

FR_GERICHTE 608 2017 132 vom 2. Mai 2018

FR Kantonsgericht, 2018-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_132

FR: FR_GERICHTE 608 2017 132 du 2 mai 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 132 del 2 maggio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté et régularisé en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. Il y a lieu de tenir compte du mémoire complémentaire du 9 octobre 2017 de Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à laquelle la décision attaquée n'a pas été notifiée malgré l'annonce de la constitution de son mandat le 19 janvier 2016, en procédure d'objection.

E. 2.1

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Il en résulte que l'autorité chargée de l'instruction doit prendre en compte tous les éléments de fait survenus jusqu'au moment où elle prend sa décision.

E. 2.2

En l'espèce, c'est dans le cadre des objections déposées en janvier 2016 que le recourant s'est prévalu d'une péjoration de son état de santé, situation qui perdurerait selon lui depuis l'automne 2015 déjà. La décision litigieuse datée du 28 avril 2017 devait ainsi tenir compte de cette évolution. Dans ces conditions, la péjoration alléguée ne devait pas être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande, mais il incombait à l'OAI – comme celui-ci le soutient d'ailleurs à juste titre dans le cadre de ses observations – de l'intégrer dans la demande de prestations du 14 novembre 2013. Le Tribunal prend acte que l'autorité annule son préavis du 1er juin 2017.

E. 3

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF

127 V 294).

E. 4.1

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 (cf. art. 28 LAI).

E. 4.2

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

E. 5.1

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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10

E. 5.2

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).

E. 5.3

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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).

E. 5.4

Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont 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 le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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, 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 (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a 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).

E. 6

C'est encore le lieu de préciser que la décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou

l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 125 V 413 consid. 2d). 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. Selon l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

E. 7

En l'espèce, est essentiellement litigieuse la capacité de travail à retenir dans l'estimation du droit à la rente. Il s'agit ici de se référer au dossier médical.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10

E. 7.1

En l'occurrence, l'assuré a souffert d'un syndrome radiculaire irritatif L5 gauche sur hernie discale L4-L5 paramédiane gauche qui a provoqué une incapacité de travail à partir du 25 février 2013 et qui a été opéré par la suite à trois reprises (cure de NID lombaire L4-L5 des 13 avril et 16 décembre 2013 et spondylodèse avec TUF L4-L5 du 14 avril 2014). L'incapacité totale de travail ressort des différents rapports médicaux figurant au dossier, dont le Tribunal n'a aucune raison de s'écarter (cf. par ex. rapports sur formule officielle du Dr C. _____, médecin traitant, spécialisé en médecine interne et en médecine du travail, des 19 décembre 2013 et 24 avril 2014; lettres du Dr D. _____, spécialisé en neurochirurgie, au médecin traitant du 25 mars 2013: incapacité de travail de 100%; du 17 avril 2013: incapacité de travail de 100% jusqu'au 27 mai 2013; du 27 mai 2013: incapacité de travail de 100% jusqu'au 24 juin 2013; du 9 septembre 2013: récurrence de la hernie L4/L5 gauche avec incapacité de travail de 100%; du 11 novembre 2013: reprise du travail à 50% prévue en décembre 2013; du 9 décembre 2013: rechute avec douleurs suite à la reprise du travail, indication d'une nouvelle intervention chirurgicale; du 18 décembre 2013: opération; du 27 janvier 2014: incapacité de travail de 100% jusqu'au 24 mars 2014; du 24 mars 2014: nouvelle récurrence de hernie discale L4/L5, incapacité de travail de 100% jusqu'au 24 mai 2014; du 18 avril 2014: incapacité de travail de 100% jusqu'au 2 juin 2014; et du 2 juin 2014: incapacité de travail de 100% jusqu'au 11 août 2014). A partir du mois de

