

FR_GERICHTE 605 2013 209 vom 17. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_209

FR: FR_GERICHTE 605 2013 209 du 17 août 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 209 del 17 agosto 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 29

janvier 2014. Par décision sur opposition du 5 juin 2014, l'opposition a été admise et des indemnités journalières versées jusqu'au 17 décembre 2013, date correspondant, selon l'assureur, à la fin du traitement médical, respectivement à la date à laquelle il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une sensible amélioration de l'état de santé. Pour le surplus, l'assureur a indiqué devoir diligenter des mesure d'instruction complémentaire afin de "fixer définitivement le taux de l'incapacité de l'assurée après l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation". B. Parallèlement à la procédure devant l'assureur-accidents, le 22 juin 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI). Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'office a notamment requis des rapports de ses médecins traitants et du Service médical régional des offices AI Berne /Fribourg/Soleure (ci-après: SMR). Il a également joint au dossier les mesures d'instruction faites par l'assureur-accidents, notamment les deux expertises précitées. Par projet de décision du 3 décembre 2012, l'OAI a considéré que l'assurée ne subissait aucune perte de gain. Pour ce motif, il lui a dénié le droit à une rente. Il s'est fondé alors sur un revenu sans invalidité de CHF 27'300.- (salaire dans l'ancienne activité à temps partiel) et avec invalidité de CHF 47'455.- (salaires statistiques dans une activité légère exercée à temps plein). Suite aux objections de l'assurée – demandant notamment la réalisation d'une nouvelle expertise – et différentes prises de position de son SMR sur des rapports médicaux, l'office a confirmé son projet par décision du 19 septembre 2013.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 C. Le 16 octobre 2013, contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal administratif du canton de C. _____, concluant, principalement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et à l'allocation d'une équitable indemnité de partie. A l'appui de ses conclusions, elle conteste d'abord l'utilisation de la méthode mixte de comparaison des revenus et l'absence d'enquête économique sur le ménage. Sur ce plan, elle souligne que, dans la décision attaquée, l'OAI n'a pas évalué la partie ménagère. Elle allègue également que, selon l'expertise du Dr G. _____, sa capacité de travail est entière uniquement dans une activité de bureau pur et que, pour s'éloigner de cette conclusion, il aurait été nécessaire qu'une nouvelle expertise soit réalisée. Elle souligne encore que son invalidité a été reconnue par l'assureur LAA pour la période courant du 19 octobre 2010 au 4 juin 2013. Par jugement du 16 octobre 2013, dont l'entrée en force est attestée au 2 décembre 2013, le

Tribunal administratif du canton de C. _____ a décliné sa compétence et transmis la cause à l'Instance de céans. Suite au versement d'une avance de frais de CHF 800.- par l'assurée, dans ses observations du 17 février 2014, l'OAI indique avoir reconsidéré sa décision et invite le Tribunal cantonal à rayer l'affaire du rôle. Dans un acte séparé intitulé "projet de décision" du 14 février 2014, s'appuyant sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus, l'office considère toujours que son assurée n'a pas droit à une rente, mais désormais en raison d'un degré d'invalidité de 17%. Par courrier du 20 février 2014, l'assurée invite également la Cour à rayer la procédure du rôle, celle-ci lui paraissant désormais sans objet. Le 11 mars 2014, le délégué à l'instruction, constatant que l'acte intitulé "projet de décision" du 14 février 2014 ne va pas dans le sens des conclusions prises par la recourante et ne fait que confirmer la négation du droit à la rente, a lancé un nouvel échange d'écritures. Dans ses contre-observations du 3 avril 2014, la recourante prend acte que l'autorité intimée admet le bien-fondé de ses griefs relatifs à l'usage de la méthode mixte de comparaison des revenus. Elle souligne avoir reçu des indemnités journalières de son assureur-accidents du 12 octobre 2010 au 4 juin 2013, se plaignant en substance par ce biais de ce que le principe d'uniformité de la notion d'invalidité a été violé. Elle ajoute, se fondant sur l'expertise du Dr G. _____, ne pas être en mesure d'exercer une activité légère dans l'industrie légère telle que retenue par l'autorité intimée mais uniquement une activité de bureau pur. Dans ses ultimes remarques du 22 mai 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Rappelant que chaque assureur social est soumis à sa propre législation, il souligne que la recourante était apte au travail à 100% avant la fin du délai de six mois commençant avec le dépôt de la demande, se fondant sur les expertises figurant dans son dossier. Il ajoute qu'on ne peut inférer des conclusions du Dr G. _____ que seule une activité de bureau pur serait appropriée aux limitations de la recourante. Selon lui, l'expert se contente par ce biais de relever que ce serait là un poste adapté sans chercher à restreindre pour autant le champ des activités exigibles. Dans un troisième échange d'écritures, les parties campent en substance sur leur position. Le 31 juillet 2015, la recourante transmet un rapport d'expertise pluridisciplinaire diligenté par E. _____ auprès du Dr H. _____, spécialiste FMH en neurologie, et du Dr I. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Dans leur rapport d'expertise du 26 juin 2015, les deux médecins fixent la capacité de travail à Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 50%, après un an d'incapacité de travail complète, dans l'ancienne activité et à 100%, compte tenu d'une possible perte de rendement de 10-20%, dans une activité adaptée. Selon les experts, l'activité adaptée doit être essentiellement mono-manuelle du membre supérieur droit avec utilisation du membre supérieur gauche comme appoint. Dans son intervention du 31 juillet 2015, se fondant sur cette expertise, l'assurée confirme les conclusions prises précédemment et sollicite la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle en vue d'évaluer le type, le taux et rendement de l'activité exigible. Dite intervention et son annexe ont été transmises pour information à l'autorité intimée. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales – bien qu'auprès d'un tribunal incompétent rationae loci et sans qu'elle n'en subisse pour autant un quelconque préjudice – par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). b) L'art. 16 LPG dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). En outre, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblables qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examen (arrêt TF U 87/05 du 13 septembre 2005, in RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2). Pour sa part, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le

