

FR_GERICHTE 605 2014 16 vom 25. November 2014

FR Kantonsgericht, 2014-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_16

FR: FR_GERICHTE 605 2014 16 du 25 novembre 2014

IT: FR_GERICHTE 605 2014 16 del 25 novembre 2014

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

février 2011, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à une rente de l'assurance-invalidité, ce dernier ayant la possibilité de réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Par décision du 16 mai 2011, il a confirmé son projet de décision. Le 20 juin 2011, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal contre cette décision (cause 605 2011 204), requérant le renvoi de la cause à l'OAI pour évaluation de son status médical et le réexamen de son droit aux prestations. Dans ses observations du 24 novembre 2011, l'OAI a indiqué qu'après réexamen du dossier par le SMR, il y avait lieu d'annuler sa décision et de reprendre l'instruction. Par décision du 7 décembre 2011, le recours a été rayé du rôle, par suite de décision pendente lite. Parallèlement à cette procédure, par décision du 15 février 2011, Helsana a admis la stabilisation de son état de santé depuis septembre 2009 et considéré que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se montait à 10%. L'assureur a retenu un degré d'invalidité nul et a dénié à l'assuré le droit à une rente. En vue d'éclaircir la question de la prise en charge d'une opération proposée par un médecin traitant du recourant, il a, le 28 avril 2011, diligenté une expertise auprès du Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'expert a remis un rapport le 16 août 2011. Par décision sur opposition du 3 février 2012, confirmant sa décision, Helsana a rejeté l'opposition. Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal le 5 mars 2012 (cause 605 2012 82). C. Par projet de décision du 5 juillet 2012, l'OAI a pour sa part refusé derechef l'octroi d'une rente d'invalidité. Constatant que l'activité de concierge n'était plus adaptée, elle a néanmoins

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 estimé l'assuré apte à exercer à plein temps des activités touchant les domaines secondaires. Elle a évalué son degré d'invalidité à 8%. L'assuré a déposé ses objections le 11 septembre 2012, demandant la reprise de l'instruction, l'octroi de nouvelles mesures de reclassement et l'établissement de son "degré d'invalidité médico-théorique". Par décision du 6 décembre 2013, l'OAI a confirmé son refus de prester. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Dominique Morard, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 23 janvier 2014, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement au renvoi de la cause pour la mise en œuvre d'une évaluation finale de son statu médical, au réexamen de son droit au reclassement et à l'octroi, durant celui-ci, d'indemnités journalières. Subsidiairement, il conclut à l'octroi d'une rente. A l'appui de ses conclusions, il se plaint du fait que l'autorité intimée n'a pas retenu son souhait de devenir maître socio-professionnel alors même qu'il était prêt à assumer la part excédant la limite fixée par le principe d'équivalence. Il estime que les avis ne le considérant pas apte à obtenir

un CFC sont faux, dès lors qu'il a obtenu un tel diplôme à deux reprises. Il conteste les conclusions du rapport du Centre G. _____ de 2010 car des erreurs présentes sur certains points remettent en cause l'ensemble des autres affirmations. Il relève que, parmi les professions retenues comme adaptées par l'autorité intimée, certaines d'entre elles nécessitent une formation de base et que les autres "péjorent" sa position, car elles ne nécessitent pas de qualifications professionnelles alors qu'il est titulaire de deux CFC. Il soutient que son droit d'être entendu a été violé car aucun rapport médical final, permettant d'établir son "invalidité médico-théorique", n'a été requis malgré ses multiples demandes. A ce titre, il souligne que l'expertise effectuée sur demande de l'assureur- accidents est insuffisante et en contradiction avec les avis de ses médecins traitants. Il considère encore remplir les conditions nécessaires à l'octroi de mesures de reclassement, notamment celle d'un degré d'invalidité de plus de 20%. Finalement, en relation avec ses conclusions subsidiaires, il allègue, au vu des mesures d'instruction insuffisantes et de l'absence d'activité adaptée à son état de santé, avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 100%. Le 19 février 2014, il s'est acquitté d'une avance de frais de 800 francs. Dans ses observations du 27 mars 2014, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, elle souligne qu'une formation de type CFC ne pourrait être effectuée qu'après une sérieuse remise à niveau, s'appuyant sur les tests d'aptitude effectués auprès du Centre G. _____. Elle relève que l'assuré n'a accompli aucune démarche en vue de devenir maître socio-professionnel et que cette formation serait contraire au principe d'équivalence. Elle rappelle s'être appuyée sur le rapport du Centre G. _____ pour déterminer l'activité adaptée. L'OAI relève encore que l'état de santé du recourant a évolué, rendant l'emploi en tant que concierge inadapté, mais que les autres métiers cités dans la décision sont, pour leur part, toujours adaptés. Il rappelle qu'il peut être exigé d'un assuré titulaire d'un CFC qu'il prenne un emploi ne nécessitant aucune formation. Finalement, il estime que le dossier a été suffisamment instruit et qu'une expertise finale n'est pas nécessaire. Lors du second échange d'écritures, les parties campent sur leur position. Le dossier de la cause 605 2012 82 a été produit et versé à la présente procédure, ce dont les parties ont été informées. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 en droit 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. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) 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 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une

