

FR_GERICHTE 608 2013 97 vom 19. Februar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_97

FR: FR_GERICHTE 608 2013 97 du 19 février 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 97 del 19 febbraio 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

novembre 2009, il a été licencié pour des motifs économiques au 31 janvier 2010. B. Le 5 décembre 2009, il a requis l'octroi de prestations auprès de l' Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), à Givisiez, en raison de hernies discales multi- étagées. Dans les rapports médicaux annexés à la requête, ses médecins mentionnaient également une obésité morbide et le peu de chance de succès à moyen ou long terme d'une intervention, tout en préconisant des mesures conservatoires. Dans le cadre de l'examen du dossier, l'OAI a requis des rapports des médecins de l'assuré ainsi que de son Service Médical Régional (ci-après: SMR). Il a pris en charge un séjour auprès de la Clinique C._____ du 23 mars au 21 avril 2010 et a mandaté un examen rhumatologique auprès de la Dresse D._____, spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR. Celle-ci conclut à la présence de lombo-sciatalgies bilatérales chroniques influençant la capacité de travail et estime la capacité de travail de l'examiné de 5 à 6 heures, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. En juin 2011, l'assuré travaille à 50% en tant que remplaçant d'un responsable de la planification de la logistique. Cette activité sera interrompue en janvier 2012 en raison d'une aggravation médicalement attestée de son état de santé. C. Par projet de décision du 1er juin 2012, l'OAI lui a octroyé une demi-rente dès le 1er juin 2010. Il a retenu que l'assuré n'était en mesure d'exercer son ancienne activité d'acheteur qu'à raison de 4 à 5 heures par jour, sans perte de rendement, en raison de ses limitations. Se fondant sur une comparaison en pourcentage, l'ancien revenu étant supérieur à la moyenne suisse, il conclut à la présence d'un degré d'invalidité de 52%. Le 6 juin 2012, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision alléguant, en substance, que les conclusions de la Dresse D._____ étaient en contradiction avec les rapports médicaux. Suite à cette opposition, l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et orthopédique) auprès du Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et en médecine pharmaceutique. Dans son rapport d'expertise du

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 19 octobre 2012, le premier conclut qu'on peut envisager, au maximum, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. A son avis, il est impossible de prévoir le résultat d'une intervention chirurgicale mais le risque d'aggravation lui semble plus grand qu'une hypothétique amélioration. Dans son rapport d'expertise du 13 décembre 2012, le second considère que l'assuré a une capacité de travail entière sur le plan psychique en raison de l'absence de troubles. Par décision du 21 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision et octroyé une demi-rente en raison d'un

degré d'invalidité de 52%. D. Contre cette décision, l'assuré, désormais représenté par Me Caroline Ledermann, avocate auprès de Procap, interjette recours le 20 juin 2013 devant le Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire et réexamen de son droit à la rente, ainsi que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour mesure d'instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, il se plaint que l'expert-orthopédiste n'ait pas expliqué les motifs l'ayant conduit à se distancier des médecins du recourant s'agissant de la capacité de travail résiduelle. Il souligne qu'il semble nécessaire de diligenter des mesures d'instruction sur le plan neurologique. Il allègue que l'expert-psychiatre ne s'est pas prononcé sur le caractère invalidant de l'obésité. Il indique finalement qu'un nouveau bilan est en cours à la Clinique C._____. Dans ses observations du 13 décembre 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, il soutient que le recourant a fait l'objet de nombreuses investigations médicales sur les plans neurologiques, orthopédiques ou psychiatriques, et a également été en séjour à la Clinique C._____ plusieurs fois. Il relève que la presque totalité des spécialistes arrive à une conclusion semblable, soit que sa capacité de travail se monte à environ 50% dans l'exercice d'une activité adaptée. Selon lui, les médecins retenant une incapacité de travail supérieure (75% et 100%) se fondent sur la situation subjective de leur patient sans justification médicale objective. Il indique que "l'appréciation médico-théorique" de l'invalidité était justifiée dans le cas d'espèce dès lors qu'"incapacité de travail et degré d'invalidité se confondent". Lors d'un second échange d'écriture, les parties campent sur leurs positions. A plusieurs reprises, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans des rapports médicaux de ses médecins ainsi que de la Clinique C._____. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaqué et dûment représenté, le recours est recevable. 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. Selon

