

FR_GERICHTE 608 2019 340 vom 19. Januar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_340

FR: FR_GERICHTE 608 2019 340 du 19 janvier 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2019 340 del 19 gennaio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 24

septembre 2014 pour les troubles à l'épaule droite, au 12 mars 2015 pour les troubles au coude droit et au 4 juin 2015 pour les troubles au poignet droit (dossier AI p. 699, 716). Par décision du 10 mai 2017, se fondant notamment sur une expertise rhumatologique réalisée en novembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité a reconnu au recourant le droit à une demi-rente

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 d'invalidité dès le 1er juin 2015, basée sur un taux d'invalidité de 55%. Ce taux résultait de la comparaison entre le revenu dans son ancienne activité de releveur de compteur et celui dans une activité adaptée qu'il serait en mesure d'exercer à 50% (dossier AI p. 783, 826). F. Par courrier du 4 octobre 2017 et du 4 novembre 2017 à l'Office de l'assurance-invalidité, le recourant a demandé implicitement la révision de son droit à la rente. Il a invoqué se trouver en incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2017 et devoir consulter plusieurs médecins, en précisant qu'il allait devoir subir une lourde opération au pied droit (dossier AI p. 835, 839). Dans un projet de décision du 29 janvier 2019, se fondant notamment sur l'avis de son Service médical régional du 25 janvier 2019, l'Office de l'assurance-invalidité a fait part au recourant de son intention de refuser la révision demandée et de maintenir le droit à une demi-rente. Il a retenu en substance que l'état de santé de celui-ci s'était temporairement aggravé suite à une opération d'arthrodèse du pied droit subie le 28 novembre 2017, mais qu'après une convalescence de trois mois, les limitations fonctionnelles sont restées stables par rapport à la situation constatée par l'expertise de novembre 2016 (dossier AI p. 927, 930). Le recourant a formulé des objections le 4 février 2019 en rappelant ses multiples douleurs. Suite à la transmission de plusieurs rapports médicaux portant sur la période à partir de novembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité a requis des renseignements complémentaires auprès de ses médecins traitants. Puis, par décision du 15 novembre 2019, sur la base d'un nouvel avis de son Service médical régional, il a confirmé la capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée et refusé en conséquence de réviser le droit à une demi-rente reconnu au recourant depuis le 1er juin 2015 (dossier AI p. 1000, 1003). G. Par courrier du 10 décembre 2019, transmis d'office par l'Office de l'assurance-invalidité au Tribunal cantonal en tant que recours contre la décision du 15 novembre 2019, le recourant conclut implicitement à l'annulation de celle-ci et à ce qu'un droit à une rente entière lui soit reconnu. Puis, après avoir complété son recours le 5 février 2020 en insistant sur le fait que ses médecins traitants ne savent plus que faire pour améliorer la situation, il verse en temps utile l'avance de frais de CHF 800.- requise par

ordonnance du 7 janvier 2020. Dans ses observations du 17 février 2020, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours, se référant au dossier ainsi qu'à la décision attaquée. Par courriers du 19 février 2020, du 22 juin 2020, du 20 août 2020, du 15 octobre 2020 et du 14 janvier 2021, le recourant produit des rapports médicaux complémentaires concernant pour l'essentiel son épaule droite, plus particulièrement une opération effectuée le 30 avril 2020 ainsi qu'une autre intervention programmée en 2021. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 en droit 1. Recevabilité Interjeté par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours a été adressé en temps utile auprès de l'Office de l'assurance-invalidité qui l'a transmis d'office à l'autorité judiciaire compétente. Complété dans le délai imparti à cet effet, il peut par ailleurs être admis qu'il respecte les exigences de forme légales minimales. Le recours est en conséquence recevable. 2. Règles générales relatives à l'invalidité et au droit à une rente A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 3. Règles relatives à la révision du droit à la rente 3.1. 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. 3.2. 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, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances prévalant au moment 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts 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). 3.3. Selon l'art. 88a al. 1 RAI, le changement résultant de l'amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré ou de l'atténuation de son impotence ou encore de son besoin de soins ou d'aide découlant de son invalidité, n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. L'art. 88a al. 2, 1ère phrase, RAI prévoit quant à lui que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 4. Règles relatives à la preuve des faits allégués 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste

