

# FR\_GERICHTE 608 2014 209 vom 21. April 2016

FR Kantonsgericht, 2016-04-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_209](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_209)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 209 du 21 avril 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 209 del 21 aprile 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 10

juin 2015. Il sera fait état des arguments développés par elles 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. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) A teneur 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 LAI, 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. 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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 de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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). b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). c) 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). 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). 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 29 janvier 2008). d) Il convient encore de rappeler que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite, en règle générale, l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué. Ainsi, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à cette date (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. La décision du 4 octobre 2010, octroyant une rente entière en raison d'un degré d'invalidité de 100%, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. Pour sa part, la communication du 21 décembre 2010 se fonde uniquement sur un questionnaire rempli par l'assuré. A ce titre, elle ne repose pas sur une constatation suffisante des faits pertinents, étant souligné qu'aucune nouvelle appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit n'a été réalisée. a) Cela étant, il se doit d'être rappelé pour quels motifs l'autorité intimée a reconnu un degré d'invalidité de 100% à son assuré et lui a octroyé une rente entière dans sa décision initiale du 4 octobre 2010 (dossier OAI, pièce 377). Ces conclusions se fondaient essentiellement sur l'expertise du 19 janvier 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Dans celle-ci, le médecin diagnostiquait un syndrome vertébral lombaire persistant ainsi qu'un syndrome radiculaire irritatif L5 gauche en rapport avec des récurrences de hernie discale. A son avis, l'exploré devait être considéré comme non stabilisé et en incapacité totale de travailler depuis octobre 2005 jusqu'au jour de l'expertise. Une nouvelle opération étant prévue, l'expert indiquait néanmoins ne pas être en mesure de parler de stabilité définitive de l'état de santé dès lors que ce serait seulement après "cette dernière et nous espérons ultime opération que l'on pourra parler de séquelles définitives stabilisées" (dossier OAI, pièce 283). b) Dans la décision litigieuse du 16 octobre 2014, l'autorité intimée a considéré que l'assuré était en mesure d'augmenter son activité professionnelle jusqu'à un taux de 50% dans une activité adaptée, par exemple dans la production industrielle légère. Il s'appuie sur un rapport du 25 novembre 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, qui reprend expressément l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 21 juin 2013, ce dernier considère que son patient peut exercer une activité avec un port de charge limité jusqu'à

## **E. 15**

kg et des changements fréquents de position. Selon lui, un taux de 50% peut être envisagé mais doit être déterminé plus précisément par des stages (dossier OAI, pièce 531; cf. ég. pièces 491, 494 et 510). Selon le médecin SMR, les conclusions du chirurgien-orthopédiste sont parfaitement cohérentes et tiennent compte des lombalgies résiduelles que présente

l'assuré. Il estime ainsi qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de cette exigibilité ni de réaliser un examen médical (rapport du 25 novembre 2013; dossier OAI, pièce 539). A ces conclusions, le recourant oppose d'abord celles de son médecin traitant, le Dr I.\_\_\_\_\_. La lecture de ses différents rapports fait état d'une situation médicale relativement stable mais d'une évaluation fluctuante de la capacité de travail. Ainsi, dans son rapport du 23 mai 2011, le généraliste fait état d'un problème vertébral lombaire, opéré à quatre reprises. Il estime qu'une activité adaptée peut être réalisée à hauteur de maximum 4 heures par jour, ce qui équivaut peu ou prou à un 50%. Les limitations sont globalement identiques à celles mentionnées par le Dr H.\_\_\_\_\_, il faut cependant leur ajouter l'exposition au bruit, aux fumées et gaz, ainsi que le travail de nuit (dossier OAI, pièces 469ss). Par la suite, dans son rapport du 28 novembre 2011, ainsi que dans celui du 15 septembre 2014 qui y renvoie, le médecin fait part d'un état de santé stationnaire, de diagnostics inchangés et d'un pronostic plutôt favorable. Néanmoins, il considère que son patient n'est plus en mesure d'exercer d'activité

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 même adaptée. A cet égard, il affirme que l'ensemble des capacités fonctionnelles sont limitées à l'exception de son intellect et de son comportement à l'égard de son entourage (dossier OAI, pièces 480 et 556). Cette dichotomie entre un état de santé affirmé inchangé et l'évaluation fluctuante de la capacité de travail met en doute les conclusions du médecin. Cela laisse notamment penser que l'évaluation de la capacité de travail est, à tout le moins en partie, dictée par les plaintes du patient ou par des facteurs étrangers à l'invalidité. Pour contredire l'opinion du Dr H.\_\_\_\_\_, le recourant a également produit divers rapports de ses autres médecins. Néanmoins, la Cour rappelle que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse. Or, les rapports médicaux produits par le recourant ont tous été établis postérieurement à la décision ici litigieuse de novembre 2014. Reste à examiner s'ils traitent également d'un état de fait antérieur à la décision contestée. Dans la négative, les constats médicaux qui y figurent n'auraient pas à être pris en compte. Le rapport du 24 novembre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, fait état de l'historique du patient. Néanmoins, il faut souligner que le médecin n'a pas été consulté par l'assuré entre octobre 2010 (questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité du 18 octobre 2010; dossier OAI, pièce 387; cf. ég. pièce 328) et novembre 2014 (recours, n° 29). Pour ces motifs, plutôt que d'évaluer une période, le médecin fait une évaluation ponctuelle – et postérieure à la décision litigieuse – de l'état de son patient qu'il étend à la situation existante lors de sa dernière intervention quatre ans plus tôt. C'est ce que confirme l'oubli, par le médecin, de mentionner une intervention effectuée le 20 février 2012 (dossier OAI, pièces 494 et 508). Au vu de la durée sans suivi de plus de quatre ans, cette manière de faire ne permet pas d'exclure que l'état de santé ait évolué durant ce laps de temps. Tout au plus, le document pourrait éventuellement se voir reconnaître une valeur probante s'agissant de la situation au moment de la consultation, postérieure à la décision ici en cause. Il ne concerne dès lors pas la présente procédure. Les rapports du Dr H.\_\_\_\_\_ du 26 février et du 2 avril 2015 mentionnent une péjoration de la symptomatologie au moment de la consultation, soit cinq mois après la décision litigieuse. Pour leurs parts, les deux rapports d'imagerie médicale du 21 décembre 2014 et du 19 mars 2015 se contentent chacun de décrire un examen ponctuel de décembre 2014. Ces quatre documents traitent expressément d'un état de fait postérieur à la décision litigieuse et n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Au vu de ce qui précède, le recourant ne parvient pas à mettre en doute les conclusions précédentes