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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 un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que 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). Le degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalidité, 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 classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469). 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATFA I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). d) 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (Tribunal fédéral, arrêt 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). 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 au 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 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). 3. En l'espèce est litigieuse la question de savoir si les mesures d'instructions effectuées par l'autorité intimée sont suffisantes ou s'il est nécessaire de procéder à de nouvelles, notamment diligenter une seconde expertise pluridisciplinaire. A titre préliminaire, la Cour constate que les rapports médicaux produits au cours de la présente procédure ont été établis postérieurement à la décision litigieuse. Tel est particulièrement le cas

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 des rapports datés du 17 juillet 2014 et 30 septembre 2014 et des pièces relatives au séjour de l'assuré à la Clinique C._____ du 23 mai au 18 juin 2013. Dans la mesure où ils concernent des états de fait postérieurs à la décision contestée, les constats médicaux y figurant n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Seuls seront retenus les faits qui concernent la période litigieuse. Par ailleurs, la requête de production du dossier de l'assurance-militaire n'apparaît pas nécessaire dès lors que celui-ci a été reproduit dans son intégralité – de 1982 à fin 2009 – dans le dossier de l'autorité intimée et que le dossier de la cause contient également les échanges intervenus ultérieurement entre les deux assureurs. a) La Cour constate que l'ensemble des intervenants au dossier admettent que le recourant souffre de lombalgies (lombaires et sacrales), causant, par ricochet, des sciatalgies (irritation de la queue de cheval). Ces diagnostics influencent la capacité de travail du recourant. Les médecins sont également d'avis que sa surcharge pondérale sévère pèjore sa capacité de travail. Finalement, une nouvelle opération au niveau de la colonne vertébrale semble fortement déconseillée et le maintien d'un traitement conservateur privilégié. aa) Sur le plan somatique, l'expert, le Dr E._____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostique une "dorso-lombo-sciatalgie d'origine multifactorielle 1. Status après cure chirurgicale de hernie doscale L5-S1, avec distorsion nette (Z98.8) 2. Sévère discarthrose L4-L5 avec discopathie protrusive (M47.8) 3. Lésions étagées de discopathi lombaire avec canal lombaire étroit (M51.9) 4. Sévères lésions d'ostéochondrose dorsale basse, séquellaire d'un ancien scheuermann (M47.8)". L'expert les qualifie de diagnostics avec influence sur la capacité de travail (expertise somatique, dossier OAI, pièce 842). La présence de troubles lombaires