à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 5. Question litigieuse En l'espèce, le litige relatif au refus de réviser à la hausse la demi-rente qui a été allouée au recourant par décision du 10 mai 2017 porte sur l'évolution de son taux d'invalidité, plus précisément sur l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail dont découle sa capacité de gain, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. La décision du 10 mai 2017, reconnaissant au recourant le droit à une demi-rente dès le 1er juin 2015 sur la base d'un taux d'invalidité de 55% résultant de la comparaison entre le revenu réalisé dans son ancienne activité de releveur de compteur et celui dans une activité adaptée qu'il serait en mesure d'exercer à 50%, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. Partant, il s'agit de comparer les faits qui prévalaient au moment de cette décision avec ceux existant au moment de la décision attaquée, le 15 novembre 2019. En d'autres termes, il y a lieu de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point d'entraîner une aggravation de sa perte de gain. 6. Etat de santé et capacité de travail et de gain au moment de la décision du 10 mai 2017 6.1. La décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1er juin 2016 est fondée sur l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à de nombreuses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère, sans port de charge de plus de 10 kg, sans mouvements répétés avec les épaules ou avec le membre supérieur droit, sans mouvements répétés du rachis, avec changement régulier de position, sans position debout prolongée, sans obligation de monter et de descendre, sans déplacement fréquent en terrain inégal ou en pente, sans déplacement prolongé sur sol plat (maximum 500 mètres) et sans travaux en

hauteur sur des échelles ou échafaudages. Selon cette décision, le recourant dispose alors d'une telle capacité résiduelle par exemple dans une activité de production industrielle légère ou les services (contrôle de produits finis, montage à l'établi, conduite de machines semi-automatiques, usinage de pièces légères, conditionnement léger). La décision n'expose toutefois pas clairement les atteintes à la santé qui justifient cette appréciation. A cet égard, il convient de se référer aux pièces du dossier, plus particulièrement à l'expertise rhumatologique réalisée en novembre 2016. 6.2. Le recourant a subi plusieurs accidents qui ont entraîné d'importants traumatismes ostéo- articulaires, les trois premiers ayant nécessité des opérations chirurgicales: en 1991, il a été touché au niveau du poignet droit (plastie de stabilisation et réinsertion du ligament triangulaire en 1991, suivie d'une arthrodèse radio-cubitale avec ostéotomie du cubitus en 1997), en 2006 au niveau du pied droit (multiples fractures ayant nécessité de nombreuses interventions chirurgicales et une greffe cutanée), en 2014 au niveau de l'épaule droite (arthroscopie, suture du sus-épineux, acromioplastie, ténotomie-ténodèse du long chef du biceps, réinsertion du labrum pour lésion transfixiante du sous-scapulaire, conflit sous acromial et tendinopathie du long chef du biceps) et en 2016 à celui de l'épaule gauche (entorse). Les diagnostics supplémentaires de lombalgies basses chroniques avec épisodes aigus récidivants sur des discopathies étagées L3-L4, L4-L5 et

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 L5-S1 et arthrose postérieure, de coxarthrose bilatérale, de gonarthrose gauche et d'obésité morbide (BMI à 41.5), avec répercussion sur la capacité de travail, sont également posés. En raison de l'atteinte au poignet droit, à partir de juin 1998, son employeur l'a d'abord reclassé à l'interne dans un poste moins exigeant physiquement, consistant à effectuer des relevés de compteurs électriques. Puis, après des incapacités de travail liées à l'accident survenu en 2006, les rapports de travail ont pris fin et le recourant a perçu des indemnités de chômage depuis le 3 juillet 2013. Victime d'un nouvel accident, en 2014, il a subi une nouvelle incapacité de travail totale, n'a par la suite plus repris d'activité lucrative et, au moment de l'expertise, il est au bénéfice de l'aide sociale. Il ressent des douleurs très vives à l'épaule droite, au coude droit, au poignet droit, dans la région lombaire, aux hanches, aux genoux, ainsi qu'à la cheville et au pied droit. A ces douleurs s'ajoutent des limitations des amplitudes articulaires (épaule droite, poignet droit, hanches, genou gauche et pied droit) qui l'empêchent de se déplacer normalement et limitent fortement son périmètre de marche. Il doit par ailleurs continuellement changer de position et il ne peut plus porter ou soulever de charges. C'est sur cette base que l'expert rhumatologue retient en novembre 2016 que le recourant est incapable de travailler à 100% dans son ancienne activité de conducteur de machines ou d'électricien et que, après l'accident survenu en 2014, il dispose à nouveau d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée au sens de ce qui précède, sous réserve d'une période d'incapacité totale liée à l'entorse de l'épaule gauche, à partir du 24 septembre 2016 et vraisemblablement jusqu'à la fin de l'année 2016 (voir rapport d'expertise, p. 14). Il ne ressort par ailleurs pas du dossier que cette incapacité de travail totale et temporaire liée à l'épaule gauche ait perduré, en tout cas dans un premier temps, au-delà du 31 décembre 2016. 6.3. En résumé, il peut être retenu qu'au moment de la décision d'octroi d'une demi-rente de mai 2017, le recourant disposait – en tenant compte des atteintes à sa santé touchant en particulier son poignet droit, son coude droit, son pied droit, ses épaules, son dos au niveau des vertèbres lombaires, ses hanches et son genou gauche – d'une capacité résiduelle de travail de 50%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles. 7. Evolution de l'état de santé et de la capacité de travail jusqu'au moment