septembre 2014, le médecin neurochirurgien atteste en revanche une capacité totale dans une activité adaptée, soit une activité légère, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans position statique prolongée en porte-à-faux du rachis lombaire et permettant l'alternance des positions assise et debout (cf. rapport du Dr D. _____ du 10 septembre 2014; cf. également appréciation du médecin du SMR du 7 octobre 2014). Le Dr E. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, indique qu'une éventuelle diminution de rendement n'excédant pas 20% peut être admise en raison de la nécessité d'alterner les positions assise et debout. Il confirme l'incapacité de travail totale jusqu'à fin août 2014. Par courrier du 14 octobre 2014 adressé à l'assurance indemnité journalière, le médecin traitant – le Dr C. _____ – soutient que le patient reste, selon lui, en incapacité de travail totale suite à une exacerbation des douleurs lombaires. Le 1er décembre 2014, le Dr D. _____ dresse un bilan positif. Selon lui, l'évolution à six mois d'une spondylodèse est excellente avec un net amendement de la symptomatologie. Ce praticien ne voit pas de contre-indication à une reprise progressive du travail à partir de janvier 2015, dans une activité adaptée, à 50% durant quelques semaines, puis à 100%. Dans son rapport du 5 décembre 2014 à l'intention de l'assurance indemnité journalière, le Dr F. _____, spécialisé en médecine interne, confirme – sur la base de son examen du 1er décembre 2014 – que l'évolution n'est pas favorable malgré les trois interventions chirurgicales. Il indique que dans l'immédiat, une reprise à 50% à partir de janvier 2015 est envisageable avec des restrictions médicales, à savoir dans une autre orientation professionnelle avec un port de charge limité à 4 kg maximum et des changements de position fréquents devant permettre au patient de gérer ses douleurs. Par la suite, le dossier a été à nouveau soumis au SMR qui, dans son rapport du 29 octobre 2015, confirme sa position du 7 octobre 2014. Il mentionne certes les incapacités attestées par le Dr F. _____ et le Dr D. _____, mais ne prend pas position quant au moment de la reprise d'une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Le projet de décision du mois de décembre 2015 se fonde sur cet avis du SMR. Le 28 janvier 2016, le Dr C. _____ atteste une aggravation des problèmes depuis l'automne 2015, notamment au niveau du rachis cervical, ce qui n'avait jusqu'alors pas été pris en considération. Il pose le diagnostic supplémentaire d'un syndrome radiculaire irritatif C7 gauche sur sténose foraminale C6-C7 bilatérale prédominant à gauche. Il souligne que la tentative de reprise du travail de son patient s'est soldée par un échec, ce qui était prévisible. Selon lui, l'assuré reste sévèrement limité par des douleurs et une diminution de la mobilité, tant au niveau cervical que lombaire, à la suite de multiples pathologies discales. Il atteste que seuls les travaux lourds et d'intensité modérée sont contre-indiqués, tout en insistant sur l'augmentation des limitations fonctionnelles. Ce médecin maintient – dans son courrier du 23 mars 2017 – que la situation s'est péjorée depuis 2015, avec des incidences sur la capacité de travail. Il renvoie au rapport du 16 février 2017 du Dr G. _____, spécialisé en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, qui pose le diagnostic de cervico-brachialgies G chroniques dans le cadre de troubles statiques et troubles dégénératifs étagés, de dysbalances musculaires et d'un syndrome sous-acromial de l'épaule gauche. Celui-ci retient également des lombalgies chroniques avec sciatalgies G intermittentes dans le cadre d'un status après trois interventions chirurgicales. Il décrit la situation comme complexe, avec des cervico-brachialgies qui ont une caractéristique neuropathique, mais sans compression radiculaire, et souligne que ceci pourrait correspondre à des atteintes facettaires. Selon ce médecin, il se surajoute d'importantes dysbalances musculaires et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Le 17 mars 2016, H. _____, par le Dr D. _____, relève

également l'aggravation de l'état de santé au niveau du rachis cervical. Dans son rapport sur formule officielle du 30 juin/1er juillet 2016, le Dr C._____ confirme une limitation quasi-totale de tous les efforts physiques "un tant soit peu significatifs". Il indique qu'il lui est difficile de se prononcer sur une limitation des heures de travail ou sur une diminution du rendement. Le 30 août 2016, le médecin du SMR retient qu'une nouvelle atteinte à la santé est apparue en automne 2015, sous la forme d'un syndrome radiculaire irritatif C7 gauche sur sténose foraminale C6-C7. Il ne remet en revanche pas en cause l'exigibilité dans une activité adaptée et ne modifie pas la constatation des limitations fonctionnelles dans une telle activité.