revenu d'invalidé (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5 p. 78 ss). c) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; cf. art. 28 al. 2bis LAI jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28a al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI). L'ancien art. 27bis al. 1 RAI, désormais l'art. 28 al. 2ter, puis 28a al. 3 LAI, consacre la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité pour les cas où l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint. Cette méthode a été souvent remise en

cause mais confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral (par exemple ATF 137 V 334). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI; ATF 121 V 366 consid. 1b). d) Ainsi que l'ancien Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes, quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assesseur. e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si des rapports médicaux sont par exemple contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au

sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Finalement, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts TF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2, 9C_454/2008 du 27 février 2009 consid. 2.2, 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). 3. A titre liminaire, la Cour retient que l'usage de la méthode ordinaire de comparaison des revenus en lieu et place de la méthode mixte n'est désormais plus litigieux. L'autorité intimée s'est en effet appuyée sur cette première méthode dans son acte intitulé "projet de décision" du 14 février 2014. Au vu du dossier, notamment des déclarations constantes, il faut admettre que l'assurée a rendu vraisemblable son souhait de travailler à plein temps en l'absence d'invalidité. Toutefois, dès lors que la négation du droit à la rente est confirmée ce nonobstant, la cause n'est manifestement pas devenue sans objet et doit faire l'objet d'un jugement. Demeure dès lors litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente de l'AI, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé, et, notamment, tant de la valeur probante de l'expertise du Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 octobre 2011, que de celle du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, du 28 novembre 2012.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 a) Dans son rapport d'expertise du 6 octobre 2011, le Dr F. _____ mentionne une ténosynovite de De Quervain gauche comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Les autres diagnostics de syndrome du tunnel carpien gauche et d'entorse métacarpo-phalangienne du pouce gauche n'ont, selon lui, pas d'incidence sur la capacité de travail. Sur la base de ces diagnostics, il conclut à une capacité de travail dans l'ancienne activité de 25%, sans perte de rendement, du 25 avril 2011 au 30 septembre 2011, le taux initial de 50% pouvant être recouvré dès le 1er octobre 2011. Pour sa part, la capacité de travail dans une activité adaptée est fixée à 100%, sans perte de rendement, dès la date de son examen clinique, soit dès le 31 août 2011. Aux dires de l'expert, une activité adaptée doit respecter les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvements répétés et en force du poignet et de la main gauches, absence de port de charges lourdes (> 50kg). L'expert estime que l'évolution de la ténosynovite devrait être lentement favorable, avec une augmentation de la capacité de travail, tout en soulignant qu'elle demeure difficile à prévoir (dossier OAI, pièces 157 et 180). Cette expertise se fonde sur un examen approfondi du dossier de l'assureur-accidents, l'expert ayant par ce biais pleine connaissance de l'anamnèse, ainsi que sur une consultation du 31 août 2011. Lors de cette consultation, l'expert a été en mesure de procéder à un examen clinique de l'assurée – particulièrement de ses poignets et mains – et de prendre en compte les plaintes émises. Il a également discuté des différents diagnostics mentionnés par les médecins traitants, excluant des diagnostics proches, ainsi que leurs influences respectives sur la capacité de travail de la recourante, soulignant entre autres que l'investiguée est droitrière. Il a, dès lors, étudié les points litigieux et présenté de manière argumentée ses conclusions. Force est de relever que