importants, irradiants dans l'entre-jambe et les jambes, est confirmée par les autres pièces du dossier. Ainsi, en 2009, le Dr G. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, indique la présence de "lombalgies quotidiennes à prédominance médiane basilombarde ou irradiant en ceinture (bilatérale) accompagnées de contractures locales et à distance au niveau dorsal et scapulaire. Irradiations douloureuses en direction des mollets ou des pieds. Crampes matinales des membres inférieurs" (rapport du 22 septembre 2009, dossier OAI, pièce 320). Cette appréciation est reprise en 2012 par le Dr H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, qui cite des "lombalgies de longue date, actuellement situées en barre en travers du bas du dos, avec une intensité qui varie entre les deux côtés. Il y a également une irradiation vers les deux fesses et les deux membres inférieurs" (rapport du 12 décembre 2012, dossier OAI, pièce 917). Les médecins de la Clinique C. _____ mentionnaient, en 2010, notamment ce qui suit: "lombalgies chroniques, discopathie dégénérative de L2 à S1, hernie discale L3-L4 latérale droite, opération d'une hernie discale paramédiane latérale droite L5-S1 en 1987, séquelle d'un syndrome radiculaire S1 D, hernie ombilicale" (rapport du 7 juin 2010, dossier OAI, pièce 589). Suite à la décision litigieuse, les médecins de la Clinique C. _____ parleront de "discopathies dégénératives lombaires étagées de L2 à S1, discopathie de type MODIC 1 en L3-L4 et L4-L5, antécédent de cure de hernie discale [en 1987] séquelle de syndrome radiculaire S1 droit [et] séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale basse" (rapport du 15 juillet 2013). En 2011, finalement, la Dresse D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR, indiquait que l'assuré souffrait de "lombo-sciatalgies bilatérales chroniques, non déficitaires, dans le cadre de trouble statique et dégénératif. Status postcure de hernie discale L5-S1 droite. Status postcure pour récurrence de hernie discale L5-S1 droite" (rapport d'examen du 20 septembre 2011, dossier OAI, pièce 673).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Spécifiquement sur le plan neurologique, si le Dr E. _____ conclut qu'il n'existe pas de déficit sensitivo-moteur, il concède cependant la présence d'un "syndrome irritatif de L5 avec d'importantes limitations à la marche, liées à un canal lombaire étroit" (expertise somatique, dossier OAI, pièce 842). Il s'agit, en substance, d'un diagnostic semblable à celui posé par les autres médecins de l'assuré. Ainsi, le Dr I. _____, spécialiste FMH en neurologie, qui examine l'assuré depuis de nombreuses années, diagnostique une "irritation post-traumatique de la queue de cheval" dès 2007 (rapports des 30 novembre 2007 et 19 février 2009, dossier OAI, pièces 314 et 732). Ce syndrome est de nature neurologique par la compression de cordons nerveux dans la partie inférieure de la colonne vertébrale, notamment en raison d'une hernie discale (Larousse médical 2012, p. 803; rapport du Dr J. _____, spécialiste FMH en radiologie, dossier OAI, pièce 731). Le médecin renomme ultérieurement ce diagnostic "irritation L5 bilatérale" (rapports des 7 février 2012 et 25 mai 2012, dossier OAI, pièces 894 et 733). Le Dr K. _____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, ne relève pas de déficit neurologique en 2008 mais mentionne, en 2012, une "irritation radiculaire L5 bilatérale" (rapport des 30 janvier 2008 et 22 mars 2012, dossier OAI, pièce 896 et 752). Le Dr L. _____, chiropraticien, retient, aussi, le diagnostic "irritation post-traumatique de la queue de cheval" (rapport du 21 janvier 2010, dossier OAI, pièce 522; cf. ég. pièces 321, 621, 706, 708, 729 et 774). Suite à une IRM fonctionnelle à Zurich, le chiropraticien précise la présence d'une sténose en position debout et de plusieurs niveaux de neuro-compression en position debout (rapport du 15 février 2012, dossier OAI, pièce 736). Au final, seuls les médecins de la Clinique C. _____, mentionnent, en 2010, la présence d'une "polyneuropathie sensitivomotrice [...] aux membres inférieurs distaux,

