

FR_GERICHTE 608 2016 71 vom 20. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_71

FR: FR_GERICHTE 608 2016 71 du 20 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 71 del 20 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

juillet 2015. Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Ce projet a été confirmé par décision du 18 février 2016. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Sébastien Dorthe, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 4 avril 2016 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière principalement depuis le 1er mars 2008 et subsidiairement durant la mise en œuvre d'investigations complémentaires. A l'appui de ses conclusions, il se plaint d'abord du fait que l'autorité intimée a considéré que son état de santé s'améliorait en 2015. Il affirme au contraire que l'évolution est mauvaise et que les douleurs persistent encore à ce jour, ce que l'ensemble des avis médicaux au dossier atteste selon lui. Il soutient ensuite que l'OAI aurait dû procéder à une analyse globale de la situation, laquelle aurait montré que l'exercice d'une activité adaptée est illusoire en raison de son âge (60 ans), ses mauvaises connaissances linguistiques, son état de santé (douleurs à la jambe, troubles auditifs) et le fait qu'il n'a jamais exercé d'autre profession que celle de maçon. Il allègue encore avoir travaillé jusqu'au 25 février 2010 et s'étonne que l'autorité intimée l'ait considéré comme invalide depuis le 1er mars 2008. Enfin, il regrette qu'aucune expertise n'ait été diligentée alors même que son médecin traitant en a recommandé la mise sur pied. Le 9 mai 2015, l'assuré s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 25 mai 2016, l'OAI préavis le rejet du recours. S'il admet que le début de l'incapacité de travail aurait dû être arrêté au 25 février 2010, il estime que cela n'a pas d'incidence en l'espèce dans la mesure où la rente a été versée dès février 2011, soit 6 mois après le dépôt de la demande. Il soutient ensuite s'être fondé sur l'examen médical du médecin d'arrondissement de la SUVA dont il privilégie la thèse par rapport au médecin traitant de l'assuré. Enfin, il considère que, "dans la mesure où [le recourant] doit être considéré comme un travailleur non qualifié et qu'il présente une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée, il est exigible qu'il exerce une activité légère et ceci malgré son âge". Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Le dossier constitué par la SUVA au nom du recourant a été produit et versé à la présente cause, ce dont les parties ont été informées par courrier du 24 janvier 2017. 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 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) 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 LAI, 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 4 de 12 b) Selon l'art. 28 al. 1 et 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. D'après 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. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI). 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). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de diminuer le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. A cet effet, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge

avancé à près de 60 ans. Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision attaquée (arrêt TC 605 2016 73 du 25 janvier 2016 consid. 3c et les références). Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 c) 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. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde, comme en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3) 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). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI; ATF 130 V 349 ss consid. 3.5). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. 3. a) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon ce principe, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, le recourant et l'autorité intimée sont en droit de produire de nouveaux rapports médicaux en cours de procédure et le juge se doit de les accepter en vertu de la maxime d'office. C'est ensuite, dans le cadre de l'appréciation des preuves, que le juge décidera s'il doit en tenir compte ou

non (cf. arrêt TF 9C_286/2008 du 6 novembre 2008 consid. 4.1 et la référence citée). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). La portée du principe précité est toutefois restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. art. 43 et 61 let. c LPGA; voir également ATF 125 V 193 consid. 2; arrêt TF I 90/04 du 6 mai 2004 consid. 2 et les références in REAS 2004 p. 242). b) 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). En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du