de la décision attaquée du 15 novembre 2019 7.1. Peu après la décision de mai 2017, alors qu'il était toujours sans emploi, le recourant s'est vu attester par Dr B. _____, spécialiste en médecine générale, une incapacité de travail totale à partir du 25 septembre 2017, dans un premier temps jusqu'au 31 décembre 2017 (certificat d'arrêt de travail du 25 septembre 2017, dossier AI p. 834). En lien avec cette attestation de son médecin généraliste traitant, par courrier du 4 octobre 2017, confirmé lors d'un entretien téléphonique du 11 octobre 2017, le recourant a annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité qu'il avait plusieurs rendez-vous prévus avec des médecins spécialistes afin de faire le point sur sa situation de santé et « envisager une suite de traitement adéquat » (dossier AI p. 835, 836). Puis, par courriers datés du 4 novembre 2017 et du 22 novembre 2017, il a notamment indiqué d'une part qu'il allait subir une lourde opération de son pied droit et d'autre part

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 que Dr C. _____, spécialiste en chirurgie auprès de l'hôpital fribourgeois, attestait une incapacité de travail en lien avec les atteintes à ses deux épaules (dossier AI p. 839, 842). Le 28 novembre 2017, le recourant a ensuite été opéré une nouvelle fois du pied droit par Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique de l'hôpital fribourgeois (allongement de la colonne médiale par greffe osseuse talo-naviculaire et arthrodèse talo-naviculaire par plaque et arthrodèse calcanéocuboïdienne; voir lettre provisoire de sortie, dossier AI p. 845). Les suites opératoires ont été simples et le recourant est retourné à domicile le 8 décembre 2017. Une incapacité de travail totale liée à cette opération a été attestée dans un premier temps jusqu'au 14 janvier 2018, puis pour une durée régulièrement prolongée (dossier AI p. 849 s.). 7.2. Prenant en considération la nouvelle opération au pied droit et les attestations des médecins traitants, l'Office de l'assurance-invalidité a ouvert une procédure de révision du droit à la rente et demandé aux médecins concernés de produire des rapports actualisés. Parallèlement à ces démarches, le recourant a produit plusieurs autres rapports médicaux dont le contenu peut être résumé comme suit. 7.2.1. S'agissant d'abord du pied droit, Dr D. _____ précise que l'opération du 28 novembre 2017 a été justifiée, dans les suites des séquelles de l'accident de moto de 2006 et des multiples opérations qui ont suivi, par une « position vicieuse de l'avant-pied avec surcharge des tendons péroniers ». Le but de l'opération a été d'améliorer la situation par une « correction de l'avant-pied ». Le contrôle scopique final en fin d'intervention montre un bon positionnement des implants et de l'avant-pied (lettre définitive de sortie du 13 décembre 2017, protocole opératoire définitif du 30 novembre 2017, voir dossier AI p. 895ss). Après avoir porté un plâtre, puis une botte plâtrée, le recourant s'est vu prescrire à partir du 23 janvier 2018 une orthèse pour le métatarse et l'avant-pied, avec une charge limitée à 15 kg. En essayant de mettre plus de poids, il ressent à nouveau des douleurs infra-rétro-malléolaires. Par contre les douleurs au niveau du mi-pied ont disparu (voir rapports de consultation du 22 janvier 2018 et du 19 février 2018; dossier AI p. 949, 951). Par la suite, le spécialiste constate le 12 avril 2018 que la cicatrice est calme, que l'alignement du pied est correct, qu'il n'y a pas de douleur à la palpation de l'arthrodèse, mais que des douleurs persistent toutefois au niveau des tendons péroniers et au niveau du tendon d'Achille (dossier AI p. 901). Le mois suivant, dans un rapport du 24 mai 2018 établi sur formulaire de l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 910), le même spécialiste atteste une incapacité totale de travail dans toute activité. Puis, dans un rapport détaillé du 25 mai 2018, Dre E. _____, cheffe de clinique auprès du centre de traitement de la douleur de l'hôpital fribourgeois, relève comme éléments d'anamnèse que, depuis l'opération du 28 novembre 2017, le recourant n'arrive plus à marcher normalement et dit même que la situation s'est empirée. Les douleurs restent continues au repos à 2/3 sur 10