qui peut être mise sur le compte du diabète nécessitant un traitement intense". Cette comorbidité est nommée "polyneuropathie diabétique" mais n'est pas citée dans les diagnostics primaires et secondaires, rendant douteuse son influence sur la capacité de travail (rapports du 1er avril 2010 et du 7 juin 2010, dossier OAI, pièce 584 et 565). Partant, en retenant les douleurs qualifiées de sciatalgies, l'expert somaticien a également pris en compte les investigations neurologiques effectuées depuis de nombreuses années. L'expert-somaticien mentionne encore, en tant que diagnostic sans influence sur la capacité de travail, une obésité sévère (BMI de 38) et un déconditionnement musculaire. Selon lui, ces diagnostics contribuent à aggraver le tableau clinique de l'assuré (expertise somatique, dossier OAI, pièce 842). A ce titre, les plaintes du recourant quant à la non prise en considération par l'expert des limitations causées par la surcharge pondérale ne sont pas fondées. La présence d'un excès de poids est déjà attestée en 1989 (expertise neurologique du 16 août 1989, dossier OAI, pièce 212) et s'est aggravée avec les années (cf. notamment rapport du 29 juin 1990, dossier OAI, pièce 267). Celle d'une obésité sévère (BMI situé entre 35 et 40, à la différence d'une obésité morbide où le BMI est supérieur à 40; Larousse Médical 2012, p. 659) est attestée depuis 2010 (rapport du 22 février 2010 qui cite un BMI de 35, dossier OAI, pièce 536). Une hypertension artérielle, un diabète et une hypercholestérolémie, tous traités, sont associés à ce trouble (divers rapports médicaux, dossier OAI, pièces 320, 527, 544, 557, 589, 673, 909). La Dresse D. _____ retient ainsi que la "symptomatologie aigüe est certainement péjorée par l'importante obésité et la dysbalance musculaire" (rapport d'examen du 20 septembre 2011, dossier OAI, pièce 673). Autrement dit, sur le vu de ces éléments, l'influence de l'obésité sur la capacité de travail a été examinée et prise en compte. Partant, la réalisation de nouvelles investigations orthopédiques ou neurologiques n'apparaît pas nécessaire le dossier étant suffisamment instruit sur ces points.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert-psychiatre, le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et en médecine pharmaceutique, constate l'absence de maladie psychiatrique incapacitante. Il retient, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles de l'adaptation (F43.2), actuellement en rémission et existant depuis décembre 2011. Selon lui, en l'absence de douleurs inexplicables par un processus physiologique, il n'y a pas de syndrome douloureux somatoforme. Il ajoute que l'anamnèse de l'assuré et l'examen actuel ne permettent plus de retenir de symptôme dépressif manifeste mais correspondent à la rémission d'un trouble de l'adaptation. A ce titre, il considère que l'expertisé n'a aucune limitation fonctionnelle et possède une capacité de travail entière au plan psychique, mental et social (expertise psychiatrique, dossier OAI, pièce 635). Ces conclusions ne sont pas contredites par le dossier médical. Ainsi, le Dr M. _____, du Réseau fribourgeois de santé mentale, présente des diagnostics semblables et retient qu'il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychique (rapport du 10 septembre 2012, dossier OAI, pièce 818). Le Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, relève l'absence de diagnostic psychique invalidant et renvoie aux troubles somatiques (rapport du 22 février 2012, dossier OAI, pièce 536). Le Dr G. _____, bien que retenant un diagnostic de labilité anxio-dépressive, le considère sans influence sur la capacité de travail (rapport du 2 mars 2010, dossier OAI, pièce 557). Les médecins de la Clinique C. _____ affirment aussi qu'il "n'y a pas de signes orientant vers un trouble dépressif actuellement. Il n'y a pas d'éléments non plus pour un trouble anxieux spécifique" (rapport du 26 mars 2010, dossier OAI, pièce 580). Au final, seul le Dr L. _____ mentionne que son patient est dépressif

depuis 2010 (rapport du 5 décembre 2013). La présence d'idées suicidaires est également citée par le chiropraticien en 2012 (rapport du 15 février 2012, dossier OAI, pièce 736). Ces deux rapports – peu diserts et émis par un non spécialiste – sont contredits par l'ensemble des autres pièces du dossier. Par ailleurs, l'assuré a expressément nié la présence d'idées suicidaires à l'expert (expertise psychiatrique, dossier OAI, pièce 635). Les conclusions du Dr L. _____ ne convainquent par conséquent pas la Cour. Au vu de ce qui précède, la réalisation d'une autre expertise psychiatrique n'est pas, non plus, nécessaire étant, par ailleurs, rappelé que si l'obésité n'a pas été prise en compte sur le plan psychique, elle l'a été sur le plan somatique dans le cadre de l'expertise du Dr E. _____. cc) Sur le plan thérapeutique, le Dr E. _____ est d'avis que "l'étendue et l'importance des lésions contre-indiquent un geste chirurgical. Un syndrome adjacent est inévitable dans cette situation et risque d'aggraver les plaintes, en cas de spondylodèse" (expertise somatique, dossier OAI, pièce 842). A la lecture du dossier, seul le Dr K. _____ affirme sans réserve qu'une intervention pourrait avoir un effet bénéfique et pourrait améliorer la situation socioprofessionnelle du recourant (rapport du 22 mars 2012, dossier OAI, pièce 752). Son avis n'est pas motivé et n'est repris par aucun membre du corps médical. Les Drs O. _____ et P. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, envisagent la réalisation d'une intervention mais de manière subsidiaire. Le premier ne suggère pas de traitement opératoire mais des infiltrations ou des radiofréquences dans un premier temps. Une éventuelle intervention chirurgicale n'est envisageable qu'en cas d'échec de ces mesures (rapport du 20 juillet 2009, dossier OAI, pièce 318). Le deuxième suit un raisonnement semblable en n'envisageant une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 intervention que dans un second temps vu l'âge du patient (rapport du 13 mars 2013, dossier OAI, pièce 745). Les autres médecins déconseillent toute nouvelle intervention et partagent intégralement le point de vue de l'expert. Ainsi, le Dr G. _____ estime qu'une nouvelle intervention chirurgicale est des plus hypothétique et avec un succès qui semble limité (rapport du 22 septembre 2009, dossier OAI, pièce 320). Les médecins de la Clinique C. _____ qualifient la situation de médicalement stabilisée car on ne peut pas attendre des traitements un effet significatif sur les aptitudes fonctionnelles, mais uniquement un effet sur la qualité de vie (rapport du 7 juin 2010, dossier OAI, pièce 589). Le Dr Q. _____ indique que de nombreux médecins (y compris lui) ont tenté de dissuader l'assuré de faire une nouvelle intervention mais que celui-ci est désespéré et serait prêt à faire réaliser cette intervention, vue comme celle de la dernière chance (rapport du 5 novembre 2011, dossier OAI, pièce 909). Le Dr R. _____ est pour sa part d'avis qu'il est très improbable qu'une intervention chirurgicale puisse apporter un soulagement (rapport du 12 décembre 2012, dossier OAI, pièce 917). La Dresse D. _____ met également en évidence l'absence de nécessité d'une nouvelle intervention (rapports des 20 septembre 2011 et 26 mars 2013, dossier OAI, pièce 673 et 952). Dès lors, les critiques du recourant relatives à l'absence de mesures d'instruction suffisantes s'agissant de l'adéquation d'une intervention ne sont pas fondées. On ajoute que cette question n'influence pas le droit à la rente, respectivement la capacité de travail résiduelle, questions ici litigieuses. dd) Au vu de ce qui précède, la Cour retient que le recourant souffre de troubles somatiques sur le plan orthopédique (dorso-lombalgies) – ne pouvant être améliorés par une intervention –, d'une obésité sévère (BMI de 38) et d'un déconditionnement musculaire. Les troubles psychiques allégués n'ont, pour leur part, pas d'influence sur la capacité de travail. b) Sur le plan de la capacité de travail, le Dr E. _____, est d'avis qu'en cas de poursuite d'un traitement conservateur, "on peut