E. 19

avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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). 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). 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 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). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur

probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

4. En l'occurrence, le recourant conteste la suppression le 31 octobre 2015 de la rente qui lui a été octroyée dès le 1er mars 2011, soit, en substance, l'amélioration de son état de santé dès le 15 juillet 2015. a) Cela étant, il n'est pas sans intérêt d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à considérer que la capacité de travail de son assuré était "fortement restreinte" jusqu'au 15 juillet 2015 et à lui octroyer une rente entière dans un premier temps. On peut à cet égard rappeler que le juge peut se prononcer sur le degré d'invalidité retenu pour des périodes durant lesquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. Il convient de se fonder sur les pièces du dossier relatives à cette période. A titre liminaire, la Cour relève qu'il est sans incidence sur le droit à la rente qu'il ait existé une incapacité de travail avant février 2010 dans la mesure où celui-ci prend naissance au plus tôt six mois après la demande de rente (art. 29 al. 1 LAI), soit en l'occurrence en février 2011 dès lors que la demande a été déposée en août 2010. La conclusion tendant au versement d'une rente pour une période antérieure doit être rejetée. Suite à la rechute de l'accident du 15 mars 2007 déclarée le 21 avril 2010, le recourant a bénéficié de plusieurs arthroscopies du genou droit, en particulier en mars et en décembre 2010, en juillet 2011 et en juin 2014 (dossier OAI, pièces 14, 118, 317 et 782). Le médecin qui a réalisé ces diverses opérations, le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estime alors que son patient n'est pas en mesure de travailler dans son ancienne activité par le biais de divers certificats médicaux. Dans ses rapports adressés à l'assureur-accidents, il n'atteste toutefois pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, estimant systématiquement qu'il "est encore trop tôt pour se prononcer" (rapports des 9 juin 2010, 6 juillet 2010, 6 décembre 2010, 3 janvier 2011, 23 mars 2011, 30 juin 2011, 28 juillet 2011,

E. 21

septembre 2011, 7 décembre 2011, 20 mars 2012, 10 avril 2014, 14 mai 2014; dossier OAI, pièces 18, 97, 117, 126, 131, 143, 185, 312, 358, 504, 766 et 775). Ces rapports médicaux, émanant du médecin traitant, ne sont que très sommairement motivés, le médecin se contentant de répondre de manière lapidaire aux questions posées. Dans ses rapports, il ne

tranche en outre pas expressément la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle est pourtant essentielle pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré. Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Tout au plus peut-on conclure qu'implicitement le médecin considère que son patient n'est pas en mesure de reprendre un travail, qu'il soit adapté ou non, son état de santé n'étant pas encore stabilisé. Cela ne saurait suffire en l'espèce, l'avis implicite du Dr F. _____ s'agissant de la capacité de travail du recourant étant complètement isolé. En effet, les médecins d'arrondissement de la SUVA ne sont pas autant affirmatifs même s'ils admettent que la capacité de travail du recourant est limitée dans l'ancienne activité. Suite aux investigations conseillées par le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport d'examen du 30 juillet 2010, dossier OAI, pièce 23), le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, admet l'aspect invalidant de la lésion. Sur la base du dossier, il estime toutefois que le recourant reste en mesure d'exercer une activité à 100% pour autant que celle-ci n'impose que de courts déplacements à plat, un port de charges limité à 10 kg et n'ait pas de position à genoux ou accroupi (rapport du 20 septembre 2011, dossier SUVA, pièce 106; cf. ég. pièces 85, 93, 100, 102, 114 et 130). Le Dr I. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, est d'un avis semblable, considérant qu'un travail n'est exigible à temps plein et sans perte de rendement que s'il est "sans longs trajets à plat à effectuer, encore moins de trajets, même plus courts, sur du terrain irrégulier, éviter d'utiliser les échelles ou de travailler sur des échafaudages, pas de travail à genoux ou en s'accroupissant, pas de montées ou descentes d'escaliers régulières, éviter le port de charges lourdes" (rapport d'examen du 11 février 2013, dossier OAI, pièce 614; cf. ég. pièces 203, 563, 627 et 769). Pour leurs parts, les médecins de E. _____ estiment également que l'exercice d'une activité adaptée peut être exigé depuis fin 2010. Lors du premier séjour du 14 septembre au 12 octobre 2010, ils soutiennent ainsi que le recourant demeure en mesure de travailler dans une activité adaptée dès la fin du séjour, d'abord 50% durant un mois puis à 100% par la suite, retenant des limitations concernant les activités nécessitant des déplacements fréquents et des ports de charges (dossier OAI, pièce 114). Puis, lors du second séjour entre le 21 août et le 11 septembre 2012, les médecins de E. _____ n'attestent d'aucune incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant, telles que l'accroupissement, l'agenouillement, la station statique assise ou debout prolongée dépassant 60 minutes et le port de charges au-delà de 10 kg (dossier OAI, pièce 179). Dans son rapport fait sur dossier le 7 décembre 2011, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, rejoint l'avis des médecins de E. _____ et retient que le recourant est en mesure de travailler dans une activité adaptée. Il ne quantifie cependant pas dans quelle mesure une telle activité est possible (dossier OAI, pièce 138; cf. ég. pièce 147). Les autres médecins n'examinent pas la question de l'influence des troubles allégués sur la capacité de travail. Ainsi, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, renvoie au Dr F. _____ sans examiner la question de la capacité de travail (dossier OAI, pièce 261). Le Dr L. _____, spécialiste FMH en neurologie, se contente quant à lui d'indiquer ne pas avoir "d'explication aux plaintes" en l'absence d'atteinte de son ressort (dossier OAI, pièces 254 et 262). Le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, n'ont été interrogés que pour des motifs de diagnostic et n'examinent pas la capacité de travail (dossier OAI, pièces 628, 631 et 763). Le Dr O. _____, généraliste, se

