1-S1 et discopathie débutante au niveau L4-L5 et L5-S1 (cf. CT de la colonne lombaire du 02 juin 2010 et IRM de la colonne lombaire du 07 octobre 2010). Par ailleurs, au cours de l'évolution post-opératoire sont apparues des gonalgies droites, référées à une entorse du ligament croisé intérieur droit (IRM du genou droit du 27 mai 2010). Des mesures conservatrices ont été mises en place. En raison de la persistance des gonalgies droites, un nouvel IRM du genou est réalisé le 30 mars 2011, lequel objective des signes discrets de chondropathie fémoro-tibiale et fémoro-patellaire, une ébauche dégénérative entre la tête du péroné et le bord supéro-externe du tibia. En revanche, il n'y a pas de signe de déchirure des ligaments collatéraux, ni des ligaments croisés antérieur et postérieur, ni des ménisques » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 4, dossier OAI, pièce 106). Ce seraient ces deux types d'atteintes qui le feraient le plus souffrir, bien plus que la hanche : « Il ne se plaint plus de coxalgies droites aujourd'hui, (cf. mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite) hormis parfois de crampes apparaissant dans la cuisse droite. Les plaintes actuelles concernent des lombosciatalgies persistantes à prédominance droite et des gonalgies bilatérales à prédominance droite. L'anamnèse de ces douleurs et de type « mécanique ». Le Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 status rachidien, lors de l'évaluation,

était dans les limites de la norme avec certes une mobilisation décrite comme douloureuse par l'assuré, mais avec une conservation de la mobilité articulaire dorso-lombaire et en l'absence de contracture musculaire para-vertébrale. Les radiographies objectivent des troubles de type dégénératifs avec une arthrose des articulations postérieures et des discopathies débutantes au niveau L4-L5 et L5-S1 » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 4, dossier OAI, pièce 106). La Dresse E. \_\_\_\_\_ signale également l'apparition d'une problématique dégénérative au niveau de l'épaule droite engendrant de nouvelles douleurs et elle en déduit qu'il pourrait exister une composante psychosomatique chez le recourant : « Il se plaint par ailleurs de douleurs d'épaule droite apparues depuis quelques temps, n'apparaissant quasiment que la nuit. L'examen clinique suggère quelques signes en faveur d'une possible lésion de la coiffe des rotateurs, ce qui serait banal pour un homme de 50 ans ayant toujours réalisé des travaux physiques lourds. En raison de la non-gravité de l'examen clinique associé à l'absence de gêne fonctionnelle, nous n'avons pas jugé nécessaire d'investiguer plus en avant. Enfin, l'assuré se plaint de ressentir encore quelques douleurs au niveau du tendon d'Achille droit lorsqu'il doit monter les escaliers ou des pentes, le status confirme cependant l'absence de signe inflammatoire actuel. Nous relevons encore la présence de 3-5 signes de non-organicité de Waddell, ce qui laisse à supposer à une composante psychosomatique à la symptomatologie algique lombaire rapportée par l'assuré. Il n'y a pas d'anamnèse, de clinique ou d'image radiologique en faveur d'une infection rhumatismale inflammatoire, respectivement immunologique. Il n'y a pas d'anamnèse ni de clinique en faveur d'une fibromyalgie » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 5, dossier OAI, pièce 105). Elle estime dans ces conditions que l'ancienne activité d'aide-livreur n'est plus exigible : « Au vu des troubles radiologiques lombaires, du status post-mise en place d'une prothèse totale de la hanche et d'une gonarthrose débutante, nous estimons que l'ancienne activité professionnelle d'aide-livreur n'est plus exigible car impliquant des trajets constants en automobile, des mouvements itératifs contraignant pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc pour prendre et déplacer des charges, le port de charge lourde, des mouvements répétitifs contraignant pour la hanche droite (montée et descente de la camionnette par exemple), des mouvements d'accroupissement, la marche en terrain inégale et la montée itérative d'escaliers et de pentes » (expertise E. \_\_\_\_\_, p.5, dossier OAI, pièce 105). En revanche, une