

FR_GERICHTE 605 2019 125 vom 18. Februar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_125

FR: FR_GERICHTE 605 2019 125 du 18 février 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 125 del 18 febbraio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 5

octobre 2015.

E. 5.1

Atteinte et suites

E. 5.1.1

Le 5 octobre 2015, l'assuré travaillait en qualité d'ouvrier maçon lorsqu'il a chuté d'un échafaudage d'une hauteur de 2,25 mètres (cf. rapport d'accident Suva du 8 janvier 2016, dossier OAI, pièce 20, p. 186). Cela lui a valu un traumatisme crânio-cérébral mineur sans perte de connaissance avec une plaie temporale droite et une plaie au niveau de l'implantation de l'oreille droite, une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi que des fractures de trois côtes du côté droit (cf. rapport du 7 octobre 2015 de D._____, dossier OAI, pièce 20, p. 85, et rapport d'examen final du 16 novembre 2016 de la Dre C._____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva, dossier OAI, pièce 27, p. 318). Il a subi des points de suture sur ses plaies et, par la suite, s'est vu prescrire des séances de physiothérapie et des anti-inflammatoires pour sa blessure à l'épaule (cf. rapport du 15 décembre 2015 du Dr E._____, spécialiste FMH en médecine générale, dossier OAI, pièce 20, p. 198). Il est précisé qu'aucune indication chirurgicale n'a été retenue (cf. rapport du 24 novembre 2015 du Dr F._____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie et médecin adjoint auprès de G._____, pièce 20, p. 200). À la suite de son accident, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail totale (cf. rapport du 28 novembre 2016 du Dr E._____, spécialiste FMH en médecine générale, dossier OAI, pièce 30, p. 325). Son cas a été pris en charge par la Suva, qui lui a versé des indemnités journalières du 5 octobre 2015 au 28 février 2017, une rente d'invalidité de 13% dès le 1er mars 2017 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. L'évolution de son état a été marquée par une sinistrose, avec des algies de l'épaule et du coude.

Constatant qu'il montrait une pleine décompensation de son problème physique, avec une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 majoration de la symptomatologie au niveau de son épaule, l'un de ses médecins traitants a préconisé une prise en charge par B._____ en vue d'une rééducation ciblée et d'une prise en charge multidisciplinaire (cf. rapport du 24 novembre 2015 précité, dossier OAI, pièce 20, p. 199 s.). En raison de la persistance de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles à l'épaule droite, l'assuré a séjourné au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de B._____ du 12 janvier au 24 février

2016. Il y a notamment suivi des thérapies physiques et fonctionnelles et y a subi une infiltration acromio-claviculaire droite en date du 5 février 2016. Au cours de son hospitalisation, les médecins de B. _____ n'ont posé aucun nouveau diagnostic et ont en particulier relevé qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue. Ils ont toutefois noté la présence d'une comorbidité constituée par une consommation chronique d'alcool. À l'issue de son séjour, l'assuré constatait une amélioration significative au niveau de ses douleurs, tandis qu'une nette amélioration de sa mobilité active était objectivée par les médecins (cf. rapport du 14 mars 2016 de la Dre H. _____ et de la Dre I. _____, respectivement chef de clinique adjointe et médecin assistante auprès de B. _____, pièce 20, p. 127 ss).

E. 5.1.2

Le 19 avril 2016, il a formulé une demande de prestations AI pour adultes en invoquant des douleurs et des limitations fonctionnelles à l'épaule droite conséquentes à son accident du

E. 5.1.3

Un examen médical final a été effectué le 16 novembre 2016 par la Dre C. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva. Celle-ci a retenu les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral mineur, de rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de fractures des côtes 1, 6 et 7 non déplacées en lien avec l'accident du 5 octobre 2015. Elle a également relevé les comorbidités et antécédents suivants : consommation chronique d'alcool, cervicalgies gauches, syndrome dépressif il y a

E. 5.1.4

Se basant notamment sur le rapport d'examen final du 16 novembre 2016 de la médecin d'arrondissement de la Suva, l'OAI a alloué à l'assuré, par décision du 11 avril 2019, une rente

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 d'invalidité entière limitée dans le temps de CHF 1'340.- par mois dès le 1er octobre 2016 jusqu'au 28 février 2017. À l'appui de sa décision, il a constaté que, depuis le 5 octobre 2015, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 5 octobre 2016, l'assuré ne pouvait plus exercer son travail habituel, de sorte qu'il avait droit à une rente entière du 1er octobre 2016 au 28 février 2017, soit jusqu'à trois mois après l'amélioration de son état de santé constatée le 16 novembre 2016. Pour la période postérieure au 28 février 2017, l'Office précité a nié le droit de l'assuré à une rente. Il a en effet retenu que l'intéressé avait retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 16 novembre 2016 moyennant le respect des limitations énoncées par la médecin d'arrondissement de la Suva et qu'il ne subissait ainsi aucune perte de gain, le revenu que l'on pouvait exiger de lui étant même supérieur à celui qu'il réalisait avant la survenance de son atteinte à la santé.