sur l'échelle EVA et elles augmentent à 6-7 à l'effort et même à 9/10 en position debout prolongée. Le recourant peut rester debout 10 à 15 minutes puis nécessite une pause avant de reprendre une activité. Les douleurs au pied droit ont en outre un fort impact sur le système ostéo-articulaire avec des douleurs multiples au niveau des hanches ainsi qu'au bas du dos, décrites comme des brûlures, des fourmillements à type électrique transfixiants, pulsatiles, pouvant irradier jusqu'au mollet. Il est précisé que le recourant pèse 113 kg pour 175 cm. Se fondant également sur un examen clinique, la médecin constate l'existence de douleurs multiples qui semblent

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 décompensées sur les douleurs au pied droit. Elle propose un traitement médicamenteux antalgique que le patient ne souhaite pas, préférant en première intention une infiltration au niveau des gaines des tendons péroniers, suite à laquelle la possibilité d'un traitement des douleurs neuropathiques devrait être évalué (dossier AI p. 902). Dans un nouveau rapport du 9 juillet 2018 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité et dans un rapport de consultation du même jour, Dr D. _____ confirme l'incapacité de travail totale dans toute activité. Il précise que l'état est stationnaire, qu'il voit son patient tous les deux mois et que celui-ci est également suivi à la consultation d'antalgie de l'hôpital fribourgeois. Il relève que la marche se fait avec une boiterie de décharge à droite et avec une surcharge au niveau de la face externe du pied. Il ajoute qu'il n'existe pas de potentiel (même partiel) de réinsertion sur le premier marché du travail (dossier AI p. 921, 947; voir également certificats médicaux attestant une incapacité de travail du 28 novembre 2017 au 1er mars 2019). Lors de la consultation du 8 octobre 2018, le spécialiste traitant constate notamment que l'évolution est stagnante, que son patient est un peu « tordu vers la droite » et marche avec une boiterie de décharge à droite. Le 18 mars 2019, après deux infiltrations du 31 janvier 2019 et du 21 février 2019, il met ensuite en évidence une douleur localisée en sous-malléolaire externe, un peu antérieur, avec un point précis qu'il ne peut déterminer. Il suspecte que l'origine des douleurs est un conflit péronéo-astragalien antérieur au niveau de la cheville droite, sans arriver à le confirmer ou à gérer les douleurs. Il prescrit un VACOTALUS (sorte d'attelle rigide), ainsi qu'un nouvel arrêt de travail à 100% (dossier AI p. 942 ss). Le 10 mai 2019, il atteste toutefois sur un formulaire de l'assurance-invalidité que le recourant est en mesure de reprendre, par demi-journée, une activité adaptée, en position assise, avec possibilité de se lever, sans port de charge lourde (dossier AI, p. 970). Enfin, lors de la consultation du 16 juin 2019, il confirme une évolution clinique stagnante, avec des douleurs de même intensité qui continuent d'être rapportées, ainsi que de nouvelles douleurs au niveau du tendon d'Achille, attribuées par son patient au port de l'attelle (dossier AI p. 976).

7.2.2. S'agissant des épaules, il a été vu ci-dessus que Dr C. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% à partir de la fin de l'année 2017 (voir certificat médical et rapport de consultation du 22 novembre 2017, dossier AI p. 841, 963). Dans son rapport de consultation du 7 mars 2018, il précise que suite à l'opération au pied droit de fin novembre 2017, son patient marche avec des cannes et que l'état des épaules ne s'est pas vraiment dégradé. Il relève que la situation au niveau de l'assurance-invalidité est inchangée « même si vu les nombreux problèmes une prise en charge par l'AI [lui] semblerait plus que justifiée ». Il ajoute qu'il ne voit pas le recourant être capable de reprendre une activité professionnelle. Concernant le suivi, il estime que les épaules ont bien supporté le choc de la marche avec les cannes pendant trois mois. En effet, les IRM réalisées montrent un statu quo au niveau de l'épaule droite avec une guérison partielle du tendon et une bursite sous-acromiale au niveau de l'épaule gauche avec une arthropathie acromio-claviculaire.