rente entière. b) 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 degré d'invalidité résulte ainsi 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 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). En règle générale, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. 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 (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393, consid. 3.3) p. 396 et les références. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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'invalide (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301). 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 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) A teneur de l'art. 8 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008; RO 2007 5129),

les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi de différentes mesures soient remplies. Selon l'al. 3 let. b de cette disposition, les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel tels que l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel ou le service de placement. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2004; RO 2003 3837), l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références citées). Ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20% peut déjà ouvrir droit à une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du 18 octobre 2000). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 réadaptation (ATF 124 V 108; arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce (ATF 124 V 108). En particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau nettement supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation de niveau supérieur permet de mettre à profit de manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates, et il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (arrêt du Tribunal fédéral I 849/02 du 13 juillet 2004 consid. 2). Ainsi, la condition de l'équivalence approximative entre l'ancienne activité et les nouvelles possibilités offertes par un reclassement vise à empêcher de procurer à un assuré, par voie de réadaptation, un avantage économique par rapport à sa situation antérieure à l'invalidité, sous réserve toutefois de cas où la nature et la gravité de l'invalidité comme l'importance des répercussions professionnelles pourraient le justifier. Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables

d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message n° 30 du Conseil fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI]; FF 2005 4223 n° 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent émaner d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.4.1). Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, les préférences de l'assuré ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant rappelé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité. Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (arrêt du Tribunal fédéral I 28/03 du 5 avril 2004 consid. 2.3.1). d) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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 les rapports médicaux sont 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner 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 de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a p. 352). 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

3. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'assuré peut prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation, respectivement à une rente de l'assurance-invalidité, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé.

a) Dans le cadre de la procédure relative aux prestations de l'assurance-accidents, Helsana a diligencé une expertise auprès du Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Cette expertise fait suite à un rapport du Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur dans lequel le médecin considérait opportun d'effectuer une opération chirurgicale chez son patient ("proximalisation de la TTA"). L'expert a dès lors été principalement chargé d'éclaircir la question de la prise en charge de cette opération par l'assureur-accidents (dossier Helsana, pièce C112). Cependant, le questionnaire de l'expertise avait également traité d'autres problématiques telles que celles de la stabilisation de l'état de santé, de la relation de causalité entre l'atteinte et les troubles allégués ou de la capacité de travail. Dans son expertise du 16 août 2011, le Dr J. _____ mentionne le diagnostic "en cours" d'arthrose fémoro-patellaire gauche avec ankylose et rotule basse ainsi que deux autres diagnostics guéris sans séquelles (dossier Helsana, pièce M53). Suite à la quatrième opération du genou le 9 février 2009, les diagnostics présentés par les autres médecins chargés du recourant se recoupent avec ceux de l'expert. Ainsi, le Dr L. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur diagnostique une fracture de la rotule gauche et une arthrofibrose du genou gauche avec patella baja (rapport du 26 février 2009, dossier Helsana, pièce M53; cf. rapport du 7 décembre 2009 du Dr M. _____, spécialiste FMH en radiologie médicale et radiodiagnostic, dossier Helsana, pièce M45). Pour sa part, la Dresse N. _____, médecin-chef adjointe au département de radiologie de O. _____, diagnostique une