E. 7.2

Sur la base de ces documents, l'OAI a octroyé une rente entière limitée au 30 septembre 2014, ce qui ne peut pas être confirmé pour plusieurs motifs. Les médecins traitants ont attesté – suite à une exacerbation survenue en automne 2014 – qu'une reprise dans une activité adaptée était possible à partir du mois de janvier 2015 à 50% et non à partir du mois de septembre 2014 à 100%. Cet avis, émis par les Drs D._____ et C._____, a été confirmé par l'expert mandaté par l'assurance perte de gain. Le médecin du SMR ne peut dès lors pas continuer à fonder son appréciation – qui n'est d'ailleurs aucunement motivée – sur l'avis du Dr D._____ du 10 septembre 2014, puisque celui-ci est revenu sur sa position. Partant, le début d'une éventuelle reprise de travail dans une activité adaptée ne peut pas être établi à satisfaction. A cela s'ajoute que l'OAI n'a pas fait application de l'art. 88a RAI quant à la

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 durée de trois mois pendant laquelle une amélioration n'est pas encore considérée comme étant stabilisée. De plus, comme cela ressort des rapports des médecins traitants, la présence d'un nouveau diagnostic est admise depuis l'automne 2015. Les médecins attestent d'une situation complexe et le Dr C._____ – qui renvoie au rapport du Dr G._____ – en particulier explique d'une manière suffisamment claire que les limitations fonctionnelles ont considérablement augmenté depuis lors, influençant l'évaluation de l'invalidité. Par ailleurs, celui-ci souligne qu'il ne lui est pas possible d'indiquer dans quelle mesure il est exigible de demander à son patient de travailler à temps complet et de se prononcer sur une diminution du rendement. Dans ces conditions, on ne saurait admettre que le médecin du SMR, qui n'est pas spécialisé dans le domaine médical ici concerné et qui n'a pas procédé à un examen sur la personne de l'assuré, se contente de confirmer l'ancien profil de l'activité adaptée tel que formulé le 8 octobre 2014. En cela, les conclusions du médecin du SMR, auxquelles l'OAI s'est référé pour rendre sa décision, n'emportent pas la conviction de la Cour. Faute pour l'OAI d'avoir instruit plus avant les questions de la fin de l'incapacité de travail totale et de l'influence du nouveau diagnostic sur la capacité de travail, la Cour de céans considère que, dès lors qu'il s'agit d'une question qui n'a jusqu'à présent jamais été éclaircie (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il s'impose de renvoyer la cause à l'autorité intimée. Il incombera à l'OAI de requérir un avis médical spécialisé et détaillé, lequel se prononcera en particulier sur la nature et la gravité des troubles, leur durée ainsi que leur influence sur la capacité de travail de l'assuré.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours doit ainsi être admis et la décision querellée annulée, sans qu'il n'y ait besoin d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant. Il reviendra à l'autorité de se prononcer dans le cadre de la nouvelle décision d'une manière motivée sur

un éventuel abattement sur le salaire statistique, tenant compte des constatations médicales et de la situation personnelle du recourant. Finalement, il s'impose impérativement de traiter ce dossier dans les meilleurs délais. En effet, on relève qu'il s'agit d'une demande qui date de 2013 et dont le sort n'est toujours pas scellé. De plus, il ressort du dossier que, pendant certaines phases d'une durée non négligeable, l'avancement de la procédure n'a pas été suivi de développement quelconque.

E. 9.1

La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. L'avance de frais du même montant est restituée au recourant.

E. 9.2

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens entiers, dès lors qu'un renvoi pour instruction équivaut à un gain de cause total (ATF 137 V 57; 133 V 450). Sur le vu de la complexité relative du cas et des écritures produites en procédure, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA a droit à CHF 800.-, éventuelle TVA comprise. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée à la mandataire du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est admis, la décision du 28 avril 2017 annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. III. Il est alloué au recourant pour ses frais de défense une indemnité de CHF 800.-, éventuelle TVA comprise. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA. IV. Notification. 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 2 mai 2018/jfr/vth Le Président: La Greffière-rapporteure:

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