contente d'indiquer que son patient est "au chômage" (dossier OAI, pièce 760). Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Enfin, on peut constater l'existence d'une période durant laquelle le recourant ne venait pas à la consultation du Dr F. _____ entre le 6 décembre 2011 et le 3 avril 2014 (rapport du 12 octobre 2015, bordereau recours pièce 3; cf. ég. rapport du 24 mai 2012, dossier OAI, pièce 210). Il ressort du dossier que, durant cette même période – à tout le moins jusqu'en octobre 2013 (dossier SUVA, pièces 186 et 195) – il n'était pas suivi par d'autres médecins ni ne prenait de médication, alléguant que celle-ci était sans effet (dossier OAI, pièces 614 et 760). Cette absence de suivi durant près de deux ans n'est pas liée à un refus de prise en charge d'une opération par la SUVA, ce refus ayant été annulé peu après (dossier OAI, pièces 133, 135, 202 et 216). Au vu de ce qui précède, l'octroi d'une rente entière pour la période entre le 1er mars 2011 et le 31 octobre 2015 semble découler d'une lecture du dossier asséculo-logique favorable à l'assuré. A cet égard, on peut souligner que les médecins attestent presque unanimement et de manière concordante depuis décembre 2010 – le Dr F. _____ faisant figure d'exception – de l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, laquelle ne doit imposer que de courts déplacements à plat, un port de charges limité et sans position à genoux ou accroupi. Dans de telles circonstances, on peut encore noter l'existence d'une discordance entre la gravité alléguée des troubles et l'absence de tout suivi médical ou prise de médicaments entre décembre 2011 et octobre 2013, laquelle ne plaide pas en faveur de la présence de troubles invalidants. L'on peut ainsi sévèrement se demander si c'était à bon droit que le recourant bénéficiera d'une rente entière entre le 1er mars 2011 et le 31 octobre 2015. Quoi qu'il en soit, cette question peut en l'espèce être laissée ouverte. Aucune reformatio in peius ne sera ainsi prononcée à cet égard. b) Dans la décision ici litigieuse du 18 février 2016, l'autorité intimée a considéré que l'assuré était en mesure de travailler dans une activité adaptée à temps plein et sans diminution de rendement dès le 15 juillet 2015. Elle se fonde principalement sur le rapport du 16 juillet 2015 du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel estime l'état de santé du recourant – stabilisé bien qu'on ne puisse pas exclure une péjoration à moyen ou long terme – l'empêche d'exercer son ancienne activité. Néanmoins, sa capacité de travail demeure entière dans une activité favorisant l'alternance des positions, sans port de charges lourdes, sans marche en terrain irrégulier, sans montée ou descentes d'échelles et sans position contraignante pour les genoux (agenouillement ou accroupissement) (dossier OAI, pièce 789). Le recourant conteste cet avis médical. Il s'appuie essentiellement sur deux rapports du Dr F. _____ du 12 octobre 2015 et du 4 juillet 2016, produits pour la première fois devant la présente Cour (bordereau recours, pièce 3; bordereau contre-observations, pièce 1). Le chirurgien, retenant des limitations fonctionnelles proches de celles retenues par le médecin d'arrondissement, y estime que la capacité de travail de son patient est de maximum 50% dans une activité adaptée. Toutefois, dans la mesure où l'état de santé de son patient va se péjorer, il considère qu'une rente entière doit lui être octroyée. Le chirurgien critique également l'examen réalisé par le médecin d'arrondissement, qu'il estime fondé sur une méthode inadmissible et insuffisante pour déterminer la capacité de travail. Considérant que son patient n'a pas été examiné par le médecin de la SUVA, il conseille la mise en place d'une expertise. Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 On a d'ores et déjà relevé ci-avant que l'avis du Dr F. _____ était isolé, les autres médecins – spécialistes en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie – évaluant la capacité de travail du recourant de manière concordante avec celle retenue par le Dr P. _____. On peut aussi souligner que le médecin traitant apprécie la situation dans une

