

FR_GERICHTE 608 2020 154 vom 22. Januar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_154

FR: FR_GERICHTE 608 2020 154 du 22 janvier 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 154 del 22 gennaio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté 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.

E. 2.1

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.

E. 2.2

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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 Il découle de la notion d'invalidité que 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). Le degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalidité, 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 classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469).

E. 2.3

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).

E. 2.4

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b et les références). Les faits qui sont survenus postérieurement et ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4; arrêts TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3).

E. 3

En l'espèce, le recourant invoque principalement la survenance d'une atteinte urologique, en juillet 2020, pour demander l'annulation de la décision rendue le 16 juin 2020 et le renvoi de la cause à l'autorité intimée, à charge pour cette dernière d'investiguer plus avant cet aspect.

E. 3.1

Il ressort du dossier constitué par l'OAI que le recourant avait certes déjà présenté une problématique similaire lors de son école de recrue: un rapport établi le 6 avril 2017 par le Dr D._____, spécialiste en la matière, évoquait ainsi "un gonflement progressif de sa bourse à gauche, avec désagréments quotidiens, notamment dans son début de service militaire dans les troupes de sauvetage. Une cure chirurgicale d'hydrocèle gauche versus spermatocele, selon le status, est préconisée" (dossier AI p. 518). Cette intervention avait justifié une brève période d'incapacité de travail, entre le 5 et le 17 avril 2017 (dossier AI p. 508). L'assuré ne s'étant pas présenté au contrôle post-opératoire, le Dr D._____ en avait alors conclu que l'assuré était rétabli.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6 Toutefois, plus aucune mention de cette symptomatologie n'a été faite jusqu'en juillet 2020, avec l'apparition de douleurs au bas ventre lors du stage organisé par l'OAI auprès de E._____, débuté le 29 juin précédent. Différents arrêts de travail ont été établis par le Dr F._____, médecin généraliste traitant: un premier attestant une incapacité de travail de 50% du 13 au 17 juillet 2020, un second annonçant une incapacité totale entre le 17 et le 24 juillet 2020, puis un troisième attestant d'une capacité de 50% du 24 au 31 juillet 2020 et enfin un dernier signalant une totale incapacité de travail durant tout le moins d'août 2020 (dossier AI p. 779). Cela a conduit à l'interruption de la mesure, le 10 août 2020.

E. 3.2

Amenée à statuer, la Cour de céans constate qu'au vu de la jurisprudence (cf. supra consid. 2.4), l'état de fait soumis à son examen s'achève au moment où la décision litigieuse a été

rendue soit, en l'occurrence, le 16 juin 2020. Or, il est indéniable que l'atteinte urologique n'était alors pas actuelle et que l'autorité intimée n'avait aucune raison d'investiguer à ce sujet. Si le recourant avait certes déjà présenté précédemment une symptomatologie semblable, il convient de noter que celle-ci n'avait alors présenté qu'un caractère transitoire et, surtout, qu'elle ne s'était depuis plus manifestée. Dans ces conditions, même si elle est (ré)apparue durant le délai de recours, soit peu après que la décision a été rendue, elle n'en constitue pas moins un élément étranger à cette dernière. Aucun reproche ne peut donc être formulé à l'encontre de la décision rendue par l'OAI, dès lors qu'elle a été rendue au terme d'une instruction menée dans les règles de l'art, alors que l'état de santé du recourant était largement stabilisé. D'autant moins que les documents médicaux remis par le recourant consistent en de simples attestations d'incapacité de travail établies par le médecin généraliste traitant, d'une durée très limitée, soit des pièces qui ne démontrent en soi pas l'existence d'une aggravation sérieuse et durable dudit état de santé. Tout bien considéré, il convient de conclure que l'atteinte urologique alléguée est étrangère à la procédure ayant fait l'objet de la décision ici querellée et doit être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande auprès de l'OAI. Cela étant, afin de préserver les droits de l'assuré dans le cadre de cette nouvelle procédure, il sied de considérer le mémoire de recours constitue le point de départ de cette nouvelle procédure et de transmettre le dossier à l'autorité intimée, à charge pour cette dernière d'examiner si les conditions pour entrer en matière à cet égard sont remplies.

E. 4

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. Le dossier est transmis à l'autorité intimée afin qu'elle examine, au titre de nouvelle demande, l'acte de recours déposé par l'assuré en août 2020 ainsi que les pièces qui l'accompagnent. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 8 septembre 2020. Pour les mêmes motifs, l'assuré n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. 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 22 janvier 2021/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :