

FR_GERICHTE 608 2014 71 vom 21. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_71

FR: FR_GERICHTE 608 2014 71 du 21 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 71 del 21 settembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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 (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. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). 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). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine 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; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire

réalisé en dernier lieu 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 p. 224 et la référence). En outre, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblables qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (arrêt TF U 87/05 du 13 septembre 2005, in RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2). Pour sa part, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). La mesure dans laquelle les

salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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. 5 p. 78 ss). c) Ainsi que l'ancien Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes, quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assesseur.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 d) 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 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). 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. arrêt TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). e) Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement

passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt TF 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.1 et 4.2 et les références citées). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1). Dans le contexte d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA au stade de la procédure judiciaire au terme de laquelle le tribunal peut confirmer par substitution de motif la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, la garantie du droit d'être entendu de l'assuré exige que celui-ci soit informé préalablement de la substitution de motif envisagée (ATF 125 V 368 consid. 4a et b; cf. aussi ATF 128 V 272 consid. 5b/bb). Une violation du droit d'être entendu ne doit entraîner l'annulation de la décision attaquée que dans la mesure où la reconsidération éventuelle de la décision initiale d'octroi de la rente n'a jamais été évoquée au cours de la procédure et où, par conséquent, aucune des parties en présence ne s'en est prévaluée et ne pouvait en supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références; arrêts 9C_394/2008 du 12 février 2009 consid. 2.3; 9C_340/2008 du 29 août 2008 consid. 5). f) 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. Les données médicales l'emportent notamment sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, ces dernières étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (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).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le 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). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt TF 9C_942/2014 précité consid. 10.1.3).

E. 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 30 juin 2008, octroyant un trois-quarts de rente en raison d'un degré d'invalidité de 62%, 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 17 décembre 2009 se fonde uniquement sur un questionnaire pour la révision de la rente – rempli par l'assuré – et un rapport médical de son médecin traitant, le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale. A ce titre, cette communication 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 apparemment été réalisée. a) Cela étant, il

se doit d'être examiné pour quels motifs l'autorité intimée a reconnu un degré d'invalidité de 62% à son assuré et lui a octroyé un trois-quarts de rente dans sa décision initiale du 30 juin 2008. L'office avait alors retenu que la capacité de travail de son assuré était de 50%, compte tenu d'un rendement diminué de 15%, dans une activité adaptée telle qu'ouvrier dans la production légère. Sur le plan diagnostique, dans ses deux rapports sur dossier du 20 septembre 2006 et du 9 janvier 2008, la Dresse K. _____, spécialiste FMH en médecin interne générale, du SMR, mentionnait les diagnostics de "status après spondylodès C1-C2 par Apofix et greffe tricorticale d'une fracture odontoïde instable (le 26.9.2005)", "Myélopathie cervicale post-traumatique", "syndrome du tunnel carpien des deux côtés principalement à gauche", "tétraplégie incomplète spastique de niveau sensitif D10L2 stade ASIA D sur myélopathie cervicale" et "paresthésies chroniques des deux mains, d'origine mixte, centrale et périphérique" (dossier OAI, pièces 205 et 279). Ces diagnostics étaient repris des différents rapports du chirurgien de l'assuré, le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. not. dossier OAI, pièces 99, 130, 201, 218, 235, 251, 259 et 275), et des médecins de D. _____ (dossier OAI, pièce 157). Plus spécifiquement s'agissant de l'incapacité de travail, les médecins de D. _____ avaient, en juillet 2006, estimé celle-ci à "100% jusqu'à [la] prise de position à la consultation du chirurgien traitant". Selon eux, la prolongation de l'incapacité était due au résultat d'un scanner des cervicales pouvant laisser présager la présence d'une "pseudoarthrose". Dès lors que, pour des raisons techniques, ce diagnostic n'avait pas pu être approfondi au sein de D. _____, les médecins avaient invité l'assureur-accidents à demander l'avis du chirurgien, le Dr M. _____, se ralliant implicitement à son avis (dossier OAI, pièce 157). Dans ses prises de position, ce dernier considérait initialement son patient comme totalement incapable de travailler depuis son accident