D'un point de vue asséculoologique concernant les épaules, il indique que le recourant ne peut pas porter de charge de plus de 5 kg et ne peut pas travailler avec les bras en-dessus de l'horizontal. Il propose de réévaluer la situation une fois que les cannes ont pu être déposées (voir dossier AI p. 854). Puis, dans un rapport du 24 avril 2018 établi sur formulaire de l'assurance-invalidité, il atteste une incapacité de travail totale dans toute activité, en raison de multiples pathologies au bras

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 dominant, au dos et au pied droit. Il n'évoque pas spécifiquement les épaules. Il mentionne alors une aggravation dans le sens d'une décompensation du membre supérieur droit suite à la marche avec les cannes anglaises (dossier AI p. 879, 881). Ensuite, lors de la consultation du 13 juin 2018, le spécialiste traitant rapporte une situation stable, sans amélioration, avec des douleurs constantes et des fourmillements au niveau de l'épaule droite qui le forcent à prendre des anti-inflammatoires de manière régulière. Il évoque à plusieurs reprises la demande de rente entière d'invalidité et indique qu'il lui semble absolument justifié qu'il y soit fait droit, eu égard aux douleurs du coude et de l'épaule droits, ainsi que du pied droit à la marche (dossier AI p. 959). Puis, lors de la consultation du 22 août 2018, il fait état d'une situation stable du bras droit, avec des paresthésies toujours gênantes en fonction des positions et durant la nuit, sans amélioration, ni péjoration. S'agissant plus particulièrement de l'épaule droite, il constate une élévation à 110° avec une abduction à 80°, une rotation externe à 30° et une rotation interne au sacrum. Il n'évoque plus du tout l'épaule gauche. En conclusion, il constate que les douleurs décrites par son patient sont plutôt liées à l'arthrose du coude (dossier AI p. 958). Le 5 juin 2019, Dr C. _____ fait une nouvelle fois état d'une situation concernant l'épaule droite plutôt stable. Il propose à son patient d'effectuer encore des séances de physiothérapie et indique que, en l'absence d'effet, une prise en charge chirurgicale par reconstruction capsulaire supérieure serait envisagée. Il maintient en conclusion que le cas devrait être réévalué du point de vue de l'assurance-invalidité en attestant une incapacité de travail totale, vu les autres pathologies existantes (dossier AI p. 979). Le 23 août 2019, il décrit une situation stable au bras droit, avec des douleurs plutôt liées à l'arthrose du coude, en raison d'un nerf transposé antérieurement qui ne récupère pas complètement la sensibilité (dossier AI p. 957). Et, dans un dernier rapport de consultation du 18 septembre 2019, le spécialiste traitant mentionne une légère diminution de la mobilité de l'épaule et confirme que son patient souffre de douleurs complexes pluri-articulaires qui ne permettent selon lui pas d'entreprendre une reconversion professionnelle (dossier AI p. 990). Enfin, dans un rapport du 11 octobre 2019 établi sur formulaire de l'assurance-invalidité, le spécialiste traitant atteste une nouvelle fois l'existence d'une incapacité de travail totale, fondée sur des douleurs insomniantes constantes en lien avec de multiples articulations. Il met particulièrement en évidence les douleurs et l'impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, dues à l'ancienne suture de la coiffe des rotateurs, à l'arthrose posttraumatique du coude droit, à la neuropathie résiduelle du nerf cubital et à l'instabilité du moignon distal (dossier AI p. 993 ss).

7.2.3. Concernant ensuite les douleurs dorso-lombaires, Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à l'hôpital fribourgeois, se prononce le 18 mai 2018 dans un rapport établi sur formulaire de l'assurance-invalidité. Il rappelle l'existence d'une discopathie pluri-étagée L1-S1 avec protrusion discale L5-S1, L4-L5, L3-L4, avec spondylolisthésis L3-L4 grade I. Il y indique pour le reste que le recourant est capable d'exercer à 50%, sans diminution de rendement, une activité sans port de charge et sans position statique excédant une heure. Il fait par ailleurs état d'une motivation « partielle » à la reprise du travail ou à un reclassement

professionnel (dossier AI p. 887). Dans son rapport de consultation du 17 mai 2018, il précise que son patient souffre de fortes douleurs en barre au niveau lombaire bas, en légère amélioration par rapport à la dernière consultation, mais toujours présente. Il relève que la démarche est détériorée avec attitude antalgique de décharge du côté gauche et statique péjorée. La force et la sensibilité sont conservées dans les racines lombaires avec extension du pied et de l'hallux à M5. Il donne