"discrète arthrose fémoro-patellaire". S'agissant de l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail, l'expert estime qu'ils "interdisent, et rendent impossible de façon définitive une activité professionnelle nécessitant des efforts répétés et systématiques avec les genoux, avec marche dans les escaliers avec du poids, ou une marche à plat avec un port de charge avec ses membres supérieurs de façon régulière, une marche sur des échelles, ou un accroupissement ou un agenouillement. Un travail nécessitant une marche à plat occasionnelle, un travail assis ou semi-assis est idéal". Selon lui, "dans une activité de concierge, celle-ci ne devra pas nécessiter des activités de port de charges régulières, en particulier dans les escaliers, ou du travail dans les échelles" (dossier Helsana, pièce M53). Ces limitations sont également signalées par le Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'Helsana, dans son rapport du 23 septembre 2010. Il affirme ainsi que "si un reclassement est décidé, il doit se faire dans une activité semi-assise, sans montée ou descente régulière d'escaliers et sans port de charges régulières" (dossier Helsana, pièce M48). Ces conclusions quant à la capacité de travail ne sont pas contredites par les autres avis médicaux. Dès la fin de la période d'incapacité de travail faisant suite à la quatrième opération du genou le 9 février 2009, le Dr L. _____, estime que le recourant est apte à travailler à 100% comme restaurateur depuis le 1er juillet 2009 (certificat non daté, dossier Helsana, pièce M41; rapport du 8 septembre 2009, dossier Helsana, pièce M42; rapport du 11 décembre 2009, dossier Helsana, pièce M46). Le Dr K. _____ mentionne également que l'assuré a repris son activité de restaurateur à 20% (dossier Helsana, pièce M51). Même si l'activité de restaurateur semble justement respecter les limitations précitées, ces rapports médicaux mettent en exergue une capacité entière de travailler dans une activité adaptée. Il apparaît que le dossier est suffisamment instruit sur le plan médical et se fonde sur les différents avis médicaux, tant auprès de l'assureur-accidents que de l'assureur-invalidité. L'expertise du Dr J. _____, en particulier, est complète et correspond pleinement aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Elle se base en effet sur un examen complet et actuel de l'assuré, celui-ci ayant été examiné lors d'une consultation du 16 août 2011. L'expert a une connaissance entière de l'anamnèse, du contexte et de la situation médicale, notamment par l'étude du dossier

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 asséculoologique auprès d'Helsana et d'un bilan radiologique lors de la consultation. L'assuré a été en mesure de donner des indications subjectives, notamment les caractéristiques et l'intensité des douleurs au genou droit, dont l'expert a tenu compte. Ce dernier s'est également prononcé expressément sur l'influence des troubles sur la capacité de travail, confrontant en outre les avis des médecins traitants. A ce titre, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant demandant la mise en œuvre d'une expertise complémentaire dite "finale". Contrairement à ce qu'il affirme, sa capacité de travail a été clairement établie par les médecins. Pour ce motif, l'autorité intimée pouvait, par une appréciation anticipée des preuves, refuser de mettre en œuvre une expertise complémentaire, sans qu'on puisse y voir une violation du droit d'être entendu. Il appert, à la lecture des avis médicaux, que la capacité de travail du recourant est entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations, soit une activité semi-assise, sans montée ou descente régulière d'escaliers, sans port de charges régulières et évitant une marche sur des échelles, des accroupissements ou des agenouillements. b) S'agissant de l'activité d'invalidé, l'autorité intimée a considéré que l'assuré était en mesure d'effectuer, compte tenu des limitations précitées, des activités touchant au domaine secondaire telles que dans les secteurs de la mécanique de précision, l'électricité, le

