

# FR\_GERICHTE 608 2020 157 vom 3. Mai 2021

FR Kantonsgericht, 2021-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2020\\_157](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_157)

FR: FR\_GERICHTE 608 2020 157 du 3 mai 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2020 157 del 3 maggio 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Déposé en temps utile et dans les formes légales 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. 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.

### 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. 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 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 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans

invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (arrêts TF 9C\_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

### **E. 2.3**

Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Ainsi, selon l'al. 2 de cette même disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, 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. Cette exigence de plausibilité doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt TF 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées); il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande après un refus de prestations entré en force.

### **E. 2.4**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de sa valeur probante (arrêt TF 9C\_170/2009 du

## **E. 2.5**

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 3. En l'espèce, le litige porte à l'origine sur l'évolution de l'état de santé du recourant entre le 21 février 2012 (date de la dernière décision matérielle entrée en force) et le 29 juin 2020 (date de la décision contestée). Dans ce contexte, il importe tout particulièrement d'examiner si les mesures d'instruction

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 mises en place par l'autorité intimée respectent les instructions figurant dans l'arrêt de renvoi rendu le 4 juillet 2018. Il convient de revenir sur le contexte médical. 3.1. La décision du 21 février 2012 avait retenu que le recourant était inapte à exercer son activité habituelle dans le domaine de l'entretien de piscines en raison d'une allergie professionnelle. Au vu de la possibilité pour lui d'exercer une activité adaptée, par exemple comme vendeur, il a été admis qu'il ne subissait aucune perte économique, raison pour laquelle il n'avait alors pas eu droit à une rente d'invalidité. 3.2. S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'à la fin 2017 (date de la précédente décision de l'OAI), elle a été présentée de manière détaillée dans l'arrêt de renvoi rendu par la Cour de céans le 4 juillet 2018. Elle peut être résumée ainsi : dans un premier temps, les investigations ont exclusivement porté sur les problèmes de dos de l'assuré, avec en particulier une hernie en L4-L5; une problématique orthopédique au pied avait également été signalée. Un avis rhumatologique a alors été requis par l'OAI : la Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, avait conclu à l'inadéquation des anciennes activités

professionnelles (entretien de piscine, vente) en raison des atteintes présentes; en revanche, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 80% avait été admise. A la fin 2013, le Dr I. \_\_\_\_\_, neurochirurgien traitant, a procédé à la fixation de la sacro-iliaque de l'assuré. C'est dans ce contexte que la présence d'une hémochromatose avec troubles articulaires multiples (mutation hétérozygote) a été confirmée, en janvier 2014. En juillet 2014, la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie, a posé le diagnostic d'hyperferritinémie avec mutation hétérozygote pour l'hémochromatose H63D et celui de syndrome de Klinefelter. Elle évoquait alors les conséquences découlant du premier syndrome, à savoir un hypogonadisme, une très forte suspicion d'ostéoporose ou d'ostéopénie, des polyarthralgies invalidantes ainsi que des dorsolombalgies invalidantes, rendant toute station debout impossible pour une durée de plus de 2 minutes et limitant la marche à 100 mètres. Elle signalait également que la situation ne s'était pas améliorée depuis l'intervention sur la sacro-iliaque, plus de 6 mois auparavant. En décembre 2014, le Dr I. \_\_\_\_\_ annonçait que l'intervention au niveau de la sacro-iliaque avait été efficace et qu'il n'y avait plus de douleurs à ce niveau. Il relevait que l'assuré se plaignait malgré tout d'énormes problèmes lombaires, de douleurs inflammatoires le long du rachis, de nugalgies ou de douleurs interscapulaires, de sensation de perte de sensibilité dans les membres inférieurs, sans que le dossier radiologique ne puisse l'expliquer. Un examen neurologique effectué en décembre 2015 donnera des résultats dans les limites de la norme. C'est dans ce contexte qu'une expertise pluridisciplinaire a été mise sur pied. Confiée au centre d'expertises médicales D. \_\_\_\_\_, elle se basait sur le dossier médical, sur des examens cliniques réalisés durant le mois d'octobre 2016 par des spécialistes de médecine interne générale, d'orthopédie, de neurologie et de psychiatrie (dossier OAI p. 1063-1125). Dans leur rapport du

## **E. 6**

Le recours (608 2020 157) de l'assuré est partiellement admis et la décision du 29 juin 2020 modifiée dans le sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er janvier 2015. Le recours est rejeté pour le surplus. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- Compte tenu de l'admission partielle du recours, ils sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1) à raison de CHF 200.- (1/4) à la charge du recourant et de CHF 600.- (3/4) à la charge de l'autorité intimée. Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens réduits. L'indemnité de partie est fixée conformément aux art. 137 ss CPJA et aux art. 8 ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 150.12). Sur la base de la liste de frais déposée par son mandataire le 19 avril 2021, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle il a droit à CHF 1'957.50, soit 7.83 heures à CHF 250.-/heure, plus CHF 10.80 de débours et CHF 151.55 au titre de la TVA à 7.7%, pour un total de CHF 2'119.85. Compte tenu du gain de cause partiel à raison de 3/4, un montant de CHF 1'589.90 est mis à la charge de l'autorité intimée et sera directement versé au mandataire du recourant (cf. art. 141 CPJA).

## **E. 7**

Par requête déposée parallèlement à son recours (608 2020 158), l'assuré a demandé à bénéficier de l'assistance judiciaire totale et à ce que son mandataire, Me Valentin

Aebischer, soit désigné défenseur d'office. En l'espèce, le recourant a produit un document du service social de sa commune, selon lequel il bénéficie de la couverture de son budget. On peut dès lors retenir qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. En outre, sur la base des considérants qui précèdent et dès lors que le recours a abouti à une admission partielle, il n'est pas possible de conclure que celui-ci était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale peut être admise et que Me Valentin Aebischer, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office. Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire totale, le solde des frais de justice de CHF 200.- n'est pas prélevé. S'agissant de l'indemnité du défenseur d'office, l'on se réfère aux montants figurant dans la liste de frais du 19 avril 2021. Par ailleurs, il convient de réduire l'indemnité du défenseur d'office à 1/4, compte tenu de l'admission partielle du recours. L'indemnité du défenseur d'office est dès lors fixée à CHF 382.40, dont CHF 27.35 au titre de la TVA. Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 157) est partiellement admis. Partant, la décision du 29 juin 2020 est modifiée dans le sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er janvier 2015. Le recours est rejeté pour le surplus. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2020 158) est admise et Me Valentin Aebischer, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 1'589.90, débours et TVA compris, mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. IV. L'indemnité du défenseur désigné est fixée à CHF 382.40, dont CHF 27.35 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'Etat de Fribourg. V. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 600.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 200.- à la charge du recourant, ces derniers n'étant pas perçus en raison de l'assistance judiciaire gratuite. VI. 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 3 mai 2021/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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