E. 5.2

Capacité de travail

E. 5.2.1

Il est unanimement constaté que l'assuré n'est plus capable d'exercer son activité de maçon en raison de ses limitations fonctionnelles. Cela a été attesté non seulement par la médecin d'arrondissement de la Suva dans son rapport d'examen final du 16 novembre 2016 (dossier

OAI, pièce 27, p. 319), mais également par la Dre H. _____ et la Dre I. _____, respectivement chef de clinique adjointe et médecin assistante auprès de B. _____, dans leur rapport d'hospitalisation du 14 mars 2016 (dossier OAI, pièce 20, p. 131), ainsi que par le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine générale, dans un rapport du 28 novembre 2016 (dossier OAI, pièce 30, p. 329).

E. 5.2.2

En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une autre activité, les avis médicaux sont relativement plus optimistes. Dans leur rapport d'hospitalisation du 14 mars 2016, les médecins de B. _____ ont émis un pronostic favorable quant à la réinsertion de l'intéressé dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail de force et de port de charges au-dessus du plan scapulaire avec le membre supérieur droit, ni de positions en porte-à-faux ou de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit. Ils ont notamment indiqué que l'évolution subjective et objective de l'état de l'assuré était favorable, tout en relevant néanmoins que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, tels qu'une kinésiophobie, une consommation chronique d'alcool, un contexte social difficile (procédure de divorce) et l'absence de contrat de travail (dossier OAI, pièce 20, p. 130 s.). Dans son rapport d'examen final du 16 novembre 2016, la médecin d'arrondissement de la Suva a conclu que dans une activité adaptée, la capacité de travail (horaire et rendement) de l'assuré était de 100%, moyennant le respect des limitations suivantes : pas de travail de force et de port de charges au-dessus du plan scapulaire avec le membre supérieur droit, pas de positions en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, et pas de travail avec ou sur des échelles ou des échafaudages. Elle a précisé que l'assuré était motivé à trouver un travail adapté, sans aucune incohérence montrée durant l'examen (dossier OAI, pièce 27, p. 319). Le Dr E. _____ a dans un premier temps rejoint l'appréciation de la médecin-conseil de la Suva, ayant attesté dans son rapport du 28 novembre 2016 qu'un travail adapté était possible, et

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 ce à 100%. Il a mentionné que les restrictions à prendre en compte étaient les suivantes : proscription de la flexion, du levage et du port de charges fréquents, proscription de la montée et de la descente d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, et prescription d'une alternance des postures de travail. Il a précisé que ces restrictions étaient permanentes depuis le 5 octobre 2015 (dossier OAI, pièce 30, p. 328 s.). Après un projet de décision de l'OAI du 3 juillet 2017 d'octroi de rente limitée dans le temps retenant que l'assuré ne subissait plus aucune perte de gain liée à son atteinte à la santé physique depuis le 16 novembre 2016 (dossier OAI, pièce 59, p. 455), le médecin généraliste précité s'est ravisé, indiquant en particulier dans un rapport du 22 janvier 2018 adressé à l'OAI : « Le patient est suivi à K. _____ pour un problème de maladie alcoolique du foie. Il a fait d'énormes efforts sur ce plan là et sa cirrhose est compensée. Il souffre également d'un état dépressif réactionnel dans le cadre de la perte de son travail et surtout de son revenu. À mes yeux, ce patient devrait bénéficier d'une rente à 100% puisque pour des raisons psychosociales, il me paraît difficile de pouvoir reprendre une nouvelle activité même avec une nouvelle réadaptation » (dossier OAI, pièce 56, p. 406). À noter que suite à la réception du rapport du 22 janvier 2018 précité, l'OAI a demandé un rapport médical détaillé à K. _____. Ce dernier lui a fait savoir que l'assuré ne s'était jamais présenté aux quatre rendez-vous convenus depuis octobre 2017 (cf. rapport d'entretien téléphonique du 2 août 2018, dossier OAI, pièce 65, p. 518).

