

FR_GERICHTE 608 2016 159 vom 27. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_159

FR: FR_GERICHTE 608 2016 159 du 27 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 159 del 27 giugno 2017

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2016 159 Arrêt du 27 juin 2017 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud Greffière: Vanessa Thalman Parties A. _____, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité Recours du 12 juillet 2016 contre la décision du 14 juin 2016 Tribunal cantonal TC Page 2 de 7 considérant en fait A. A. _____, né en 1955, marié, père de quatre enfants, domicilié à B. _____, a travaillé en tant que machiniste pour C. _____ à D. _____ de 1990 à 2007 au taux de 100 %. Depuis de nombreuses années, A. _____ rencontre des problèmes aux deux genoux ainsi qu'aux membres supérieurs et a dû subir, à ce titre, plusieurs interventions chirurgicales. Il a requis le 23 avril 2004 des mesures d'aide au placement auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), à Givisiez, en raison de nombreux problèmes de santé physique. Par décision du 14 juin 2007, l'OAI lui a reconnu le droit à une aide au placement. Il lui a par contre refusé une rente d'invalidité le 27 août 2007. B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI le 16 avril 2009, toujours en raison de problèmes physiques. L'OAI a rejeté cette demande par décision du 19 avril 2010. Celle-ci a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal cantonal, rejeté par arrêt du 31 mai 2012 (605 2010 168). Il a été considéré que l'assuré était capable d'assumer une activité légère à plein temps dans l'industrie légère ou les services, à condition de pouvoir alterner les positions assis/debout, d'éviter la marche sur terrain accidenté et les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier ainsi que les mouvements en-dessus de l'horizontale. C. Le 7 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de révision de la décision du 19 avril 2010, en raison de son état de santé psychique. Par décision du 18 octobre 2012, l'OAI a rejeté cette demande au motif que l'assuré a toujours été capable de travailler à 100 % sur le plan psychiatrique et qu'une activité adaptée à 100 % était exigible malgré ses problèmes physiques. Pour arriver à cette conclusion, l'autorité s'est fondée sur l'expertise pluridisciplinaire du 20 juillet 2011, diligentée auprès de la Clinique E. _____. Le refus de rente a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal de céans, rejeté par arrêt du 8 janvier 2015 (608 2013 81). Le Tribunal a retenu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé entre la décision de l'office AI du 19 avril 2010 et celle du 18 octobre 2012. D. Le 4 juin 2013, une nouvelle demande de prestations a été déposée, principalement en raison de la péjoration de l'état du genou gauche. Par décision du 14 juin 2016, celle-là a été rejetée au motif que les investigations entreprises n'avaient pas mis en

lumière une péjoration de l'état de santé depuis la dernière décision du 18 octobre 2012. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg, interjette recours le 12 juillet 2016. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et à la mise en place d'une expertise judiciaire permettant d'évaluer l'impact des différents problèmes de santé sur sa capacité de gain. A l'appui de ses conclusions, il souligne que les experts de la Clinique E. _____ avaient annoncé que la pathologie dégénérative aux deux genoux allait s'aggraver, ce qui serait à ce jour confirmé par les rapports du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique de l'appareil locomoteur. Selon lui, l'OAI n'était partant pas autorisé à rejeter sa nouvelle demande sans investigations complémentaires. Le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 13 octobre 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que l'instruction a été menée avec soin et que la progression de la gonarthrose ne modifie en rien les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale précédemment retenue dans une activité adaptée. Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 Dans ses contre-observations du 15 novembre 2016, le recourant relève que les limitations fonctionnelles en raison de ses problèmes de genou se seraient aggravées, ne lui permettant plus de travailler à 100 % dans une activité adaptée. Dans ses ultimes remarques du 21 novembre 2016, l'OAI maintient ses conclusions. F. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés, par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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 requises auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. L'avance de frais ayant en outre été payée dans le délai imparti, le Tribunal peut entrer en matière sur les mérites du recours. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi 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 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) 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 (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 trois quarts de rente; enfin, un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) D'après l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue

plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2). La révision du droit à la rente suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La base de comparaison pour l'examen du caractère d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force 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 conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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). 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références citées). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional (ci-après: SMR) qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt

TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). 3. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise en place d'une expertise est nécessaire. a) La décision du 18 octobre 2012 – confirmée par le Tribunal cantonal – a accordé pleine valeur probante à l'expertise de la Clinique E._____ du 20 juillet 2011 et fait siennes les conclusions des experts. Elle a retenu que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Plus précisément, les médecins de la Clinique E._____ avaient signalé une pathologie des deux genoux avec statut post-ostéotomie tibiale de valgisation bilatérale et gonarthrose évolutive bilatérale. Il a été indiqué que les symptômes résiduels à la suite des interventions étaient modestes sur le genou droit et que les gonalgies gauches étaient plus importantes. Vu la pathologie dégénérative des deux genoux, la position debout prolongée, les marches prolongées, ainsi que le port de charges au-delà de 10 kg sont à éviter, de même que l'utilisation d'une échelle ou les montées et descentes de marches répétées. Dans une activité adaptée, le rendement et l'horaire seraient entiers. b) Depuis la dernière décision de l'OAI en 2012, les rapports médicaux suivants ont notamment été versés au dossier: Le Dr G._____, spécialiste en cardiologie, atteste dans son rapport du 2 juillet 2007 que l'intervention cardiaque du 25 mars 2013 n'a pas d'effet durable sur la capacité de travail. Le Dr H._____, médecin traitant généraliste, atteste que son patient est considérablement limité par ses problèmes rhumatologiques (lombaires, cervicalgies, gonalgies) ainsi que par une composante dépressive (cf. rapport du 3 juillet 2013; cf. également le rapport de la Dresse I._____, médecin généraliste et nouveau médecin traitant, du 25 juillet 2015). Le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, partage cet avis en précisant les diagnostics connus (rapports des 14 juin 2013 et 18 juillet 2013). Dans un rapport médical du 2 septembre 2015, le Dr F._____ a diagnostiqué des gonalgies bilatérales persistantes, un syndrome lombo-vertébral irritatif au niveau L4-L5 et des cervico-brachialgies C5-C6. Il a précisé que l'arthrose au niveau des deux genoux est toujours en progression et handicape le patient. S'agissant enfin de la capacité de travail, ce praticien a indiqué que si chacune des symptomatologies prise individuellement pourrait permettre un retour à une activité professionnelle, l'ensemble de celles-ci rend difficile une quelconque réinsertion professionnelle. Dans son rapport du 24 juin 2016, il atteste que le statut des deux genoux s'est Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 considérablement aggravé depuis les