activité adaptée alternant les positions toutes les 30 minutes et respectant en outre les limitations fonctionnelles pourrait être exercée, à raison de 6-7 heures par jour : « En relation avec les troubles ostéo-articulaires constatés, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de position statique assise supérieure à 30 minutes, particulièrement en voiture, pas de position statique debout prolongée supérieure à 30 minutes, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pas de mouvements itératifs d'accroupissement/relèvement, pas de port itératif de charge supérieur à 10kg, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes. L'assuré est apte à exercer une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limites fonctionnelles citées ci-dessus, ceci à raison 6-7 heures/jour, une telle activité réalisée à temps partiel est exerçable sans perte de rendement » (expertise E. \_\_\_\_\_, p. 5, dossier OAI, pièce 105). Sur la base de ces conclusions, l'OAI a rendu le 3 novembre 2011 un projet de décision de refus de rente qui retenait un seul taux d'invalidité de 25% (dossier OAI, pièce 119). c) évolution après l'expertise E. \_\_\_\_\_ Le recourant a fait opposition le 9 novembre 2011 (dossier OAI, pièce 122). Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Au début de

l'année 2012, un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ indique que son état de santé s'est aggravé et que la prothèse de la hanche est en train de se desceller : « Douleurs en coups de couteau à la marche, à la position assise, à la position debout au niveau du genou droit. Arthroscopie du genou droit le 09 août 2011 à la Clinique Générale Ste-Anne SA à Fribourg. Par rapport à la scintigraphie osseuse du 10 juin 2011, la scintigraphie osseuse réalisée en date du 07 octobre 2011 à l'HFR met en évidence une hypercaptation précoce et tardive au niveau de la prothèse totale de hanche droite actuellement plus étendue, évoquant un descellement » (rapport 30 janvier 2012, dossier OAI, pièce 128). Un changement de la tige de la prothèse est ainsi prévu pour le 20 avril 2012 (rapport précité). Le SMR précise alors que les conclusions de la Dresse E. \_\_\_\_\_ restent valables mais que la situation devra par la suite être réévaluée : « Le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 30.01.2012 modifie-t-il les conclusions du rapport d'examen du 26.08.2011? Non. Remarques/propositions? Jusqu'à la date du 07 octobre 2011, les précédentes conclusions restent vraies. A partir de cette date, la situation évolue et devra être réévaluée après l'intervention chirurgicale planifiée pour le 20 avril 2012 par le Dr C. \_\_\_\_\_ » (avis du 17 février 2012, dossier OAI, pièce 133). Deux rapports du Dr C. \_\_\_\_\_, du 14 mai 2012 (dossier OAI, pièce 148) et du 15 octobre 2012 (dossier OAI, pièce 137), attestent qu'il a bien été procédé au remplacement de la tige de la prothèse de la hanche droite et que l'état de santé a fini par se stabiliser en automne 2012. La Dresse E. \_\_\_\_\_ est alors réinterrogée. Dans un nouveau rapport du 5 novembre 2012, elle commence par rappeler que lors de sa précédente évaluation, le recourant ne se plaignait plus de sa hanche et que la problématique se situait alors plutôt au niveau du genou droit : « Lors de l'évaluation du 23 mai 2011, l'assuré n'avait quasi plus de plaintes concernant sa hanche droite post-mise en place d'une prothèse de la hanche droite le 11 janvier 2010. En ce qui concerne son genou droit les douleurs pouvaient être référées à des problèmes dégénératifs fémoro-patellaires, sans signe de lésion méniscale ou ligamentaire (cf. IRM du genou droit du 30 mars 2011 » (rapport du 5 novembre 2012, dossier OAI, pièce 159). Elle avait tenu compte de ces derniers troubles, qui avaient à l'époque nécessité une arthroscopie : « Nous relèverons encore qu'une arthroscopie du genou, comme celle effectuée le 09 août 2011, sauf complications post-opératoires, ce que le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a jamais relevé dans ses rapports, n'est qu'une intervention bénigne se justifiant d'une semaine au plus de 2 semaines d'arrêt de travail » (rapport précité). Elle relève ensuite que la