

# FR\_GERICHTE 608 2014 35 vom 8. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_35](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_35)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 35 du 8 juin 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 35 del 8 giugno 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 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 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. b) 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). 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 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). Pour fixer le revenu d'invalidité est déterminante la question de savoir si l'assuré peut économiquement utiliser ses forces de travail résiduelles. Font partie du marché du travail équilibré

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 les "emplois de niche" pour personnes handicapées (Nischenarbeitsplätze), soit les emplois ou offres d'emploi destinées aux handicapés avec soutien social de la part de l'employeur. Par ailleurs, on ne peut plus parler d'opportunité de travail lorsque l'activité convenable n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas ou lorsqu'elle ne serait possible que moyennant un revenu de complaisance, et que, par conséquent, trouver une telle place de travail apparaît a priori comme étant exclu (arrêt TF 9C\_910/2001 du 30 mars 2012, consid. 3.1 et 3.2, et les références citées). Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative, ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité. L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (arrêt TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3). c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C\_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). En outre, le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidité. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais

s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 précité consid. 4.2). d) 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 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 et arrêt TF 9C\_745/2010 précités). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 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; RAMA 1996 n°256 p. 217 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). L'autorité amenée à statuer peut légitimement renoncer à accomplir des actes complémentaires d'instruction lorsqu'elle est persuadée que ceux-ci ne changeront rien à sa conviction (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. notamment arrêt TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 3 et les références).

### **E. 3**

En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si le recourant peut se prévaloir d'une incapacité de travail totale ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. a) Il allègue tout d'abord que les rapports médicaux du 29 novembre 2012 et du 10 février 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestent d'une incapacité totale de travailler dans toute activité, y compris dans une activité adaptée, et que son état s'est détérioré depuis avril 2013. Dans ses deux rapports médicaux, le Dr D. \_\_\_\_\_ atteste toutefois de la situation et de l'incapacité de travail au moment de leur rédaction, tel que cela ressort des questions posées et des réponses. Le rapport du 29 novembre 2012 indique ainsi qu'à cette date ("actuellement"), toute activité est impossible. De plus, si son état de santé actuel (donc à la date du rapport) ne lui permettrait pas d'exercer une activité moins pénible à 100 %, le médecin précise qu'il prendra en charge chirurgicalement le canal carpien de la main gauche, avec pour conséquence une incapacité de travail d'un mois seulement dès l'opération. La seule indication relative à une incapacité de travail future et durable est qu'après cette opération, "une activité de maçon est contre-indiquée par rapport à son syndrome brachio-céphalique du membre supérieur gauche" (dossier OAI p. 175). Par ailleurs, le rapport du 10 février 2014, établi après la décision attaquée, ne parle lui aussi qu'exclusivement de la situation médicale au moment de sa rédaction ("actuellement") et n'atteste pas d'une quelconque aggravation, mais seulement de la persistance des douleurs (bordereau du 8 septembre 2014, p. 2). Le médecin n'explique de plus pas pour quelle raison précise il revient sur ses rapports du 28 octobre 2013 et 5 novembre 2013 dans lesquels il estime que le recourant est capable de travailler dans une activité adaptée. Il n'est dès lors pas possible de déduire de

ces deux rapports que le recourant était totalement incapable de travailler dans toute activité, adaptée ou non, au moment de la décision attaquée. Une incapacité totale de travailler dans toute activité ne ressort pas non plus des autres pièces du dossier, malgré les différents diagnostics posés. En effet, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, diagnostique le 10 octobre 2012 un conflit sous-acromial gauche et un Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 tunnel carpien et indique que l'incapacité de travail en tant que maçon est de 100 %, sans se prononcer au sujet d'une activité adaptée (dossier OAI p. 57). Le 28 janvier 2013, il atteste d'une amélioration de l'état de santé et ne retient plus qu'un status après cure de tunnel carpien gauche (réalisée le 4 décembre 2012) et relève que le Dr D. \_\_\_\_\_ lui a fait part d'une reprise du travail dès le 14 janvier 2013 (dossier OAI p. 84). Celui-ci confirme la reprise du travail à 100 % dès la mi- janvier 2013 dans son rapport du 12 février 2013 et retient comme diagnostics un syndrome cervico-radiculaire irritatif C7 à gauche et le canal carpien gauche (dossier OAI p. 91). Il reprend ces mêmes diagnostics le 28 avril 2013 et indique que, si l'activité de maçon est entièrement inexigible, une activité de bureau est possible à condition de respecter les limitations fonctionnelles, à savoir 8h de travail par jour et éviter le port de charges en porte-à-faux (dossier OAI p. 108 et 171). Le 27 mai 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin du service médical régional, confirme que l'activité de maçon n'est plus exigible, au contraire d'une activité adaptée ménageant le bras gauche et respectant les limitations fonctionnelles – pas de port de charge à gauche et pas de mouvement au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche (dossier OAI p. 123). Le 8 octobre 2013, il indique que l'arthroscopie de l'épaule du 26 juin 2013 a justifié une incapacité totale de travail durant trois mois dès l'opération (dossier OAI p. 192). Le 28 octobre 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ atteste une amélioration de l'état de santé après l'intervention chirurgicale, le recourant se plaignant toutefois de cervicalgies. Il diagnostique une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et un canal carpien de la main gauche, et précise les limitations fonctionnelles: éviter le port de charges en porte-à-faux, ne pas travailler plus de 8h par jour, ne pas lever les bras au-dessus de la tête, ne pas soulever et porter plus de un kilo, ne pas utiliser le bras gauche et ne pas monter sur une échelle ou un échafaudage. En respectant ces limitations, une autre activité que celle de maçon, par exemple une activité de bureau, est exigible sans diminution de rendement (dossier OAI p. 199). Le