envisager au maximum une capacité de 50% dans une activité adaptée, avec les mesures habituelles d'épargne vertébrale: travail en position alternée assis-debout, pas de port de charge au-delà de 5 kg, pas de travaux lourds" et une marche limitée à quelques minutes. Il ne mentionne pas de perte de rendement. Dans l'ancienne activité, la capacité de travail est nulle depuis novembre 2009 (expertise somatique, dossier OAI, pièce 842). Ces conclusions sont contestées par le recourant qui s'appuie sur les avis des Drs R._____ et L._____. Le Dr R._____ considère que le recourant "devrait bénéficier d'une rente AI d'au moins 75%" (rapport du 12 décembre 2012, dossier OAI, pièce 952). Outre qu'il n'appartient pas au médecin de déterminer le droit à la rente, force est de constater que le médecin n'allègue ce taux qu'au moyen de diagnostics médicaux sans expliciter leur influence sur la capacité de travail, notamment en citant les limitations fonctionnelles causées. Cet avis ne saurait convaincre la Cour. Le Dr L._____, pour sa part, après avoir estimé la capacité de travail à 50% dans un premier temps, considère progressivement que l'incapacité de travail de son patient est totale en raison d'une aggravation de son état de santé (cf. dossier OAI, pièces 522, 621, 706, 708, 736 et 960). Dans un rapport de 2010, il indiquait les limitations suivantes: nécessité d'un changement régulier de position, pas de travail à genoux ou accroupi, pas de travail nécessitant une inclinaison du buste ou de se baisser, pas d'horaire de travail irrégulier, de travail en hauteur ou sur une échelle,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 de déplacements sur sol irrégulier et, finalement, pas d'environnement soumis au froid, au bruit et à la poussière. A ce moment là, le chiropraticien estimait la capacité de travail quotidienne à 3-4 heures, soit environ 45% (rapport du 13 décembre 2010, dossier OAI, pièce 621). Ces limitations ne seront par la suite plus explicitées mais complétées ou précisées. Ainsi, dans un rapport du 15 février 2011, invoquant une capacité de travail nulle, il ajoute notamment que son patient demeure en position antalgique depuis 2007. Il précise qu'il n'est plus en mesure de marcher après avoir fait ses exercices thérapeutiques, n'a plus de vie de famille car ne peut pas planifier en raison de ses problèmes, et a des difficultés à voyager (dossier OAI, pièce 736; cf. également le rapport du 30 juin 2014 indiquant une incapacité totale de travailler du 9 janvier 2012 au 31 juillet 2014). Cependant, en raison du rapport de confiance qui le lie à son patient, l'avis du chiropraticien doit être pris en considération avec une certaine prudence. Or, son opinion est isolée s'agissant de l'incapacité de travail totale de son patient. En effet, force est de constater que les autres médecins ayant apprécié la situation de l'assuré confirment les conclusions de l'expert. Ainsi, la Dresse D._____ retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, prenant exemple d'une activité exercée lors d'un stage. Celle d'acheteur n'est plus exigible car elle ne remplit pas les critères des limitations fonctionnelles relevées (rapports du 26 mars 2013, dossier OAI, pièce 952; cf. ég. pièce 760). Le Dr Q._____ est également d'une opinion semblable, retenant une capacité de travail d'environ 50% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues se confondent avec celles citées par l'expert (rapport du 5 novembre 2012, dossier OAI, pièce 909). Le Dr I._____ mentionne, quant à lui, une durée de travail hebdomadaire de 20h, se recoupant avec un taux d'environ 50% (rapport du 13 février 2012, dossier OAI, pièce 726). Le Dr G._____ cite une perte de rendement de 50% (rapport du 2 mars 2010, dossier OAI, pièce 557). Les médecins de la Clinique C._____ ont retenu une capacité de travail se montant à 50% dès le 10 mai 2010 (rapport du 7 juin 2010, dossier OAI, pièce 589). Partant, la Cour retient que l'assuré possède une capacité de travail de 50%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée permettant un travail en position alternée assis-debout, sans de port de charge supérieur à 5 kg et sans travaux lourds. 4. Dans