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 également des précisions quant à la capacité de travail: « au vu de la situation socio- professionnelle, en corrélation avec les images IRM et les symptômes du patient, nous pensons que pour le dos indépendamment des autres pathologies, une incapacité de travail de 50-55% serait raisonnable. Il est à penser néanmoins que les autres pathologies (pied, coude et hanche) doivent être pris en charge dans l'évaluation globale de l'incapacité de travail. » (dossier AI p. 899). 7.2.4. Le 8 juin 2018, sollicité également pour donner son avis, le médecin généraliste traitant du recourant, Dr B. _____, se réfère pour l'essentiel au suivi par les différents spécialistes. Sans se prononcer sur la capacité de travail actuelle de son patient, il relève que le potentiel de réinsertion sur le marché du travail lui paraît fortement compromis (dossier AI p. 894). 7.2.5. Se référant à l'ensemble de ces rapports, Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, retient dans un premier rapport du 25 janvier 2019 que l'essentiel des affections ostéo-articulaires du recourant (épaule droite, hanches, rachis lombaire) sont stationnaires. Quant au pied droit, il rappelle l'existence de longue date d'une arthrose post-traumatique, avant de constater que le recourant a été opéré une nouvelle fois le 28 novembre 2011 (arthrodèse talo- naviculaire), avec toutefois une évolution objectivement favorable et une situation stabilisée, avec persistance de douleurs à la palpation du tendon péronier et du tendon d'Achille. Sur cette base, il considère que l'opération en question a justifié médicalement une incapacité de travail totale pour une durée de trois mois et que, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, attestée dans le rapport d'expertise rhumatologique de fin 2016 a été retrouvée dès mars 2018 (dossier AI p. 928). Puis, se référant le 29 août 2019 aux rapports médicaux produits durant le printemps 2019, il indique plus particulièrement que l'incapacité totale de travail dans toute activité, attestée par Dr C. _____, n'est pas compréhensible, en l'absence de fait nouveau significatif modifiant les limitations fonctionnelles définies fin 2016 par expertise. Il en déduit que la position du spécialiste traitant résulte vraisemblablement d'une appréciation différente d'une même situation, sous réserve d'un complément d'instruction médicale sur le plan orthopédique qu'il estime indiqué. Enfin, le 14 novembre 2019, il confirme qu'il n'existe pas de fait nouveau remettant en cause les limitations fonctionnelles et l'exigibilité qui avaient été retenues dans le rapport d'expertise rhumatologique. 7.3. 7.3.1. Sur la base de ce qui précède, il convient d'abord de constater l'absence d'évolution significative de l'atteinte au poignet droit, de la coxarthrose bilatérale de la gonarthrose gauche et de l'obésité morbide, qui n'ont pas fait l'objet de développements particuliers dans les rapports médicaux résumés ci-dessus. 7.3.2. Il en va de même des lombalgies basses chroniques liées à des discopathies et à une arthrose postérieure, pour lesquelles le spécialiste traitant fait certes état de douleurs par moments importantes, mais sans indiquer de péjoration par rapport à ce qui prévalait antérieurement. 7.3.3. Concernant ensuite l'épaule droite, le spécialiste traitant fait certes état de difficultés importantes.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Sur le plan objectif, il ressort toutefois de ses rapports que l'état des épaules est resté stable en dépit des sollicitations accrues liées à la marche avec des cannes suite à l'opération du pied droit de novembre 2017. Le rapport établi en mars 2018 indique même expressément à cet égard que, du point de vue asséculo-logique, le recourant est capable d'exercer une activité n'impliquant ni de porter des charges de plus de 5 kg ni de lever les bras au-dessus de l'horizontal. Quant à la référence faite par la suite en avril 2018 à une « décompensation du membre supérieur droit », sans mention particulière des épaules, elle n'est pas suffisamment précise pour rendre vraisemblable une réelle péjoration de la situation à ce niveau. Ce d'autant moins que les rapports établis en 2018 et 2019 font plutôt état d'une épaule droite objectivement stable, avec dans un premier temps des douleurs constantes à l'épaule, puis dans un deuxième temps des douleurs plutôt centrées sur le coude droit. 7.3.4. L'existence de douleurs au coude droit est régulièrement mentionnée dans les rapports. Elles semblent même devenir prépondérantes à celles de l'épaule droite à partir de l'été 2018. Cela étant, à cet égard également, compte tenu du fait que cette atteinte au coude existait déjà lors de l'expertise de novembre 2016 et faisait déjà souffrir le recourant à ce moment-là, le spécialiste traitant n'indique pas en quoi la situation aurait évolué depuis lors au point de réduire encore sa capacité de travail déjà limitée à 50% dans une activité adaptée. Il faut encore relever que dans ses rapports relatifs aux atteintes touchant les épaules et le bras droit, tout en faisant état d'une situation pour l'essentiel stable, Dr C. _____ évoque de façon quasi-systématique la procédure en cours auprès de l'assurance-invalidité, en indiquant qu'il lui paraît justifié que son patient perçoive une rente entière au vu de ses douleurs et de l'ensemble de ses difficultés. Il semble ainsi prendre position en faveur de celui-ci et il n'est ainsi pas du tout exclu que cela influence son appréciation selon laquelle son patient serait à partir d'avril 2018 totalement incapable de travailler dans toute activité, alors même que la situation décrite médicalement ne paraît pas avoir connu d'évolution significative. 7.3.5. Enfin, le seul élément concret qui pourrait constituer un changement de l'état de santé du recourant depuis la décision d'octroi d'une demi-rente du 10 mai 2017 concerne son pied droit. En effet, en raison des douleurs importantes ressenties et d'une position de l'avant-pied entraînant une surcharge des tendons péroniers, le pied a été corrigé par arthrodèse à fin novembre 2017. L'opération a certes permis de supprimer les douleurs au niveau du mi-pied, mais le recourant a rapidement ressenti à nouveau des douleurs infra-réto-malléolaires, au niveau des tendons péroniers et du tendon d'Achille, avec pour conséquence une boiterie de décharge à droite et une surcharge au niveau de la face externe du pied. Il faut ainsi constater que, globalement au niveau du pied droit, cette correction n'a pas eu l'effet escompté sur les douleurs. Cela étant, l'existence des douleurs relevées par le spécialiste traitant, ainsi que la boiterie de décharge qui en résulte ne constitue pas une aggravation de la situation à ce niveau. L'expertise de novembre 2016 faisait en effet déjà ressortir que le recourant se déplaçait avec lenteur et boiterie, avec en plus des difficultés à plier les genoux et monter des escaliers. Il peut en conséquence être admis que la situation n'a pas évolué significativement après l'opération du pied droit réalisée une année plus tard : la mobilité du recourant reste réduite et il continue à boiter et à ressentir des douleurs importantes également au niveau du pied. En dépit des propos du recourant selon lesquels la situation s'est empirée, il n'existe ainsi pas d'élément objectif