perspective favorable à son patient et essentiellement sur la base des dires de celui-ci. Cette dernière affirmation est en particulier confirmée lorsque le médecin soutient que "le patient est alors perdu de vue en raison d'une décision [du 21 juillet 2015] de la SUVA extrêmement déontologique qui lui interdit de venir à ma consultation". Or, si cette "décision" du 21 juillet 2015 suspend la prise en charge du traitement, celui-ci peut toujours être presque entièrement supporté par l'assurance-maladie obligatoire et, en cas de situation financière difficile, par l'état (not. les primes selon les règles sur les réductions des primes). Le refus de l'assureur-accidents n'est donc pas constitutif, même de facto, d'une interdiction de consulter le spécialiste. Comme autre exemple, on peut encore citer l'affirmation suivante: "selon les dires du patient, il a certes été examiné par le médecin de la SUVA, mais en fait, il n'y a eu aucun examen; le médecin a simplement regardé le patient marcher". Il ressort du texte du rapport médical que le Dr P._____ a procédé à des examens bien plus nombreux. Celui-ci a été pesé et mesuré, a dû marcher et s'accroupir, ses membres inférieurs ont été palpés et mesurés (valgus, périmètre, flexion/extension, test de Grinding). Enfin, force est de constater que l'évaluation de la capacité de travail par le Dr F._____ semble dictée par des facteurs extra-médicaux, comme l'âge de son patient, ses problèmes linguistiques, l'absence de formation professionnelle ainsi que la durée prolongée de son inactivité (déconditionnement). Par exemple, le médecin soutient que "l'inéquité [sic] de la décision de la SUVA va probablement plonger le patient dans de grosses difficultés économiques puisqu'on ne voit pas comment ce patient va pouvoir, à plus de 60 ans, retrouver un emploi" (cf. rapport du 12 octobre 2015, bordereau recours pièce 3). Ces facteurs ne sont pas des éléments pouvant être pris en compte comme motifs de diminution de la capacité de travail exigible. L'avis du Dr F._____ ne saurait être un indice permettant de mettre en doute l'avis motivé du Dr P._____. De surcroît, la Cour doit reconnaître entière force probante au rapport du Dr P._____. En tant que spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le médecin d'arrondissement a les compétences requises pour statuer en la matière. Pour établir son rapport, le médecin s'est fondé sur le dossier de la SUVA et sur des examens réalisés lors des entretiens ayant eu lieu avec l'assuré. Lors de ceux-ci, ce dernier a pu faire part de ses griefs et de ses plaintes. Il a notamment pu décrire avec précision les maux dont il souffre, quand ils apparaissent et ce qui les soulage. Ces rapports se fondent sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier. Le médecin discute des principales conclusions figurant dans les différentes pièces du dossier, explique les motifs de s'en écarter et motive de manière détaillée ses propres conclusions. Enfin, on doit relever que les conclusions du médecin d'arrondissement sont soutenues par les autres pièces du dossier et, en particulier, les autres médecins d'arrondissement et médecins de E._____ ayant examiné l'assuré depuis 2010. Partant, la Cour retient que le recourant possède une capacité de travail entière, sans perte de rendement, dans une activité favorisant l'alternance des positions, sans port de charges lourdes, sans marche en terrain irrégulier, sans montée ou descentes d'échelles et sans position contraignante pour les genoux (agenouillement ou accroupissement) à partir du 16 juillet 2015, soit la date de l'examen de P._____. Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Ainsi, nonobstant les remarques formulées à l'encontre de l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps, force est de constater que les conditions de la suppression de la rente limitée étaient à tout le moins réunies. A ce stade, la Cour rappelle que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). La possible péjoration de la capacité de travail mentionnée par