la décision litigieuse, l'OAI a considéré que l'assuré était en mesure d'effectuer son ancienne activité d'acheteur et a procédé à l'évaluation de son degré d'invalidité en utilisant la méthode de comparaison en pourcentage. Cependant, l'ancienne activité d'acheteur n'est plus adaptée aux limitations constatées ci-avant, notamment en raison des nombreux déplacements. C'est ce dont conviennent par ailleurs les médecins précités ainsi que l'autorité intimée dans le cadre de ses ultimes remarques du 10 avril 2014. Cela étant, il convient de déterminer l'activité adaptée à ces limitations. L'OAI a, dans le cadre de l'échange d'écritures, produit un rapport de synthèse de sa conseillère en réadaptation. Cette dernière retient, comme activité exigible, celle d'agent d'exploitation et de logistique. Selon elle, l'assuré "est en possession d'un brevet fédéral et cette activité était pleinement adaptée aux limitations fonctionnelle car elle consiste en la gestion et planification de processus de production". A ce titre elle retient un salaire à 50% de 51'919 fr. 15 selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS 2010; TA1, divisions 69-75, niveau de qualification 1+2). Le brevet fédéral d'agent d'exploitation du recourant a été délivré par le centre de formation S._____ . Selon son site officiel, ce brevet s'appelle désormais brevet fédéral d'agent de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 processus. L'agent de processus intervient lors de l'élaboration et le suivi de tout processus de production, quel qu'en soit le produit et la branche économique, industrie ou services. Comme l'indique la conseillère en réadaptation, l'assuré avait travaillé six mois en tant que remplaçant d'un responsable de la planification de la logistique d'une entreprise de fin 2011 à début 2012. Son employeur indiquait alors que "les problèmes de dos manifestes dont souffre [l'assuré] ont nécessité une certaine flexibilité de [sa] part et une adaptation du poste mais [il tient] à relever que sa conscience professionnelle hors du commun et sa détermination à lutter, faisant abstraction de son handicap afin d'effectuer un travail de qualité dans les délais impartis ont fait de lui un collaborateur très apprécié [qu'ils engageraient] volontiers si l'occasion d'une collaboration se présentait" (certificat de travail du 5 mars 2012, dossier OAI, pièce 741). Partant, cette activité apparaît être adaptée à son état de santé. La sphère de compétence dans une telle tâche ne correspond pas à la division 69-75 ("activités spécialisées, scientifiques et techniques") retenue par la conseillère en réadaptation. Cette division comprend des activités dans des domaines spécifiques tels que le droit, la comptabilité, l'architecture, l'ingénierie, la recherche et le développement scientifique, la gestion d'entreprises, la communication, la publicité ou la médecine vétérinaire (cf. LOGA 2008, section M). De tels domaines ne correspondent ni à la formation, ni à l'expérience du recourant. L'activité adaptée correspondrait plutôt à la division 77-82 ("activités de services administratifs et de soutien"), moins spécialisée que la division 69-75 (cf. LOGA 2008, section N). Quoi qu'il en soit, il convient de fonder le revenu d'invalidité sur la valeur moyenne du secteur privé. Compte tenu du fait que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, force est d'admettre que la plupart sont adaptées aux limitations physiques précitées, sans perte de rendement. Une telle pratique est par ailleurs conforme à la jurisprudence (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Il convient également de prendre en considération la formation et l'expérience professionnelle variée du recourant (cf. curriculum vitae, dossier OAI, pièce 551) qui lui permettent d'utiliser ses compétences dans des domaines très différents, non limités aux "activités de services administratifs et de soutien". Le niveau de qualification 1+2 retenu par l'autorité intimée est adéquat. Le recourant est, en effet, titulaire d'un CFC de mécanicien, d'un brevet fédéral d'agent d'exploitation ainsi que d'un diplôme de technicien d'exploitation