constatations effectuées par la Clinique E. _____ en 2011, alors qu'à l'époque, les symptômes aux deux genoux étaient tout à fait supportables. Il souligne notamment que le périmètre de marche était encore suffisamment grand pour permettre les activités de la vie quotidienne sans grande gêne, ce qui n'est plus le cas actuellement, le périmètre de marche étant limité à moins d'une heure. Le 3 novembre 2016, ce médecin atteste la présence d'une gonarthrose modérée à sévère des deux genoux, laquelle se serait progressivement aggravée depuis quatre ans. Un traitement de plus en plus rapproché serait nécessaire. L'assuré rencontre des difficultés pour passer de la position assise à la position debout et présente désormais en permanence des douleurs typiques d'un processus inflammatoire, avec intensification des douleurs et épanchements occasionnels en fin de journée (cf. par ailleurs également rapport du 5 mai 2015). Initialement, le Dr K. _____, médecin auprès du SMR, confirme l'absence de tout fait nouveau sur le plan médical objectif de nature à modifier l'exigibilité médicale telle qu'elle prévalait lors de la décision du 18 octobre 2012 (cf. rapport du 15 septembre 2015). Par la suite, le SMR réitère son avis, estimant que la progression de la gonarthrose ne modifie en rien les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale précédemment retenue dans une activité adaptée. Il précise notamment que la prise régulière d'antalgiques n'est certainement pas une cause d'incapacité de travail (cf. rapports des 27 octobre 2015 et 6 juillet 2016). c) Le litige porte essentiellement sur l'aggravation de la problématique liée aux deux genoux. On rejoint le recourant lorsque celui-ci affirme que les limitations fonctionnelles dont il est actuellement atteint ne sont pas les mêmes que celles qui avaient été décrites par les experts de la Clinique E. _____ dans leur rapport du 20 juillet 2011. Dans ce sens, le pronostic fait par ces experts s'est avéré (cf. p. 88 de l'expertise E. _____), ce que le recourant relève également à juste titre. Celui-ci perd cependant de vue que, d'une manière générale, ses possibilités de gain doivent être jugées sur la base d'un marché hypothétique qui comporte un large éventail de différentes activités adaptées à toutes sortes de limitations. Par exemple, un long déplacement n'est pas nécessaire par toutes les activités possibles. Dans le même ordre d'idée, une gêne dans la vie quotidienne, telle qu'affirmée par le Dr F. _____, ne saurait constituer une impossibilité d'accomplir les tâches dans une activité adaptée. Cela vaut également pour une limitation plus conséquente en ce qui concerne le changement de position assis/debout, ce d'autant plus que l'activité adaptée telle que retenue sur la base de l'expertise E. _____ était une activité légère et principalement sédentaire. Partant, contrairement à ce que semble penser le recourant, une certaine augmentation des limitations fonctionnelles ne constitue en l'espèce pas une impossibilité de trouver un emploi sur un marché hypothétique, mais peut tout au plus justifier une augmentation de l'abattement sur les salaires statistiques dans le cadre de la comparaison des revenus pour fixer le taux de l'invalidité. Cependant, même si on augmentait l'abattement au maximum de 25 %, le taux d'invalidité resterait loin de la limite de 40 % ouvrant le droit à la rente (cf. décision de l'OAI du 19 avril 2010). Le Tribunal peut également suivre l'avis du médecin du SMR qui soutient que la prise régulière d'antalgiques pour contrer les douleurs n'est pas une cause d'incapacité de travail. Dans la mesure où le Dr F. _____ n'a ni détaillé ni expliqué l'effet concret de ce traitement sur l'incapacité de travail, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires. Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 On relèvera encore que les rapports des médecins traitants se contentent de décrire les limitations fonctionnelles sans se prononcer précisément sur les conséquences de celles-ci sur l'exigibilité d'une activité adaptée à 100 %. Dans ce contexte, on soulignera finalement que l'appréciation faite par le Dr

F. _____ le 2 septembre 2015, dans laquelle il soulève les difficultés d'une intégration sur le marché du travail en présence de la multitude d'atteintes à la santé, est tout à fait compréhensible. Or, il convient de rappeler encore une fois que le droit à la rente de l'assurance-invalidité ne dépend pas des chances de trouver un emploi dans l'économie libre, mais relève de la fiction d'un marché du travail équilibré. Ce point de vue était d'ailleurs encore partagé par ce médecin dans son rapport du 5 mai 2015 où il a estimé encore possible une reconversion dans une autre activité que celle exercée avant l'atteinte à la santé. 4. Au vu des considérants qui précèdent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. Pour le même motif, il n'a pas droit à des dépens. 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. 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 27 juin 2017 /JFR/vth Président Greffière

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