les Drs P. _____ et F. _____, devra, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande de prestation. c) Reste encore à déterminer le taux d'invalidité qui résulte de cette capacité de travail. Dans son ancienne activité de maçon, le recourant aurait pu obtenir un salaire annuel brut de CHF 73'684.- (CHF 5'668.- x 13) en 2011, soit CHF 75'617.90 en 2015 selon l'OAI. Ce montant n'est pas contesté et peut être retenu comme salaire de valide. Par contre, le recourant critique le choix de l'activité adaptée ainsi que les montants retenus à ce titre. Il s'appuie à cet égard sur un arrêt rendu par la 1e Cour des assurances-sociales le

E. 25

janvier 2016 (arrêt TC 605 2016 73 du 25 janvier 2016 consid. 3c) selon lequel il est nécessaire de procéder à une analyse globale de la situation en présence d'un assuré proche de l'âge de la retraite. On ne saurait simplement se référer à un jugement sans oublier que chaque arrêt se rapporte à un état de faits précis. Dans le présent cas, le recourant était âgé d'un peu plus de 59 ans au jour déterminant, soit le 16 juillet 2015, date de la fixation de l'exigibilité par le Dr P. _____. La situation est dès lors fondamentalement différente de celle tranchée dans l'arrêt 605 2016 73 précité, avec un assuré âgé de plus de 62 ans. Cela étant, s'agissant de la détermination du salaire d'invalidé, il est établi que le recourant est pleinement capable de travailler dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, c'est à juste titre que l'OAI s'est référé à au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires 2012 (CHF 5'210.-; ESS 2012, TA1_skill_level, total, niveau de compétence 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté à ses aptitudes dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du

E. 28

juillet 2005 consid. 3.2.1). L'absence de formation professionnelle du recourant est quand à elle prise en compte dans le cadre du niveau de compétence 1. En effet, l'ESS 2012 différencie quatre niveaux de compétence et, en principe, le niveau 1 vise des personnes n'ayant pas de formation. Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire de trancher la question de la présence et de la hauteur de l'abattement supplémentaire. En effet, au vu du salaire de valide, même compte tenu d'un abattement maximal de 25%, le degré d'invalidité du recourant demeurerait inférieur au degré d'invalidité de 40%, donnant droit à une rente. Dans la mesure où le dossier médical a permis de trancher le présent litige, il n'est pas nécessaire de donner suite aux diverses réquisitions de preuve du recourant, en particulier de procéder à son audition. 5. De l'ensemble des éléments qui précèdent, on peut déduire que l'atteinte à la santé ne présente pas un degré de gravité suffisant pour continuer à justifier le versement d'une rente. Pour ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais du même montant effectuée par ce dernier. Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance effectuée. 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 20 février 2017/pte Président Greffier

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