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 (dossier OAI, pièces 83 et 100). Toutefois, dès le mois de mai 2006, si, selon lui, les limitations fonctionnelles empêchaient l'exercice de l'ancienne activité, une réadaptation était possible à 50% dans une activité adaptée. Il estimait même que l'exercice d'une activité à 80% pourrait être possible après augmentation graduelle. Une activité adaptée ne devait pas comprendre de travail en hauteur, de port de charges de plus de 20kg et permettre un changement de positions. S'agissant particulièrement du diagnostic évoqué par les médecins de D. _____, il en a dénié la pertinence (dossier OAI, pièce 100, 130, 203, 274). Le médecin traitant de l'assuré, le Dr L. _____, ne donnait pas un avis contraire à celui du chirurgien lorsqu'il affirmait qu'au dernier contrôle de mars 2006, son patient était incapable de travailler (rapport du 10 juillet 2006, dossier OAI, pièce 62). Le Dr N. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, ne s'était pas prononcé s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, laissant son estimation à un collègue neurologue (dossier OAI, pièce 312). Ce dernier, le Dr E. _____, spécialiste FMH en neurologie, considérait que l'intéressé était apte à travailler à temps plein, compte tenu d'un rendement diminué d'une ou deux heures par jour (dossier OAI, pièce 328). Pour sa part, la Dresse K. _____ soulignait que l'assuré était apte à travailler dans une activité permettant l'alternance des positions, sans agenouillement ni inclinaison du buste, sans mouvements répétitifs de la nuque, des bras et des mains, sans travaux en hauteur ou sur une échelle, et avec port de charge limité à 15kg. Initialement fixée à 80%, la doctoresse avait dans un second temps estimé que la capacité de travail dans une telle activité était de 50% pour les douze mois suivants, la situation devant par la suite être réévaluée (rapport du 9 janvier 2008, dossier OAI, pièce 279). Il ressort de ce qui précède qu'en retenant, dans sa décision initiale du 30 juin 2008, une capacité de travail de 50%, compte tenu d'une perte de

rendement de 15%, l'OAI s'est éloigné de l'ensemble des conclusions des médecins de l'assuré, médecin-traitant compris. Ceux-ci mentionnaient une capacité de travail minimale de 50% dans une activité adaptée au plus tard dès juillet 2006. A la lecture du dossier, seules les conclusions des responsables de I. _____ sont proches de celles de l'OAI. Selon eux, une diminution de rendement de 10 à 20% – sur un taux horaire non précisé, l'assuré ayant effectué un stage à un taux de 50% – était compréhensible en raison de la sensibilité des doigts, des changements de position requis et des pauses que l'assuré s'accordait durant son stage (dossier OAI, pièce 272). Or, ces conclusions s'opposaient à celles de médecins au lieu de les compléter. Elles ne pouvaient pas valablement servir d'unique critère pour déterminer l'activité adaptée ni établir dans quelle mesure celle-ci était raisonnablement exigible (cf. arrêt TF I 277/04 du 11 avril 2005 consid. 2.3). En outre, déjà à l'époque, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'était pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. arrêts TF I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 4; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Au vu de l'ensemble qui précède, l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et du revenu hypothétique y relatif dans la décision du 30 juin 2008, qui se fondait sur le rapport d'un centre d'observation professionnelle, était contraire au droit et à la jurisprudence en vigueur à l'époque. A ce titre, la décision du 30 juin 2008 est manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 b) En présence d'une décision initiale manifestement erronée, il convient maintenant de déterminer le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 7 mars 2014, ici litigieuse, a été rendue de façon à rétablir une situation conforme au droit. Dans son rapport du 1er octobre 2013, le Dr O. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, considère qu'il est possible que l'état de santé de l'assuré se soit amélioré entre 2007 et 2010. Il relève qu'une telle amélioration avait d'ailleurs été ressentie par sa collègue dans son rapport du 9 janvier 2008. Il estime la capacité de travail à 70% dans une activité adaptée, depuis l'examen par les experts en janvier 2010. Selon lui, cette activité ne doit pas imposer de port de charges de plus de 10kg, de position penchée en porte-à-faux de la colonne cervicale, des rotations de la tête, de longs trajets à pied et des mouvements fin et/ou rapides de la main gauche (dossier OAI, pièce 657). Le médecin SMR reprend en cela les conclusions des Drs G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F. _____, spécialiste FMH en neurologie, dans leur expertise sur mandat de la CNA du 10 février 2010. Dans leur rapport commun du 10 février 2010, les deux experts mentionnent les diagnostics de "status après fracture instable de l'odontoïde avec contusion médullaire en regard de C2 survenue le 02.09.2005", "status après fixation postérieure C1-C2 par Apofix et greffe tricorticale le 26.09.2005", "status après tétraplégie incomplète stade ASIA D", "cervicalgies chroniques et atteinte médullaire essentiellement algique et sensitive correspondant à un stade ASIA D" et "atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien d'un degré discret à droite et modéré à gauche vraisemblablement sans traduction clinique significative et après cure de tunnel carpien gauche le 24.01.2007 n'ayant pas modifié la symptomatologie dysthésique" (dossier OAI, pièce 577). Sur le plan orthopédique, le Dr G. _____ estime que l'assuré possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans port de charge supérieure à 10kg et sans travail à l'établi (position de flexion antérieure cervicale). Selon lui, si une incapacité de travail est présente, elle est surtout justifiée par les séquelles neurologiques (dossier OAI, pièce 549). Sur ce