## **E. 5**

novembre 2013, il relève une amélioration de la symptomatologie et une diminution des douleurs à l'épaule tandis que subsistent des douleurs cervicales. Ainsi, il ressort de ce qui précède qu'une incapacité de travail n'est attestée qu'en relation avec l'opération du canal carpien (opération le 4 décembre 2012, reprise du travail le 14 janvier 2013) et avec l'arthroscopie du 26 juin 2013 (activité adaptée exigible dès le 28 octobre 2013), une activité adaptée à 100 %, respectant les limitations fonctionnelles, étant pour le reste exigible. Certes, le Dr D. \_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité à 100 % dans de nombreux certificats intitulés "incapacité de travail" ou "arrêt de travail" dès le 25 juillet 2012 (notamment dossier OAI p. 85, 97, 99, 103, 112, 132, etc). Ces certificats ne contiennent toutefois aucune indication sur l'état de santé du recourant et n'indiquent pas s'ils concernent uniquement l'activité de maçon ou toute autre activité, de sorte qu'il n'en sera pas tenu compte. Il en est de même des certificats établis à l'attention de l'assurance perte de gain, lesquels ne comportent pas non plus d'indication sur l'état de santé de l'assuré et sont établis en lien direct avec l'entreprise qui l'employait en tant que maçon (dossier OAI notamment p.

43, 113, 216, etc.). Enfin, le rapport du 5 septembre 2014 de la physiothérapeute n'est pas non plus de nature à remettre en cause l'exigibilité d'une activité adaptée. Il ne se prononce en effet pas sur la capacité de travail au moment de la décision attaquée et surtout n'émane pas d'un médecin. Enfin, les douleurs cervicales ne sont, contrairement à l'avis du recourant, pas un fait nouveau puisque le Dr D. \_\_\_\_\_ en a déjà tenu compte dans son rapport du 28 octobre 2013, dans lequel il a retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Il en a fait de même dans son rapport du 5 novembre 2013.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 b) Le recourant soutient ensuite que son assurance perte de gain a également considéré qu'il était totalement incapable de travailler. Dans sa pris de position du 6 novembre 2012, l'assurance perte de gain a retenu qu'il pouvait être exigé du recourant qu'il exerce à 100 % une activité moins pénible que son métier de maçon. Le

## **E. 9**

juillet 2013, elle est revenue sur sa position au motif que de nouveaux éléments avaient donné lieu à une révision de son opinion quant à l'incapacité de travail et elle a continué à verser les indemnités journalières. Elle ne précise toutefois pas du tout quels sont ces nouveaux éléments, de sorte qu'elle ne peut être considérée au mieux que comme un indice, et non comme un élément pertinent. Par ailleurs, elle a retiré sa prise de position du 20 novembre 2013 par courrier du 13 février 2014 en raison de l'existence de nouveaux éléments. D'un contenu quasi identique à celui de sa lettre du 9 juillet 2013, on ignore une nouvelle fois à quoi correspondent les éléments nouveaux. De plus, la deuxième prise de position étant postérieure à la décision attaquée, il n'est pas possible d'en déduire que le recourant était totalement incapable de travailler en janvier 2014. c) Au vu de ce qui précède, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est exigible à 100 %. Les reproches du recourant sont dès lors mal fondés et il n'y a pas lieu de s'écarter des rapports médicaux figurant au dossier. Dans de telles circonstances, on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'une nouvelle expertise destinée à établir sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas nécessaire. Il y a lieu ici de préciser que la langue n'est pas un obstacle à une telle activité, d'autres professions que celles en lien avec les travaux de bureau étant possibles, comme celle d'ouvrier dans la production industrielle légère (citée en exemple par l'autorité intimée). Par ailleurs, le recourant ne conteste pas le calcul du revenu avec invalidité ni la réduction de 15 % au titre de désavantage salarial, qui ont au demeurant été correctement établis par l'autorité intimée. C'est dès lors à juste titre qu'une rente lui a été refusée. 4. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais effectuée le 13 mars 2014. L'assuré ayant succombé, il n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 13 mars 2014. 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 8 juin 2016/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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