nouvelle complication survenue au niveau de la hanche a été observée par scintigraphie osseuse du 7 octobre 2011. Une intervention a finalement eu lieu en mai 2012, à la suite de quoi il a encore été procédé à deux révisions de la cicatrice pour soigner une infection : « Une complication survient avec le descellement de la prothèse de la hanche droite objectivée le 07 octobre 2011 par scintigraphie osseuse, laquelle a montré un changement par rapport à une scintigraphie osseuse effectuée le 10 juin 2011 (cf. rapport du 30 janvier 2012, Dr. C. \_\_\_\_\_) et un changement de tige de la prothèse est réalisée le 11 mai 2012 (cf. rapport du 14 mai 2012, Dr. C. \_\_\_\_\_), dont l'évolution semble s'être compliquée en post-opératoire par un problème d'écoulement infecté de la cicatrice ayant nécessité le 15 juin et le 13 juillet 2012 des révisions de la cicatrice et une antibiothérapie » (rapport précité). Après rééducation, la situation s'est enfin stabilisée au début du mois d'octobre 2012 : « Une rééducation de la hanche a été entreprise. Le chirurgien rapporte un état médical stabilisé de son patient lors de la consultation du 02 octobre 2012 (RM Dr. C. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2012) » (rapport précité). Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Ses anciennes conclusions seraient selon elle encore valables, hormis toutefois durant la période d'environ un an au cours de laquelle le recourant a été réopéré de la hanche et qu'il

s'est ainsi retrouvé en incapacité de travail totale. Mais, pour cette même période, ses autres problèmes ont aussi été pris en compte, comme les lombalgies, les gonalgies (douleurs au genou) ou une obésité marquée : « On peut dès lors admettre au vu de ce qui précède que les conclusions de l'évaluation du 23 mai 2011 restent inchangées jusqu'au 07 octobre 2011, date à laquelle une complication (descellement de la tige a pu être objectivée). De cette date du 07 octobre 2011 au 02 octobre 2012 (date à laquelle le Dr C. \_\_\_\_\_ relève la stabilisation de l'état de son patient) une incapacité totale de travail était justifiée, l'assuré présentant des comorbidités aggravant le problème au niveau de sa hanche droite (lombalgies, gonalgies droites sur troubles dégénératifs et obésité marquée). Depuis cette date du 02 octobre 2012, les conclusions de l'évaluation du 23 mai 2011 sont de nouveau valides, en particulier en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles retenues » (rapport précité). A côté de cela, l'arthroscopie subie plus tôt, en août 2011, n'aurait selon elle entraîné que deux semaines d'arrêt de travail tout au plus : « Nous relèverons encore qu'une arthroscopie du genou, comme celle effectuée le 09 août 2011, sauf complications post-opératoires, ce que le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a jamais relevé dans ses rapports, n'est qu'une intervention bénigne se justifiant d'une semaine au plus de 2 semaines d'arrêt de travail » (rapport précité). Des rapports plus récents émanant des deux médecins traitants, déposés même après le recours, tendent à attester que la capacité de travail reste fortement diminuée en raison des douleurs. Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, celles-ci se seraient même étendues aux membres supérieurs : « Les douleurs évoquées plus haut (polyarthralgie des membres supérieurs et lombosciatalgie bilatérale) sont restées d'origine indéterminée malgré de multiples investigations et une prise en charge spécialisée par un rhumatologue (Dr F. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH). Ces douleurs sont ressenties par lui comme extrêmement invalidantes, empêchant toute activité professionnelle. Une estimation du pourcentage de travail encore réalisable est difficile étant donné que le patient n'a depuis longtemps plus d'activité professionnelle, par contre elle semble fortement limitée » (rapport du 25 octobre 2013, produit à l'appui des contre-observations). Pour le Dr C. \_\_\_\_\_, l'évolution est certes favorable, mais il doute toutefois que le recourant soit encore capable de produire un rendement supérieur à 50% : « A l'heure actuelle, même si l'évolution est quand même relativement favorable, les