dernier plan, le Dr F. _____ ajoute aux restrictions orthopédiques celles d'absence d'engagement physique lourd, de déplacements prolongés à pieds, de manque de finesse possible au niveau de la main gauche et de changement fréquent de position. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail est fixée à 70% "soit sous forme d'un taux horaire de 70%, soit sous forme d'un plein temps avec une perte de rendement de 30% liée aux douleurs, à la nécessité de changer fréquemment de position, au handicap fonctionnel au niveau du membre supérieur gauche" (dossier OAI, pièce 577). Cette expertise se fonde sur un entretien du 15 janvier 2009 (recte: 2010) – durant lequel il a été fait appel à un interprète – ainsi que l'étude du dossier de la CNA et des pièces amenées par l'exploré. Les experts ont été en mesure de prendre en considération les plaintes exprimées par ce dernier lors de son entretien, notamment celles en relation avec ses douleurs et limitations. Outre la réalisation d'une électroneuromyographie et de radiographies, les experts ont également soumis l'assuré à des examens orthopédiques et neurologiques et à une "étude des potentiels évoqués somesthésiques des membres supérieurs et inférieurs" auprès du Dr H. _____, spécialiste FMH en neurologie. L'expertise se fonde dès lors sur des investigations complètes et des observations approfondies. En possession du dossier de l'assureur-accident, comprenant également des rapports présentés devant l'assurance-invalidité, les experts ont une bonne connaissance de l'anamnèse. Ils font une étude circonstanciée des différentes limitations relevées tant par les médecins ayant suivi l'assuré que par eux. Ils indiquent ainsi que l'atteinte du nerf médian relevée par leurs confrères n'a pas joué et ne joue vraisemblablement plus de rôle

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 significatif. Ils admettent également que le traitement sans AINS de l'assuré est justifié en présence de problèmes gastriques, bien que suggérant la prise éventuelle d'antiépileptique ou d'antidépresseurs. Finalement, les conclusions des experts sont dûment motivées, ceux-ci expliquant tant les critères les ayant mené à retenir un diagnostic que leurs influences respectives sur la capacité de travail de l'exploré. Les conclusions des deux experts sont semblables à celles retenues par la Dresse K. _____ dans son rapport du 9 janvier 2008, lorsqu'elle fixait la capacité de travail à 50% de suite et pour les 12 prochains mois (dossier OAI, pièce 279). Elles rejoignent également celles du Dr M. _____ qui retenait des limitations semblables déjà en mai 2006. Il fixait initialement la capacité de travail de son patient à 50%, celle-ci devant augmenter progressivement vers 80% (dossier OAI, pièces 100, 130, 203 et 274). Dans son dernier rapport du 2 décembre 2007, il a ainsi précisé que, "pour le moment, le taux de travail de 50% semble difficile à maintenir selon les dires du patient. De ma part, je pense qu'il est judicieux d'accepter ce taux de travail de 50% pour le moment. D'ici une année, il faudra à nouveau juger d'une augmentation graduelle du taux de travail" (dossier OAI, pièce 274). Le médecin-spécialiste a, par la suite et à une date indéterminée mais antérieure à octobre 2009, cessé de suivre l'assuré, qui n'a désormais été traité que par le Dr L. _____ (questionnaires pour la révision de la rente d'invalidité, dossier OAI, pièces 362 et 383). Celui-ci indique qu'il "est extrêmement difficile de se prononcer sur la capacité réelle de travail de ce patient. Une activité évitant le port de charges de type manutention légère pourrait être envisagée. Un stage d'évaluation professionnelle permettrait de mieux juger de la capacité résiduelle [...]" (rapport du 12 février 2014, dossier OAI, pièce 669). Il relève cependant que son patient a un état stable depuis 2009 ce que confirme la fréquence des consultations ayant lieu tout les trois mois (rapports des 9 novembre 2009, 19 décembre 2012 et 12 février 2014, dossier OAI, pièces 651 et 669). Au vu de ce qui précède, aucun élément ne vient contredire la pertinence et l'actualité de l'expertise des Drs G. _____ et