conditionnement, voire intégrer une unité de production. Pour sa part, le recourant ne conteste pas l'adéquation des professions retenues avec son état de santé. Il se contente en effet de mettre en cause les conclusions du rapport de stage d'évaluation et d'orientation professionnelle auprès du Centre G. _____ du 8 mars 2010 (dossier OAI, pièce 97). Selon lui, ce rapport retient la profession de concierge comme une profession adaptée. Or, il est apparu que cette profession ne l'était pas. A ce titre, il conteste l'ensemble des autres professions listées. Cependant, la Cour constate que ce simple fait ne suffit pas à remettre en cause les professions retenues dans la décision contestée. En effet, du point de vue médical, ces professions sont adaptées aux limitations du recourant. Ainsi, le Dr P. _____ est de cet avis lorsqu'il conseille des activités telles qu'horloger ou micro-mécanicien (rapport du 23 septembre 2009, dossier Helsana, pièce M48), qui sont toutes deux des activités dans le domaine secondaire. c) Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée a fondé le salaire d'invalidé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ci-après: ESS 2008). A ce stade, il convient de relever que si le recourant exerçait par le passé la profession de restaurateur (activités administratives et de service), tel n'est plus le cas à l'heure actuelle. Pour ce motif probablement et peut-être en raison également du faible taux d'activité qui y était consacré (20%), l'autorité intimée n'a pas tenu compte de deux activités à des taux différents (20% / 80%) dans l'établissement du revenu d'invalidé, mais a fondé ce dernier sur une activité exercée à 100%. Dans la mesure où les activités exigibles ont été décrites de manière concrète, qu'elles correspondent aux limitations fonctionnelles de l'assuré et compte tenu du large pouvoir d'appréciation de l'autorité intimée, il n'y a pas lieu de se départir de cette façon de procéder, d'autant moins que l'assuré prétend de toute manière dans son recours du 23 janvier 2014 que l'activité de restaurateur n'est plus adaptée non plus à son état de santé. Malgré le fait que la décision ne cite que les seules "activités de production", le salaire hypothétique avec invalidité retenu par l'OAI est fondé sur les statistiques moyennes du secteur privé, toutes branches économiques confondues (ESS 2008, TA1, total, niveau de qualification 4,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 hommes). Dès lors que la statistique moyenne du secteur privé (4'806 francs) est inférieure à la statistique moyenne des activités de production (5'137 francs), cette manière de faire est manifestement favorable à l'assuré dans le cadre de la détermination du salaire d'invalidé. Il n'y a ainsi pas lieu de s'y attarder davantage. En fondant le revenu d'invalidé sur la valeur moyenne du secteur privé, l'autorité intimée a en outre pris en compte l'allégation du recourant selon laquelle certaines des activités retenues seraient incompatibles avec son état de santé. Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités simples et légères existant sur le marché du travail, force est en effet d'admettre que la plupart de ces emplois sont adaptés aux limitations physiques alléguées. Une telle pratique est par ailleurs conforme à la jurisprudence (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Il est manifeste que le choix du niveau de qualification 4 "activités simples et répétitives" ne correspond pas à la formation du recourant, titulaire de deux CFC de menuisier et d'agent d'exploitation. En effet, l'ESS 2008 différencie quatre niveaux de qualification et, en principe, le niveau 4 vise des personnes n'ayant pas de formation. Cependant, en l'espèce, il apparaît que l'autorité intimée a, par ce biais, tenu compte du fait qu'aucun des métiers appris par le recourant n'est finalement adapté à son état de santé, ainsi que de son absence de formation et d'expérience dans les domaines retenus. Le choix de ce niveau de qualification rend en outre sans objet ses griefs portant sur la nécessité de suivre une nouvelle formation pour travailler dans les activités adaptées retenues, car le niveau 4 ne