E. 5.3

Discussion

E. 5.3.1

Le recourant invoque essentiellement une violation du principe inquisitoire prévu à l'art. 43 LPGa par l'OAI, qui aurait dû selon lui instruire la question de son état psychique et d'une éventuelle incapacité de travail et de gain y relative. Il soutient, sur la base du rapport du 22 janvier 2018 de son médecin traitant et d'un rapport établi le 27 juin 2019 par son psychiatre, qu'il souffre de troubles psychiques susceptibles d'engendrer une incapacité de travail et de gain.

E. 5.3.2

À titre liminaire, il convient de remarquer que le recourant a sollicité initialement des prestations de l'assurance-invalidité uniquement en raison d'une atteinte somatique, à savoir des douleurs et des limitations fonctionnelles à l'épaule droite, à lire sa demande du 19 avril 2016 (dossier OAI, pièce 7, p. 13).

E. 5.3.3

À la lecture du dossier, il apparaît qu'un diagnostic d'atteinte à la santé psychique a été évoqué pour la première fois par le Dr E. _____, médecin traitant de l'assuré, dans son rapport du 22 janvier 2018, où il est notamment indiqué : « L'assuré souffre également d'un état dépressif réactionnel dans le cadre de la perte de son travail et surtout de son revenu. À mes yeux, ce patient devrait bénéficier d'une rente à 100% puisque pour des raisons psychosociales, il me paraît difficile de pouvoir reprendre une activité même avec une nouvelle réadaptation » (dossier OAI, pièce 56, p. 406). Il y a tout d'abord lieu de relever que le médecin précité n'est pas spécialiste en psychiatrie, de sorte que la pertinence du diagnostic de trouble psychique qu'il a émis concernant l'assuré doit être niée. Par ailleurs, il sied de constater que son rapport médical du 22 janvier 2018, qui consiste en un bref courrier d'une dizaine de lignes, se contente d'alléguer des faits dont il tire des conclusions vagues quant à la capacité de travail de l'assuré, sans toutefois en exposer la motivation. Ledit

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 rapport ne comprend pas non plus d'anamnèse, ni de discussion sur les points litigieux. Ainsi, il doit se voir dénier toute force probante dans son ensemble, ce d'autant plus qu'il émane d'un médecin traitant et doit ainsi être lu avec toute la retenue qu'impose la jurisprudence à cet égard.

E. 5.3.4

En outre, l'avis du Dr E. _____ est contredit par les appréciations émanant des médecins de B. _____ et de la médecin d'arrondissement de la Suva. En effet, dans le rapport établi le 14 mars 2016 à l'issue du séjour de six semaines de l'assuré dans leur établissement hospitalier, les médecins de B. _____ ont mentionné que l'intéressé avait comme antécédents médicaux un syndrome dépressif il y a 10 ans, mais ont souligné qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour et qu'aucune psychopathologie n'avait en particulier été retenue. S'agissant de l'exercice d'une activité professionnelle, ils ont émis un pronostic favorable quant à la réinsertion de l'intéressé dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles (dossier OAI, pièce 20, p. 127 et 130 s.). La médecin d'arrondissement de la Suva, pour sa part, a également mentionné, dans son rapport d'examen final du 16 novembre 2016, un syndrome dépressif datant de 10 ans en

arrière comme faisant partie des antécédents médicaux de l'assuré, mais non pas des diagnostics le concernant. À cet égard, il sied de relever que l'assuré ne lui a pas tenu des propos pouvant laisser soupçonner un quelconque état dépressif. Il est en effet indiqué sous la rubrique « Déclarations de l'assuré » de son rapport : « À la demande de savoir comment va son état de santé un an après l'accident d'octobre 2015, l'assuré dit que « ça va ». Le problème principal est l'épaule gauche avec un problème pour la mobilité (...). Comme autres problèmes de santé, il signale qu'il a souvent la grippe et il est prévu un examen concernant une suspicion d'une gastrite à K._____. (...) Concernant sa situation familiale, il est divorcé avec deux garçons âgés de 23 et 32 ans. (...) Il a une amie mais vit seul. Il arrive bien à gérer ses affaires à la maison ». Dans son appréciation du cas, la médecin-conseil a en outre indiqué que l'assuré était motivé à trouver un travail adapté, sans aucune incohérence montrée durant l'examen. Elle a conclu, sur la base de l'examen réalisé et des documents médicaux à disposition, que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé était de 100% dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles (dossier OAI, pièce 27, p. 316 et 318 s.). Il sied de constater que, contrairement au rapport du Dr E._____, les rapports établis respectivement par les médecins de B._____ et la médecin d'arrondissement de la Suva remplissent toutes les exigences formelles fixées par la jurisprudence pour leur reconnaître pleine valeur probante. Ils ont en particulier été établis à l'issue d'un examen en personne de l'assuré et comprennent une anamnèse détaillée, des observations cliniques ainsi que des conclusions motivées résultant d'une analyse complète de la situation médicale de l'intéressé (objective et subjective). Leur force probante n'est du reste pas remise en cause par le recourant. Par ailleurs, aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de ces rapports, dont les conclusions sont convaincantes et emportent l'adhésion de la Cour.