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 permettant d'admettre une telle aggravation par rapport à ce qui prévalait au moment de l'expertise, notamment en ce qui concerne la capacité de travail. A cet égard, compte tenu de l'opération réalisée en novembre 2017 en vue

d'améliorer la situation et du bon résultat de cette opération sur le plan objectif, avec notamment une correction de la position du pied, aucun élément ne permet d'expliquer pour quelle raison le recourant n'aurait pas récupéré, après un temps de convalescence ordinaire, la capacité de travail résiduelle de 50% qui existait déjà avant l'opération dans une activité adaptée notamment à son pied droit douloureux, attestée par expertise de novembre 2016. Certes, le spécialiste traitant atteste une incapacité de travail totale bien plus longue, avant d'indiquer en mai 2019 seulement que le recourant est désormais en mesure de reprendre une activité adaptée par demi-journée. Il faut toutefois constater que cette très longue période d'incapacité totale n'est en réalité expliquée que par les douleurs invoquées par le recourant, qui existaient déjà en novembre 2016 lorsque l'expert a retenu de façon convaincante que celles-ci ne s'opposaient pas à l'exercice d'une activité en position assise, préservant ainsi le pied droit du recourant. Dans ces conditions, l'avis du spécialiste traitant quant à une incapacité de travail totale qui aurait perduré durant de nombreux mois après l'opération de novembre 2017 apparaît comme une nouvelle appréciation d'une situation qui, en l'absence de complications dans les suites de l'opération, n'avait pas connu d'évolution significative depuis l'expertise de 2016. Il convient dès lors de s'en écarter et de continuer à privilégier les conclusions de cette expertise. Il sera dès lors retenu qu'après une durée de convalescence ordinaire le recourant a retrouvé sa capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

7.4. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient d'admettre avec le médecin du SMR que – à tout le moins jusqu'à la décision attaquée du 15 novembre 2019 – les atteintes dont souffre le recourant n'ont pas connu, sous réserve de la période de convalescence suivant l'opération du pied droit le 28 novembre 2017, d'évolution significative depuis la décision du 10 mai 2017 qui sert de point de référence dans la présente procédure de révision. Plus spécifiquement, les multiples douleurs ressenties par le recourant ont continué à être présentes et celui-ci est resté limité dans sa mobilité, de telle sorte qu'il a conservé une capacité résiduelle de travail de 50%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses nombreuses limitations. En se référant également à l'appréciation du médecin du SMR, il peut aussi être confirmé que l'arthrodèse réalisée le 28 novembre 2017 a justifié objectivement une incapacité de travail totale dans toute activité durant une période limitée de convalescence de trois mois jusqu'à fin février 2018, après laquelle, dès le 1er mars 2018, les limitations fonctionnelles étaient à nouveau les mêmes qu'avant l'opération.