différents problèmes de hanche et de genou à droite qu'à présenté le patient ne sont pas compatibles avec les travaux que le patient a effectués (peintre en bâtiment, ouvrier à la production chez Cardinal, aide-livreur). Donc, à mon avis, dans ce type de travail, sa qualité de travail est nulle. Le seul moyen de pouvoir exiger un rendement chez ce patient serait un travail alternant position assis/position debout, sans escaliers ni échafaudages ni port de charge. Le pronostic est difficile à établir et, même dans un travail adapté, je ne suis pas sûr qu'on puisse exiger de ce patient plus que 50 % de rendement » (rapport du 30 décembre 2013, déposé à l'appui des contre-observations). Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 d) synthèse et discussion A la lecture du dossier de l'OAI, il est difficile de trancher. Comme le recourant semble présenter des douleurs depuis maintenant plusieurs années et qu'il est plus ou moins à l'arrêt de travail depuis l'année 2009, on peut supposer qu'il pourrait également exister des éléments extra-médicaux venus se greffer sur le tableau clinique : « En raison des douleurs évoquées plus haut, les seules activités professionnelles possibles ne devraient pas comprendre de port de charge. Étant donné que jusqu'à présent aucune pathologie somatique n'a été mise en évidence pouvant expliquer les limitations fonctionnelles importantes présentées par le patient il est difficile d'être plus précis » (rapport du 25 octobre 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_, produit à l'appui des contre-observations).

Pour autant, ces éléments n'ont pas été clairement relevés (on sait juste qu'il a perdu son travail à la fin de l'année 2010), ni leur éventuel impact sur la capacité de rendement discutée. C'est peut-être parce qu'il n'a pas été soumis à une expertise psychiatrique, plus à même de relever ce type d'éléments qu'une seule expertise rhumatologique en général censée ne décrire que les seuls dysfonctionnements mécaniques. Dans la mesure où les douleurs se propagent vers les membres supérieurs, il apparaît que le recourant est probablement atteint d'un trouble somatoforme douloureux dont la portée invalidante n'est en l'espèce toutefois pas clairement niée : « Il présente des douleurs articulaires multiples et multi-investiguées qui n'ont pu être améliorées par les interventions médicales précédentes malgré la prise en charge par un rhumatologue (cf. supra) et un orthopédiste (Dr C. \_\_\_\_\_, orthopédiste FMH). Dans un contexte d'absence de pathologie traitable mais de douleurs importantes le pronostic est réservé » (rapport précité). Pour toutes ces raisons, il y aurait eu lieu de procéder à une expertise psychiatrique. Elle était d'ailleurs à l'époque recommandée par le SMR (cf. rapport du 11 janvier 2011 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, dossier OAI, pièce 87). Elle est également désormais proposée par le médecin traitant : « Le patient ne m'a pas rapporté de symptômes psychiatriques. Toutefois dans ce contexte douloureux chronique et social précaire je pense que l'avis d'un psychiatre est probablement utile » (rapport du 25 octobre 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_, produit à l'appui des contre-observations). A côté de cela, il y faut aussi faire remarquer que l'OAI admet en fin de compte, par la voix de la Dresse E. \_\_\_\_\_, que la capacité de travail du recourant a été nulle pendant un peu moins d'un an, entre les mois d'octobre 2011 et 2012, soit le temps qu'il a fallu pour procéder au changement de la tige de sa prothèse. En fait, l'on constate à la lecture des propos de la Dresse E. \_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 5 novembre 2012, dossier OAI, pièce 159), qu'elle a également tenu compte des autres éléments cliniques (lombalgies, gonalgies et obésité) pour décréter la capacité de travail nulle durant toute cette période. Il n'est dans ces conditions pas aisé de comprendre pourquoi un tel tableau n'est par la suite plus de nature à engager la responsabilité de l'OAI. Il subsiste en effet des atteintes objectives qui pourraient au moins fonder un droit à une rente partielle. L'atteinte qui a concerné la hanche (nécrose de la tête fémorale) ressemble beaucoup à celle qui a par la suite touché le genou droit (chondropathie fémoro-tibiale et fémoro-patellaire): le recourant semble ainsi présenter une arthrose généralisée plus particulièrement localisée au niveau des os des articulations, et qui pourrait également désormais atteindre la coiffe des Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 rotateurs au niveau de l'épaule (cf., dans ce sens, expertise E. \_\_\_\_\_, p. 5, dossier OAI, pièce 105). Cette maladie de type dégénératif pourrait limiter les capacités de travail et/ou de rendement. Le médecin traitant évoque pour sa part la présence d'un syndrome inflammatoire : « Le patient présente des douleurs articulaires multiples et multi-investiguées qui n'ont pu être améliorées par les interventions médicales précédentes malgré la prise en charge par un rhumatologue (cf. supra) et un orthopédiste (Dr C. \_\_\_\_\_, orthopédiste FMH). Dans un contexte d'absence de pathologie traitable mais de douleurs importantes le pronostic est réservé. A noter encore la présence d'un syndrome inflammatoire d'origine indéterminée, actuellement en surveillance qui devrait impliquer un suivi rhumatologique régulier pour notamment écarter définitivement une pathologie rhumatologique inflammatoire chronique » (rapport du 25 octobre 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_, produit à l'appui des contre-observations). Pour toutes ces raisons, une nouvelle expertise rhumatologique serait également indiquée, d'autant plus que l'expertise rhumatologique sur laquelle se fonde l'OAI émane de l'une de ses spécialistes et non pas d'un expert neutre. Le recours à des experts neutres se justifie tout particulièrement si l'on considère que la Dresse

E. \_\_\_\_\_ a reconnu que le recourant avait été totalement incapable de travailler pendant presque une année, ceci à cinq jours près, ce qui aurait pu fonder l'octroi, à tout le moins, d'une rente temporaire à la charge de son employeur. Quoiqu'il en soit, tous ces éléments donnent clairement à penser que l'on ne peut en l'espèce cautionner sans autre un refus de rente. 5. Il convient au contraire d'admettre le recours, bien fondé dans ses conclusions subsidiaires, et de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il mette sur pied une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, afin que soit plus précisément estimée la capacité de travail résiduelle du recourant à partir du dépôt de sa demande de rente. Les experts tenteront notamment de déterminer le plus précisément possible, si et dans quelle mesure, et pendant combien de temps, le recourant a pu être empêché de travailler, à l'époque où son état de santé a paru s'aggraver et qu'il a subi une arthroscopie de son genou dans le courant de l'été 2011 puis a commencé à être gêné par sa prothèse à la hanche peu de temps après, jusqu'au moment où la situation se serait stabilisée en automne 2012. Pour sa part, l'expert psychiatre s'attachera également à relever tous les facteurs extérieurs psycho-sociaux qui pourraient, cas échéant, interférer sur le tableau clinique et limiter la capacité de rendement. 6. Vu l'admission du recours, les frais de justice d'un montant de 800 francs sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. L'indemnité de partie, requise par le recourant dans son mémoire, lui est allouée, en mains de l'association Procap qui le représente. Un montant forfaitaire de 1'000 francs, éventuelle TVA de 8% comprise, est ainsi mis à charge de l'OAI. Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours est admis dans le sens des conclusions secondaires. Partant, la décision querellée est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction médicale complémentaire, dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. II. Des frais de justice d'un montant de 800 francs sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. III. Une indemnité de partie de 1'000 francs est accordée à Procap. Elle est intégralement mise à la charge de l'OAI. 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 23 décembre 2014 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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