nécessite précisément par de formation spécifique, sinon une simple mise au courant. A ce titre, l'affirmation du recourant selon laquelle les activités adaptées retenues "péjoreraient" sa situation professionnelle n'est pas pertinente en l'espèce. Le Tribunal fédéral a, à plusieurs reprises, admis une telle manière de faire en imposant à des personnes titulaires d'un CFC d'exercer une profession ne nécessitant pas de formation (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006; M 9/05 du 6 octobre 2006; 9C_210/2010 du 7 septembre 2010). Cela découle de l'obligation de tout invalide qui demande des prestations de l'AI de préalablement faire tout ce qu'on peut exiger de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_540/2011 du 15 mars 2012 consid. 3). L'assureur- invalidité peut donc, en vertu de cette obligation de diminuer le dommage, exiger de l'assuré qu'il exerce une activité lucrative, même d'un niveau de qualification inférieur, comme en l'espèce, dans la mesure où son état de santé ne lui permet précisément plus d'exercer les métiers pour lesquels il a été formé ou dans lesquels il possède de l'expérience. Au vu de ce qui précède, pour l'année 2008, le salaire mensuel brut dans une activité adaptée se monte à 4'806 francs (ESS 2008, tableau TA1, total secteur privé, niveau de qualification 4). Fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle était de 41,6 heures, le salaire mensuel se monte à 4'998 fr. 25. Le revenu annuel avec invalidité est par conséquent de 59'978 fr. 90. d) S'agissant du revenu sans invalidité, l'assuré exerçait l'activité de menuisier (80%) et celle de restaurateur (20%). Il convient de tenir compte de ce partage du temps de travail entre ces deux activités. L'autorité intimée a basé le revenu sans invalidité dans l'activité de menuisier sur les salaires fixés dans la convention collective de travail romande du second œuvre. En l'espèce, il apparaît cependant que les chiffres ressortant des comptes individuels auprès de la Caisse de compensation du canton de Fribourg (ci-après: CCCFR) sont manifestement plus aptes à déterminer ce que l'assuré aurait obtenu sans invalidité, étant donné qu'ils correspondent au

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 montant sur lequel il a payé des cotisations. Partant du principe selon lequel le revenu sans invalidité se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré, il convient, dès lors, de se fonder sur ces chiffres, ce d'autant qu'ils sont plus élevés que ceux fixés dans la convention précitée. En 2006, l'assuré avait réalisé un salaire de 52'716 francs (courrier du 7 juillet 2010 de la CCCFR, dossier OAI 605 2014 16, pièce 139). Indexé pour l'année 2008 (1,6% pour 2007 et 2% pour 2008), il en résulte un salaire annuel de 54'630 fr. 65 pour un taux d'occupation de 80%. Dans le cadre de son activité de restaurateur, pour l'année 2006, l'assuré a obtenu un salaire de 13'200 francs (courrier du 7 juillet 2010 de la CCCFR, dossier OAI 605 2014 16, pièce 139). Indexé pour l'année 2008 (1,6% pour 2007 et 2% pour 2008), cette somme passe à un salaire annuel de 13'679 fr. 40 pour un taux d'activité de 20%. Compte tenu de ce qui précède, le revenu annuel sans invalidité se monte, pour l'année 2008, à un total de 68'310 fr. 05 (54'630 fr. 65 + 13'679 fr. 40). e) Il résulte de la comparaison des revenus avec invalidité (59'978 fr. 90) et sans invalidité (68'310 fr. 05) une perte de gain de 8'331 fr. 15. Cela correspond à un degré d'invalidité de 12,2%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Ce degré d'invalidité ne donne aussi pas droit à des mesures de réadaptation, par exemple, comme en l'espèce, au reclassement dans une nouvelle profession. Outre que ce taux est largement inférieur aux 20% formulés par la jurisprudence, aucun autre motif ne justifierait l'octroi de telles prestations. En particulier, ce n'est pas parce qu'il a obtenu un premier reclassement dans une profession qui devait s'avérer finalement pas/plus compatible avec son état de santé qu'il peut prétendre à de nouvelles mesures à ce titre.

Etant donné qu'en raison d'un degré d'invalidité insuffisant le recourant n'a pas droit à un reclassement, ses autres griefs n'ont pas à être tranchés dans le cadre du présent recours. Tel est notamment le cas de ses critiques relatives à l'insuffisance des mesures de réadaptation déjà effectuées, au non-respect du principe d'équivalence – l'autorité intimée ayant, selon lui, dû participer à la prise en charge d'une partie de la formation de maître socio-professionnel – et, comme déjà évoqué, à l'adéquation des premières mesures de reclassement avec son état de santé. 4. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, l'OAI disposait de suffisamment d'éléments pour rendre la décision litigieuse et c'est avec raison que des mesures de réadaptation et qu'une rente d'invalidité ont été refusées au recourant. Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance de frais du même montant. Il n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 25 novembre 2014/pte
Présidente Greffier

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