F._____. Dans la mesure où, comme établi ci-avant, elle possède une entière valeur probante, la Cour fait sienne ses conclusions. Il convient dès lors de retenir que l'assuré possède une capacité de travail de 70%, horaire ou rendement, dans une activité adaptée. Cette dernière ne doit pas imposer un engagement physique lourd, de port de charges de plus de 10kg, de position penchée en porte-à-faux de la colonne cervicale, de rotations de la tête, de réaliser de longs trajets à pied et des mouvements fin et/ou rapides de la main gauche. Elle doit en outre permettre un changement de position fréquent. c) En présence d'une décision initiale manifestement erronée, il convient maintenant de déterminer le taux d'invalidité du recourant au moment où la décision du 7 mars 2014 a été rendue de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit. L'année déterminante est 2014, date de suppression du droit à la rente par l'autorité intimée (cf. arrêts TF I 545/02 du 17 août 2005 consid. 3.2.2 et la référence; I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 7.3). A titre préliminaire, la Cour relève que, dans ses écritures, le recourant n'a pas contesté les chiffres de base sur lesquels l'autorité intimée s'est appuyée pour calculer les revenus avec et sans invalidité, se contentant de demander la prise en considération d'un abattement supplémentaire de 15% au revenu dans une activité adaptée. Il est justifié de tenir compte d'un abattement sur le revenu d'invalidité en l'espèce. En effet, cet abattement permet de prendre en considération des facteurs ayant un impact négatif sur la rémunération concrète de l'assuré, tels que son handicap (not.: activité légère seule, mouvements

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 à l'établi très réduits), son manque de formation (maçon formé "sur le tas"), ou la possibilité qu'il travaille temps partiel. En se contentant d'affirmer ne pas voir "sur quelle base la perte de rendement devrait être arrêtée à 45% (30%+15%)" (cf. dossier OAI, pièce 687), l'autorité intimée ne donne aucun motif pour s'écarter des considérations qui précèdent. Au vu des circonstances du cas, la Cour de céans fixe l'abattement minimal à 10%. La Cour constate également que l'assuré a surtout exercé sa profession à l'étranger (Portugal, Allemagne) et a travaillé moins de trois ans en Suisse, soit de 1990 à 1991 (8-9 mois) et de 2004 à 2005, année de son accident (dossier OAI, pièces 41 et 214). Au moment de son accident, il était par ailleurs au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée (dossier OAI, pièce 9). Au vu de cette instabilité, il se justifie de s'écarter des revenus perçus par l'assuré auprès de son ancien employeur et de se référer aux revenus statistiques du secteur de la construction. Compte tenu de ses années d'expérience sur le terrain, le niveau de qualification 3 paraît adéquat. En 2010, le salaire moyen de ce secteur se montait à CHF 5'742.- (ESS 2010, divisions 41-43 "construction", niveau de qualification 3, hommes). Au vu de l'indexation pour l'année 2014 (1% pour 2011; 0.80% pour 2012; 0.70% pour 2013 et 0.80% pour 2014), le revenu est de CHF 5'933.80. Ce revenu statistique doit être ajusté à 41,5 heures par semaine car il se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises du secteur de la construction, de sorte qu'il faut retenir un salaire mensuel de CHF 6'156.35, annuel de CHF 73'876.20. A relever que ce montant correspond au salaire minimal d'un ouvrier de construction avec connaissances professionnelles selon la Convention collective applicable pour l'année 2014, soit CHF 73'856.60 (2'112 heures au salaire horaire de CHF 34.97, 13e salaire, vacances et jours fériés compris; cf. www.service-cct.ch; rubriques: "convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse", "salaires minima" et "durée du travail"). Il est également proche du salaire mensuel brut moyen d'un ouvrier de la construction, âgé de 48 ans, travaillant depuis deux ans dans une entreprise de l'espace Mittelland (BE, FR, NE, SO, JU), sans formation, sans fonction de cadre mais avec des connaissances spécialisées (CHF 6'190.-/mois, 13e