l'expert ne contredit également pas les rapports médicaux figurant au dossier. Le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estime notamment, dans un rapport du 8 septembre 2011, que sa patiente possède une capacité de travail entière dans une activité sans mouvements répétitifs au niveau du poignet gauche ni port de charges lourdes (dossier OAI, pièce 107). Le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, cite des limitations semblables dans son rapport du 25 mai 2011 (dossier OAI, pièce 55). Le Dr L. _____ finalement, spécialiste FMH en chirurgie, est le seul médecin à considérer l'assurée en incapacité entière de travailler. Cependant, il appert qu'il ne se prononce que dans le cadre de l'ancienne activité et n'exclut pas une reprise du travail à partir d'avril 2011, ses rapports étant antérieurs à cette date (rapports des 19 octobre 2010, 14 janvier 2011 et 2 mars 2011, dossier OAI, pièces 40, 42 et 49). Par conséquent, l'expertise du 6 octobre 2011 doit se voir reconnaître une entière valeur probante. Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 28 novembre 2012, le Dr G. _____ mentionne les diagnostics de "cheiralgie paresthésique chronique récalcitrante [...]" status post divers traitements, surcharge pondérale et calculs rénaux à répétition. Sur le plan de la capacité de travail dans les travaux ménagers, l'expert indique que la limitation subjective de l'investiguée est supérieure à 50% bien que "pour les travaux administratifs de type bureau pur [...] il n'y aurait toutefois pas de limitation formelle [...]". Selon lui, "ce qui est restreint, ce sont les mouvements répétitifs, les travaux de force, la levée de poids au-delà de 10kg et similaire". Dans ses remarques personnelles, l'expert relève finalement avoir été "un peu étonné des traces de travail quand même bien visibles sur la main gauche de la patiente, de même que de son aptitude peu limitée pour enfiler sa veste, prendre son sac, etc. Le résultat du questionnaire [d'évaluation des tâches ménagères] paraît passablement élevé. Néanmoins, les valeurs fonctionnelles relevées

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 aujourd'hui sont nettement moins bonnes que celles mentionnées dans l'expertise [de 2011]" (dossier OAI, pièce 278). Dans cette expertise, le Dr G. _____ renvoie aux antécédents tels que retenus dans l'expertise de 2011, qu'il considère comme "parfaitement répertoriés". Il a également pu examiner cliniquement l'assurée le 27 novembre 2012 et ainsi prendre en compte les plaintes exprimées, notamment par un questionnaire DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand). La Cour constate dès lors que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes exprimées et qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Par contre, dans les faits, il appert que le Dr G. _____ a principalement approfondi les questions de la causalité et du statu quo ante/sine, tout en mentionnant la capacité de travail dans les travaux ménagers. Force est de constater que, pour sa part, la capacité de travail dans une activité lucrative n'est pas traitée, à l'exception des limitations fonctionnelles. A ce titre, le point litigieux d'espèce n'a pas fait l'objet d'une étude particulièrement fouillée. Pour ces motifs, l'expertise de 2012 doit être comprise comme un complément à l'expertise du Dr F. _____ de 2011. C'est ce que retient d'ailleurs le Dr M. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, dans son rapport du 25 février 2013 (dossier OAI, pièce 304). Dans cette optique, l'expert, le Dr G. _____, cite des limitations fonctionnelles superposables à celles retenues dans l'expertise de 2011, à l'exception d'une aggravation du port de charges du côté gauche, désormais limité à 10 kg. Ce constat n'est pas contredit par les autres pièces du dossier. Ainsi, dans ses rapports médicaux, le Dr N. _____, généraliste, retient des limitations fonctionnelles semblables, soit pas de mouvement répétitif et de port de charges de la main gauche. S'agissant de la