du Dr H. \_\_\_\_\_, reprises par le SMR. Le rapport médical du 25 novembre 2013 remplit par ailleurs toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical. Suivant l'assuré depuis de nombreuses années et ayant même exécuté les opérations de 2008, 2009 et 2012, le médecin s'est fondé sur des examens complets et a pris en considération les plaintes émises. Pour les mêmes motifs, il n'est pas contestable que le médecin ait eu pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier médical. Les points litigieux ont été examinés de manière brève mais néanmoins suffisamment détaillée, particulièrement complétés par les multiples interventions du médecin dans le dossier asséculo-logique. A ce titre également, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont suffisamment motivées.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Finalement, d'autres éléments du dossier permettent indirectement de confirmer les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_. Ainsi, ces dernières vont dans le sens de ce que le médecin prévoyait en juin 2010, alors qu'il n'excluait pas qu'un travail léger puisse être réalisé à un pourcentage de 20% ou 30% dans un domaine bien adapté mais estimait n'être en mesure de se prononcer qu'au plus tôt six mois après la dernière opération réalisée (rapport du 16 juin 2010; dossier OAI, pièce 344). Elles vont aussi dans le sens de l'évolution prévue par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son expertise du

#### **E. 19**

janvier 2009. Alors qu'au moment de l'expertise l'expert estimait l'exploré incapable de travailler, il n'excluait pas que la situation se stabilise et que la rente entière de l'assurance-invalidité devienne une rente partielle suite à l'opération agendée en avril 2009 (dossier OAI, pièce 283). En outre, les conclusions sont également validées par la forte diminution du nombre de consultations entre 2010 et 2014. A cet égard, on peut estimer qu'une forte diminution de la demande de soins va dans le sens d'une amélioration de l'état de santé, particulièrement si elle est constatée par certains intervenants au dossier comme en l'espèce. En effet, au moment de la décision litigieuse, le recourant n'avait plus consulté de spécialiste depuis mai 2013 (dossier OAI, pièce 541), soit depuis plus d'une année et demi. Les consultations du Dr H. \_\_\_\_\_ s'étaient espacées depuis 2011 (dossier OAI, pièce 475 et 507) et les Drs L. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 387) et M. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 311) n'étaient plus consultés depuis 2010. Partant, les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_, confirmées par le SMR, sont convaincantes. La Cour retient que l'assuré est en mesure de travailler à un taux de 50% dans une activité adaptée sans port de charge supérieur à 15 kg et permettant l'alternance des positions assise et debout. c) Reste encore à déterminer le taux d'invalidité qui résulte de cette capacité résiduelle de travail. Dans ses écritures, le recourant n'a pas contesté les chiffres retenus par l'autorité intimée pour évaluer les revenus avec et sans invalidité. Ceux-ci seront examinés d'office par la Cour de céans. Le revenu d'invalidité a été fixé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ci-après: ESS) en retenant le salaire mensuel brut auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé de CHF 4'901.- (TA1, totaux, 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 en 2014 (41,7 heures) et compte tenu de l'indexation ce montant doit être porté à CHF 5'280.-. Diminué à 50% pour tenir compte de la capacité de travail réduite de l'assuré, l'on parvient à un revenu mensuel de CHF 2'640.-. Le revenu annuel d'invalidité se monte dès lors à CHF 31'680.-. Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée a retenu un salaire sans invalidité de CHF 72'030.66 correspondant au salaire moyen qu'obtenait le

recourant en tant que plâtrier. Néanmoins, tant dans sa décision du 9 septembre 2006 que dans celle du 4 octobre 2010, l'autorité intimée avait pris en compte un revenu de valide de CHF 84'189.95. Ce montant correspondait à la moyenne des revenus de l'activité principale (plâtrier) et accessoire (concierger) sur les années 2000 à 2004. Ce second montant chiffre de manière plus précise les revenus que percevait effectivement le recourant lorsqu'il était en santé. Il permet aussi une évaluation de l'évolution de la capacité de gain à la lumière des mêmes critères que ceux ayant présidé à l'octroi de la rente. Partant, il convient de se référer au revenu annuel de valide de CHF 84'189.95 pour 2006, indexé pour l'année 2014 à CHF 92'792.40. Il résulte de la comparaison des revenus un taux d'invalidité de 65.8%,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 A relever que le degré d'invalidité demeurerait inférieur à 70% même s'il avait été tenu compte d'un abattement supplémentaire de 5% dans l'évaluation du salaire d'invalidé, notamment pour tenir compte de l'âge du recourant (né en 1957). L'OAI était par conséquent en droit de considérer que la capacité de gain de son assuré s'était améliorée et qu'il ne pouvait désormais plus prétendre qu'à un trois-quarts de rente. 4. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance de frais. Pour les mêmes motifs, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 21 avril 2016/pte Président Greffier

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