E. 5.3.5

Compte tenu du fait que le rapport d'examen final motivé et probant de la médecin d'arrondissement de la Suva conclut à une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 100% dans une activité adaptée, excluant ainsi une incapacité de travail, et que le seul avis médical divergent émis avant la décision litigieuse, soit celui du Dr E._____, doit être écarté en raison de son absence de valeur probante et de l'absence de spécialisation médicale de son auteur, il n'est pas nécessaire de procéder à d'autres mesures d'instruction sur la question de l'état psychique de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 l'intéressé et de la capacité de travail y relative, ni de procéder à cette fin à un examen structuré conformément à la jurisprudence. Partant, force est de constater que l'autorité intimée n'a pas méconnu le principe inquisitoire en se limitant à instruire les atteintes à la santé physique du recourant et la capacité de travail résiduelle y relative. Aucun élément ne commandait en effet qu'elle investigue sur la santé psychique de l'intéressé, ce d'autant plus que ce dernier n'était même pas suivi par un psychiatre ou un psychologue lors de l'instruction de son dossier et du prononcé de la décision querellée et qu'il avait initialement formulé une demande de prestations AI en invoquant une atteinte à la santé somatique. De l'avis de la Cour, le dossier constitué par l'autorité intimée est suffisamment étoffé pour se forger une opinion, sans que des mesures d'instruction complémentaires ne soient nécessaires. Sur la base des éléments médicaux à disposition, on peut ainsi légitimement conclure que le recourant possède une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée à compter du 16 novembre 2016, date de l'examen final réalisé par la médecin d'arrondissement de la Suva, moyennant le respect

des limitations énoncées par cette dernière.

E. 5.3.6

Dans le cadre de la procédure de recours, soit postérieurement à la décision litigieuse, le recourant a produit un rapport daté du 27 juin 2019 du Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur est la suivante : « Je suis le patient depuis le 28 mai 2019. Il m'a été adressé par le Dr E. _____, son médecin de famille. Il vient régulièrement tous les 15 jours aux entretiens. Il présente un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2 du CIM 10) et un trouble de l'adaptation (F 43.2 du CIM 10) apparus au décours de son accident de travail survenu en octobre 2015. Il a alors présenté un trauma crânien avec perte de connaissance : il est tombé, d'une hauteur de 3 mètres, d'un coffrage sur son chantier. Il est tombé sur son côté droit avec une contusion de la tête, une déchirure de l'oreille droite, une contusion de l'épaule droite, une contusion de la nuque et du dos. Après s'être relevé après la chute, il a perdu connaissance pendant 30 à 40 minutes. Lors de son réveil, il a présenté de la confusion mentale associée à une hypotonie généralisée. Suite à cet accident, il a séjourné 7 semaines à M. _____. Rentré chez lui, il ne pouvait pas se mouvoir à cause de l'hypotonie et de la fatigue. Depuis sa chute, il n'a pas récupéré sa force musculaire. Il présente des douleurs du côté droit du corps avec céphalées et des douleurs de la nuque. Au niveau psychique, on note une humeur dépressive avec perte de l'élan vital, dévalorisation. Il existe des troubles cognitifs avec baisse de la mémoire, troubles de l'attention. On note aussi une intolérance à la frustration avec des accès de colère contre lui ou contre autrui. Il continue de présenter une peur de la hauteur. La capacité de travail du patient est limitée à la fois par ses troubles physiques mais également psychiques. Il lui faut un travail adapté sans port de charges. Le taux d'activité est de 4 heures par jour en raison de sa fatigue et de ses troubles cognitifs (troubles de l'attention et de la concentration) ; le rendement est diminué de 50%. Le suivi psychiatrique est poursuivi pour travailler sur son humeur mais aussi sur sa capacité de concentration, y compris par de la relaxation ». On rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, et qu'il n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait qui sont postérieures à celles-ci (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 et 129 V 1 consid. 1.2). En application de cette jurisprudence, les rapports médicaux établis après la décision litigieuse n'ont en principe pas à être