capacité de travail, ce dernier se contente de souligner que l'ancien emploi n'est plus indiqué à l'état de santé de sa patiente, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée (rapports des 1er juin 2011, 10 août 2012, 8 juillet 2013 et 13 septembre 2013, dossier OAI, pièces 251, 292, 319 et 341). Le constat de l'expert rejoint également les conclusions déduites par le SMR dans ses différents rapports (dossier OAI, pièces 315 et 323). Dans leur rapport d'expertise du 26 juin 2015, les Drs H. _____, spécialiste FMH en neurologie, et I. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, diagnostiquent un "status après traumatisme au niveau du poignet et/ou du pouce gauche le 19.10.2010 avec actuellement discrète atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien et atteinte modérée du nerf radial gauche au poignet", une "douleur sur le bord radial du poignet gauche sur entrappement d'une branche du nerf radial dans la cicatrice au-dessus de la première coulisse ostéo-tendineuse" (tenolyse de Quervain selon p. 10) et des "séquelles moins importantes de cures de tunnel carpien et un kyste synovial palmaire au niveau radio carpien". Ils fixent la capacité de travail à 50% dans l'ancienne activité, après un an d'incapacité de travail complète, et à 100%, compte tenu d'une possible perte de rendement de 10% à 20%, dans une activité adaptée. Selon eux, l'activité adaptée doit être essentiellement mono-manuelle du membre supérieur droit avec utilisation du membre supérieur gauche comme appoint. Ils considèrent que "seule une immobilisation du poignet et de la base du pouce peut éviter les douleurs" et que le "type d'activité adaptée doit être défini sur le plan pratique après discussion avec l'assurée, voire un stage d'observation professionnelle". Force est de constater que les limitations relevées par les Drs H. _____ et I. _____ sont analogues à celles retenues tant par le Dr F. _____ en 2011 que le Dr G. _____ en 2012. En effet, sur le plan de la capacité de travail, les quatre experts estiment que l'usage de la main

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 droite n'est pas limité chez une droitrière, au contraire de celui de la main gauche qui ne peut être utilisée qu'en tant qu'appui. Les quatre experts retiennent une capacité de travail dans l'ancienne activité d'abord fortement réduite (entre 75% et 100%) puis, dans un second temps, de 50%. Si la capacité de travail dans une activité adaptée retenue en 2015 apparaît être entre 10% et 20% inférieure à celle retenue précédemment, il convient de souligner que les deux experts précisent qu'il "semble que la situation se soit plutôt empirée subjectivement qu'améliorée". Cette différence d'appréciation entre le Dr F. _____ et les Drs H. _____ et I. _____ est dès lors justifiée par une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Dès lors que cette péjoration semble postérieure à la décision litigieuse, elle n'a pas à être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Quoi qu'il en soit, même s'il devait être retenu que l'aggravation mentionnée est antérieure à la décision litigieuse, il sera démontré ci-après qu'elle ne permet pas de reconnaître un droit à la rente à l'assurée. Il s'ensuit que l'OAI disposait de suffisamment d'éléments pour rendre la décision litigieuse. S'agissant particulièrement de la décision, respectivement décision sur opposition, de l'assureur- accidents en relation avec l'octroi d'indemnités journalières, on rappellera que l'assureur-invalidité n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents (ATF 133 V 549). A cet égard, il sied surtout de relever qu'une décision d'indemnités journalières se fonde sur l'incapacité de travail d'un assuré dans son ancienne activité et non pas de sa perte de gain dans toute activité adaptée. En outre, la Cour souligne que la décision sur opposition du 5 juin 2014 est peu claire. Elle présente des contradictions sur plusieurs points fondamentaux tels que la valeur probante de l'expertise (admise au ch. 5, 9 et 10 mais apparemment rejetée au ch. 12) ou la capacité de travail retenue (100% au ch. 7 et indéterminée au ch. 12). L'autorité

n'explique pas pourquoi elle s'éloigne – si tel est le cas – des conclusions figurant dans les deux expertises, ce qui est contraire à l'appréciation qui doit être faite des rapports médicaux (arrêt du Tribunal fédéral I 81/07 du 08 janvier 2008 consid. 5.2). Pour ces motifs, les considérations y figurant ne sauraient lier l'assureur-invalidité, d'autant plus que la décision sur opposition ne tranche pas définitivement la question du droit à la rente. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que l'assurée possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions du membre supérieur gauche, soit une activité sans mouvements répétitifs, sans travaux de force et sans levée de poids au-delà de 10kg. b) Tant dans la décision litigieuse que dans l'acte intitulé "projet de décision" du 14 février 2014, s'agissant de l'activité d'invalidité et du revenu y relatif, l'OAI a considéré que l'assurée était apte à exercer une activité légère à plein temps dans l'industrie légère ou les services telle que, par exemple, le montage à l'établi, le contrôle de produits finis, la conduite des machines semi-automatiques ou le conditionnement léger. Il a fondé le salaire dans une telle activité sur les statistiques moyennes du secteur privé, toutes branches économiques confondues, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ESS 2010). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes de la recourante, sans perte de rendement (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Ce large panel d'activités rend sans objet la proposition des Drs H. _____ et I. _____ – postérieure à la décision litigieuse – de soumettre l'assurée à un stage d'observation professionnelle pour déterminer précisément l'activité adaptée. C'est ainsi à juste titre qu'il a été retenu un salaire statistique correspondant à la valeur moyenne du secteur privé, toutes branches confondues. A cet égard, soulignons encore que le Dr G. _____, en évoquant une activité de bureau pur dans