ET. Il possède également une expérience professionnelle longue et variée. S'il est resté éloigné de la profession d'agent d'exploitation depuis 2004, il a, par contre, exercé la profession d'acheteur. Cette activité à responsabilités consistait en la négociation et l'achat de pièces, ainsi que la gestion complète du produit, y compris l'implantation de sites de production, la planification, le lancement en fabrication, le suivi qualité et la gestion des fournisseurs (curriculum vitae, dossier OAI, pièce 551). Elle était donc proche de celle d'agent d'exploitation. Il convient également de prendre en considération le travail de planificateur exercé durant six mois à 50% fin 2011 (certificat de travail du 5 mars 2012, dossier OAI, pièce 741). Au vu de ce qui précède, pour l'année 2010, le salaire mensuel brut dans une activité adaptée se monte à 6'346 francs (ESS 2010, tableau TA1, total secteur privé, niveau de qualification 1+2, hommes). Fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle était de 41,6 heures, le salaire mensuel se monte à 6'599 fr. 84. S'agissant d'un taux de 50%, le revenu mensuel brut avec invalidité est par conséquent de 3'299 fr. 92, soit 39'599 francs annuellement (3'299 fr. 92 x 12).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Dans son ancienne activité, en 2009, selon le questionnaire rempli par son ancien employeur (questionnaire du 7 janvier 2010 et annexes, dossier OAI, pièce 505), l'assuré avait un revenu de 100'503 francs. Quand bien même l'assuré a, au final, été licencié pour des motifs économiques, force est de constater que, dans un premier temps, il a réduit son temps de travail à 50% en raison de problèmes de santé médicalement attestés dès avril 2009. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur le revenu de l'ancienne activité. Partant, en 2010, compte tenu de l'indexation (0.8% pour 2010), le salaire sans invalidité se serait monté à 101'307 francs. Il résulte de la comparaison des revenus avec invalidité (39'599 francs) et sans invalidité (101'307 francs) une perte de gain de 61'708 francs. Cela correspond à un degré d'invalidité de 60,91%, arrondi à 61% (cf. ATF 130 V 121). Un degré d'invalidité supérieur à 60% et inférieur à 70% donne droit à un trois-quarts de rente. 5. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis. Partant, la décision attaquée est modifiée en ce sens que l'assuré se voit reconnaître un droit à percevoir un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période débutant au 1er juin 2010 (échéance du délai de six mois au sens de l'art. 29 al. 1 LAI). Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de 800 francs, lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par un organisme d'utilité publique (cf. ATF 135 I 1), a droit à des dépens pour ses frais de défense. Compte tenu des seules opérations strictement nécessaires ainsi que de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à 1'200 francs, débours et éventuelle TVA comprise, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours de A. _____ est admis. Partant, la décision attaquée est modifiée en ce sens que l'assuré perçoit un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1er juin 2010. II. Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de 800 francs, lui est restitué. III. L'indemnité de partie est fixée à 1'200 francs, débours et éventuelle TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au

Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 19 février 2015/pte Président Greffier

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