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 pris en compte dans le cadre de la procédure de recours mais peuvent, le cas échéant, justifier une demande de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, pour autant qu'ils permettent d'établir une modification notable de l'état de santé. On précisera encore à cet égard que, selon la jurisprudence, 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Quoiqu'il en soit, le rapport produit par le recourant n'amène aucun élément nouveau probant susceptible de modifier l'appréciation de la Cour de céans quant à la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. En effet, outre le fait qu'il ne comprend ni anamnèse, ni motivation, ni discussion sur les points litigieux, il doit être apprécié avec une grande retenue dès lors qu'il a été établi spécialement pour la procédure de recours - étant précisé que le recourant n'a débuté son suivi psychiatrique que le 28 mai 2019 - et se trouve inévitablement influencé par la position particulière du recourant ainsi que par la relation thérapeutique qui l'unit à son psychiatre. Dans le même ordre d'idées, il est à mentionner

que l'existence d'une atteinte psychique n'a été évoquée pour la première fois qu'en janvier 2018, soit après un projet de décision de l'OAI d'octroi de rente limitée dans le temps, mais que, pour autant, le recourant n'a alors pas engagé un sérieux suivi psychologique ou psychiatrique, et ce jusqu'au mois de mai de l'année suivante.

E. 5.3.7

Enfin, il convient de relever que la situation du recourant est marquée par différents facteurs extra-médicaux tels qu'une kinésiophobie, une consommation chronique d'alcool, un contexte social difficile et l'absence de travail et de revenu. Cela a notamment été constaté par les médecins de B._____ dans leur rapport du 14 mars 2016 (dossier OAI, pièce 20, p. 130). Le médecin traitant de l'assuré a d'ailleurs précisément invoqué des motifs d'ordre extra-médical pour fonder une atteinte à la capacité de travail : « L'assuré souffre d'un état dépressif réactionnel dans le cadre de la perte de son travail et surtout de son revenu. (...) pour des raisons psychosociales, il me paraît difficile de pouvoir reprendre une activité, même avec une nouvelle réadaptation » (dossier OAI, pièce 56, p. 406). Or, de tels facteurs ne sauraient être pris en considération pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 6. 6.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour constate que c'est à bon droit que l'autorité intimée s'est concentrée sur l'instruction des atteintes somatiques du recourant et qu'elle a retenu que ce dernier est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, depuis le 16 novembre 2016. 6.2. Pour le surplus, le revenu statistique d'invalidé retenu par l'autorité intimée ne prête pas le flanc à la critique, de sorte qu'il y a lieu de confirmer l'absence de perte de gain découlant de l'atteinte à la santé depuis le 16 novembre 2016 et, partant, le refus de toute prestation dès le 1er mars 2017 (cf. art. 88a al. 1 RAI). 6.3. Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 Une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant pour des raisons psychiques sera examinée, cas échéant, dans le cadre d'une nouvelle demande AI. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 11 avril 2019 est confirmée. II. Des frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance de frais du 5 juin 2019. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 18 février 2020/pvo Le Président : La Greffière :

E. 10

ans, chirurgie de hernie inguinale des deux côtés à l'âge de 15 ans, fracture du pied il y a 25 ans environ, avec ostéosynthèse et ablation du matériel d'ostéosynthèse, et tabagisme ancien à 40 UPA (unités paquet-année). Elle a conclu, sur la base des documents médicaux

à disposition et du bilan réalisé, que la situation médicale de l'assuré était stabilisée. S'agissant de l'exigibilité médicale, elle a estimé la capacité de travail résiduelle de l'assuré à 0% dans son ancienne activité de maçon, mais à 100% (horaire et rendement) dans une activité professionnelle adaptée respectant les limitations suivantes : pas de travail de force et de port de charges au-dessus du plan scapulaire avec le membre supérieur droit, pas de positions en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, et pas de travail avec ou sur des échelles ou des échafaudages (cf. rapport d'examen final du 16 novembre 2016, dossier OAI, pièce 27, p. 313 ss). Le Dr J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin SMR, s'est rallié aux conclusions de la médecin d'arrondissement de la Suva dans un rapport établi le 23 mai 2017 à l'attention de l'OAI, précisant qu'aucune pièce médicale au dossier ne permettait de démontrer qu'une capacité de travail était exigible avant l'examen du 16 novembre 2016 (dossier OAI, pièce 42, p. 369).

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