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 laquelle elle n'aurait aucune "limitation formelle", a cité un exemple parmi d'autres activités manifestement compatibles avec les limitations fonctionnelles que subit l'assurée. Cela n'a, en tout état de cause, aucune influence sur le droit à la rente de l'assurée comme il sera établi ci-après. Pour sa part, le choix du niveau de qualification 4 "activités simples et répétitives" permet de tenir compte du fait que l'assurée ne possède pas de d'expérience dans d'autres domaines que celui d'auxiliaire de soins. En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de qualification et, en principe, le niveau 4 vise des personnes n'ayant pas de formation. Dès lors, le choix du niveau de qualification 4 est adapté à la situation d'espèce. Pour l'année 2010, le salaire mensuel brut dans une telle activité correspond à CHF 4'225.- selon l'ESS 2010 (TA1, total, niveau de qualification 4, femmes). Fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle était de 41,7 heures en 2011, soit à la fin du délai d'attente d'une année et six mois après le dépôt de la requête, le salaire mensuel se monte à CHF 4'404.60. Il convient également de tenir compte de l'indexation jusqu'à l'année 2011 (+ 0,7%), le montant retenu étant fixé à CHF 4'435.45 mensuellement, soit CHF 53'225.20 annuellement. Finalement, l'autorité intimée a également tenu compte d'une réduction du salaire de 10% au titre de désavantage salarial en raison des limitations fonctionnelles. Au regard du large pouvoir d'appréciation qui lui est reconnu en la matière, cette manière de faire échappe à la critique. De ce fait, le revenu annuel d'invalidité doit être fixé à CHF 47'902.70. Dans la décision litigieuse, le revenu de valide correspond au gain annuel brut que l'assurée aurait obtenu en 2011 dans son ancienne activité d'auxiliaire de soins auprès du D. _____ à un taux de 50%, soit CHF 28'447.25, selon les renseignements figurant dans le questionnaire pour employeur du 26 juillet 2011 (dossier OAI, pièce 95). Dans la mesure où ce montant ne

correspond pas à un temps plein, il ne peut être retenu en l'espèce. Par contre, dans l'acte intitulé "projet de décision" du 14 février 2014, le revenu de valide, également fondé sur le revenu dans l'ancienne activité, a été adapté à un temps plein. Il se monte à CHF 56'894.50 (CHF 28'447.25 x 2). Ce chiffre, par ailleurs proche des statistiques du secteur (cf. ESS 2010, TA1, division 87 Hébergement médico-social et social, niveau de qualification 4, femmes), n'est pas contesté en l'espèce et échappe par ailleurs à la critique. Il ressort de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une perte de gain se montant à CHF 8'991.80 (CHF 56'894.50 – CHF 47'902.70). Cette perte de gain représente un degré d'invalidité de 15,8%, arrondis à 16% (cf. ATF 130 V 121). Ce taux ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'on devait tabler sur une seule activité administrative pure, l'assurée ne pourrait pas se voir reconnaître de droit à une rente en raison d'un degré d'invalidité toujours insuffisant (12%; revenu annuel d'invalidé de CHF 50.317.20 [ESS 2010, division 82 "Activ. administratives, soutien aux entrep.", niveau de qualification 4, femmes; durée hebdomadaire du travail de 41.7 heures; indexation de 0,7%; réduction supplémentaire du salaire de 10%]). De même, tel serait aussi le cas dans une autre hypothèse, laplus favorable selon les conclusions des Drs H._____ et I._____, tenant compte d'une capacité de travail réduite au maximum de 20% et d'une réduction inchangée du salaire de 10% (33%; revenu annuel d'invalidé de CHF 38'322.15 [ESS 2010, TA1, total, niveau de qualification 4, femmes; durée hebdomadaire du travail de 41.7 heures; indexation de 0,7%]). Dans l'une et l'autre hypothèses, c'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 4. Partant, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance de frais du même montant. Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante. la Cour arrête: I. Le recours de A._____ est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 17 août 2015/pte Présidente Greffier

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