7.5. Enfin, il faut encore relever que les suites de l'opération de l'épaule droite du 30 avril 2020 dont se prévaut le recourant dans sa détermination du 22 juin 2020 ne peuvent être prises en considération dans la présente procédure de recours qui ne porte que sur l'évolution de la situation jusqu'à la décision attaquée du 15 novembre 2019. Il peut tout au plus être mentionné que cette intervention de reconstruction capsulaire supérieure avec bio-membrane et suture du sous-épineux (voir lettre provisoire de sortie du 2 mai 2020) avait pour but une amélioration de la mobilité de cette épaule et une diminution des douleurs ressenties par le recourant, de telle sorte qu'elle n'est pas suffisante en elle-même pour conclure à l'existence d'une péjoration de la situation du recourant. Plus spécifiquement, on ne peut en l'état pas en

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 déduire une diminution durable de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses diverses limitations. Quant à la nouvelle opération annoncée de la même épaule (pose d'une prothèse), annoncée dans la détermination du 13 janvier 2021, il apparaît à l'évidence prématuré d'en apprécier les conséquences. Cela étant, il y a lieu de constater que, plus particulièrement dans ses déterminations du 19 février 2020 et du 22 juin 2020 relatives à l'atteinte à l'épaule droite,

le recourant fait valoir des arguments quant à une éventuelle aggravation de son état de santé. Ces déterminations sont en conséquence transmises à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il les traite comme une nouvelle demande de révision du droit à la rente. 8. Conséquences sur la capacité de gain depuis la dernière décision de référence du 10 mai 2017 et sur le droit à la rente 8.1. En l'absence de modification de sa capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, la capacité de gain du recourant est dans un premier temps restée inchangée par rapport à la dernière décision de référence du 10 mai 2017. Puis, à partir du 28 novembre 2017, cette capacité de gain a été réduite provisoirement à néant dans les suites de l'opération du pied droit subie à cette date, pour une période de trois mois, soit jusqu'à la fin du mois de février 2018. Enfin, à l'issue de cette période de convalescence, soit dès le 1er mars 2018, le recourant a récupéré sa capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, recouvrant par la même occasion la capacité de gain qu'il avait déjà au moment. 8.2. Dans la mesure où la dégradation de la capacité de gain a duré trois mois, ce changement même provisoire suffit pour être déterminant pour l'accroissement des prestations au sens de l'art. 88a al. 2 RAI. Ainsi, en application de cette disposition, il convient de constater une péjoration de la capacité de gain du recourant sur une période de trois mois à partir du 28 novembre 2017, durant laquelle, en l'absence de toute capacité de travail, son taux d'invalidité était de 100%. Sur cette base, il doit ainsi se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er février 2018. Puis, compte tenu de la capacité de travail et de gain partielle recouvrée dès le 1er mars 2018, et l'application du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI, le droit à cette rente entière sera maintenu jusqu'au 31 mai 2018, avant d'être remplacé par le droit à une demi-rente dès le 1er juin 2018. 9. Sort du recours et frais 9.1. Le recourant ayant droit à une rente entière pour une durée limitée du 1er février 2018 au 31 mai 2018, le recours sera partiellement admis et la décision attaquée modifiée dans ce sens.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 9.2. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice fixés à CHF 800.-, sont mis par moitié à la charge des parties, à savoir CHF 400.- pour l'autorité intimée et CHF 400.- pour le recourant. Les frais de justice de ce dernier seront compensés avec son avance de frais de CHF 800.- de sorte que CHF 400.- lui seront restitués. 9.3. Le recourant n'étant pas représenté, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 15 novembre 2019 est modifiée dans le sens que le droit de A. _____ à une demi-rente d'invalidité est maintenu jusqu'au 31 janvier 2018, augmenté à une rente entière du 1er février 2018 au 31 mai 2018, puis réduit à nouveau à une demi-rente dès le 1er juin 2018. Pour le surplus, le recours est rejeté. Les déterminations de A. _____ du 19 février 2020 et du 22 juin 2020 sont transmises à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il les traite comme une nouvelle demande de révision du droit à la rente. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis par moitié à la charge des parties, à savoir CHF 400.- pour l'Office de l'assurance-invalidité et CHF 400.- pour A. _____. III. Le montant de CHF 400.- dû par A. _____ sera compensé avec son avance de frais de CHF 800.- et le solde de CHF 400.- lui sera restitué. 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 19 janvier 2021/msu Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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