salaires compris; cf. www.service-cct.ch; rubriques: "convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse" et "salaires d'usage"). Pour sa part, le revenu d'invalidité a été fondé sur le gain mensuel déterminant dans le secteur privé, toutes activités confondues, selon les statistiques de l'ESS 2010 (TA1, totaux, niveau de qualification 4, hommes). Cette pratique – conforme à la jurisprudence fédérale en la matière (arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1) – permet de tenir compte du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'ESS. Le montant statistique de CHF 4'901.- doit être indexé pour l'année 2014 (1% pour 2011; 0.80% pour 2012; 0.70% pour 2013 et 0.80% pour 2014), ce qui aboutit à un montant de CHF 5'064.75. Dès lors que ce montant est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,7 heures, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 5'280.-, soit 63'359.80 annuellement. Ce montant doit être adapté à la capacité de travail réduite du recourant (70%), ce qui donne un revenu de CHF 44'351.90. Compte tenu d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidité est de CHF 39'916.70. Il résulte de la comparaison des revenus avec invalidité (CHF 39'916.70) et sans invalidité (CHF 73'876.20) une perte de gain de CHF 33'959.50. Cela correspond à un degré d'invalidité de 45.9%, arrondi à 46% (cf. ATF 130 V 121). Un degré d'invalidité supérieur à 40% donne droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Si la comparaison des revenus avait été réalisée sur la base des chiffres retenus par l'OAI dans la décision litigieuse, soit un revenu d'invalidité arrêté à CHF 39'227.30 (ESS 2010, TA1, totaux, niveau de qualification 4, hommes; 41.7 heures/semaines; Indexation à 1.8%; capacité de travail de 70%; abattement de 10%) et un revenu de valide arrêté à CHF 67'275.55 (dossier OAI, pièces 194, 332 et 687), la perte de gain serait de CHF 28'048.25. Cela correspondrait à un degré d'invalidité de 41.7%, arrondi à 42% (cf. ATF 130 V 121) qui donnerait également droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité. En outre et quoi qu'il en soit, même s'il avait été retenu un revenu fondé sur celui obtenu par le recourant auprès de son ancien employeur (CHF 61'948.-), indexé jusqu'en 2014 (CHF 69'097.10), le droit à un quart de rente serait confirmé en raison d'un degré d'invalidité de 42%. Quand bien même l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation faite par la CNA, même s'il s'agit d'un pur cas commun, il sied néanmoins de souligner que cette dernière, sur la base de sa propre estimation et de ses propres chiffres (établis en fonction notamment de dates déterminantes différentes et sur la base de descriptions de postes de travail), parvient à un taux d'invalidité de 44% depuis le 1er janvier 2009 (cf. décision du 11 mai 2010, dossier OAI, pièce 583).

E. 4

Enfin, force est de constater que la question de la reconsidération a été évoquée par l'autorité intimée dans ses observations du 25 juillet 2014, lorsqu'elle a souligné que la capacité de travail retenue dans la décision initiale du 30 juin 2006 n'était pas "le reflet des réelles possibilités du recourant". Pour sa part, dans ses contre-observations du 5 septembre 2014, le recourant, assisté d'un avocat, cite la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'art. 53 al. 2 LPGA (reconsidération) et affirme que "l'évaluation initiale de l'OAI ne saurait être considérée comme sans nul doute erronée [et qu'il] s'agit simplement d'une divergence d'appréciation [et qu'il] n'y a aucune raison de modifier la décision initiale". De ce fait, il donne expressément des motifs visant à écarter l'éventualité d'une reconsidération. Dans ces circonstances, le recourant a été en mesure de se prononcer sur la substitution de motifs qui pouvait être envisagée par l'instance de céans. Son droit d'être entendu ayant été respecté, il

peut être renoncé à lui donner la possibilité de s'exprimer à nouveau sur ce sujet.

E. 5

Au vu de tout ce qui précède, l'autorité intimée n'était pas fondée à supprimer au recourant toute prestation de l'AI depuis le 1er mai 2014. Celui-ci a droit à un quart de rente à partir de cette date. Il s'ensuit l'admission partielle du recours. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être répartis à raison de CHF 400.- à charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à charge du recourant, qui se voit restituer le solde de CHF 400.- sur l'avance de frais versée. Ayant eu par là partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens réduits. Son mandataire a produit sa liste de frais le 18 août 2015, laquelle comptabilise un montant total de CHF 3'385.05, soit CHF 3'044.05 au titre d'honoraires (13.14 heures à CHF 230.-/heure), CHF 90.30 francs au titre des frais et CHF 250.70 au titre de la TVA (8%). Compte tenu du gain de cause partiel qu'il sied d'évaluer à la moitié, c'est ainsi une indemnité de CHF 1'692.55 qui revient au recourant pour ses frais de défense, dont CHF 125.35 au titre de la TVA, intégralement mis à la charge de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, l'assuré a droit à un quart de rente à partir du 1er mai 2014. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée par CHF 400.- et à la charge du recourant par CHF 400.-. III. Le solde de l'avance de frais de CHF 400.- est restitué au recourant. IV. Il est alloué au recourant pour ses frais de défense une indemnité de CHF 1'692.55, TVA par CHF 125.35 comprise, intégralement mis à la charge de l'OAI. V. 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 septembre 2015/pte Président Greffier

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