

FR_GERICHTE 605 2024 162 vom 21. August 2025

FR Kantonsgericht, 2025-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_162

FR: FR_GERICHTE 605 2024 162 du 21 août 2025

IT: FR_GERICHTE 605 2024 162 del 21 agosto 2025

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un recourant valablement représenté et directement touché par la décision querellée. Partant, il est recevable.

E. 2

Droit en vigueur Dans le cadre du développement continu de l'assurance-invalidité, la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où un éventuel droit à la rente débiterait avant le 1er janvier 2022, la demande de prestations

ayant été déposée en janvier 2020 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20

E. 3

Règles relatives au droit à la rente

E. 3.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

E. 3.2

L'art. 29 al. 1 LAI précise que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. D'après l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. Selon la jurisprudence fédérale, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente; arrêt TF 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références). Ainsi, un droit à la rente ne peut naître qu'après la fin des mesures de réadaptation, et ce même si celles-ci n'ont eu qu'un succès partiel ou ont échoué. Avant cette date, une rente d'invalidité ne doit être octroyée, le cas échéant avec effet rétroactif, que si la personne assurée n'est pas ou pas encore apte à la réadaptation (arrêt TF 9C_450/2019 du 14 novembre 2019 consid. 3.3.1 et les références). La preuve de l'absence de la capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante (arrêt TF 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

E. 4

Règles relatives à la notion d'invalidité

E. 4.1

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette 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). Selon l'art. 7 LPGA, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Ainsi, en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des

atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain (ATF 143 V 418 consid. 8.1 et les références; 127 V 294 consid. 5a).

E. 4.2

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 (arrêt TF 9C_473/2017 du 27 juin 2018 consid. 7.2.1 et les références). Quant au revenu avec invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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 avec invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci- après: ESS; art. 25 al. 3 et 26bis al. 2 RAI).

E. 4.3

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part. D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt TF 8C_772/2020 du

E. 9

Dossier relatif à l'assurance-accidents

E. 9.1

Accident du 15 juillet 2019 et intervention de juillet 2019

E. 9.1.1

Le 15 juillet 2019, le recourant a chuté d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 2.50 mètres, avec réception sur les deux jambes. Les diagnostics principaux de fracture du pilon tibial gauche, fracture intra-articulaire peu déplacée proximale du péroné et troubles neurologiques partiels du pied gauche ont été posés (doc. 16 p. 123). Le 22 juillet 2019, il a subi une intervention chirurgicale, soit une réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture du tibia distal gauche (doc. 16 p. 123).

E. 9.1.2

Le 9 décembre 2019, le Dr C. _____, médecin traitant, spécialiste en neurologie, posait le diagnostic de faiblesse post-traumatique de la musculature de l'ensemble de la jambe

gauche. Le diagnostic différentiel de troubles fonctionnels était évoqué (doc. 16 p. 104). Le même jour, un électro-neuro-myogramme (ci-après: ENMG) des membres inférieurs a été effectué. Les neurographies motrices étaient normales, sauf celle du nerf fibulaire (= nerf de la jambe) gauche, l'absence de réponse étant toutefois explicable par des facteurs locaux, notamment un œdème et une atrophie des muscles du pied (doc. 16, p. 106).

E. 9.1.3

Le 12 décembre 2019, le Dr D. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, faisait état d'une atteinte neurologique sévère du pied gauche sur probable neurapraxie proximale à la division du nerf fibulaire (diagnostic pas clair) (doc. 16, p. 101).

E. 9.2

Premier séjour auprès de la CRR

E. 9.2.1

Du 11 février 2020 au 20 mars 2020, le recourant a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR). Les diagnostics secondaires de syndrome douloureux régional complexe (ci-après: SDRC) du membre inférieur gauche, ainsi que possible neuropathie tronculaire axonale partielle du nerf fibulaire gauche ont été posés.

E. 9.2.2

Sur le plan orthopédique, le tableau clinique, l'imagerie et l'examen scintigraphique réalisés au cours du séjour étaient tous en faveur du diagnostic de SDRC du membre inférieur gauche. Une corticothérapie était introduite avec un bon effet et avait permis des progrès significatifs (abandon de l'attelle et remise en charge progressive). Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic psychopathologique précis n'étaient retenus, mais le recourant présentait tout de même des peurs et des croyances importantes. Durant le séjour, son moral s'était bien amélioré avec la perspective de s'autonomiser de plus en plus.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 Sur le plan neurologique, le recourant avait bénéficié d'un ENMG au cours du séjour qui était partiellement compatible avec une atteinte tronculaire du nerf fibulaire gauche, avec une perte de 40% de la réponse motrice sans atteinte du nerf tibial. Ce tableau n'expliquait toutefois pas la plégie de la cheville gauche.

E. 9.2.3

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels pouvaient toutefois influencer négativement les aptitudes fonctionnelles et interférer avec le retour au travail, notamment une kinésiophobie et catastrophisation/focalisation sur la douleur, l'absence de contrat de travail, l'absence de formation certifiante et une dernière activité professionnelle lourde. Au cours du séjour, le recourant a été suivi aux ateliers professionnels. Le manque de mobilité et les douleurs de la jambe gauche avaient constitué une entrave à la prise en charge et à l'évaluation au sein des ateliers. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. Une stabilisation était attendue dans un délai de 6 mois. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues: marche sans moyen auxiliaire, marche prolongée en terrain irrégulier, travail en position accroupie/à genoux, utilisation répétée d'escaliers, utilisation d'échelles répétée.

E. 9.2.4

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais le tableau de SDRC étant « encore trop floride », il était difficile de projeter une évolution fiable d'ici 6 mois. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était théoriquement favorable (doc. 26 p. 218). Le séjour avait dû être interrompu en raison des restrictions liées au Covid-19 (doc. 29 p. 316).

E. 9.3

Deuxième séjour auprès de la CRR et évolution médicale jusqu'en février 2022

E. 9.3.1

Du 27 avril 2020 au 9 juin 2020, le recourant a séjourné une deuxième fois au sein de la CRR. Au cours du séjour, il a été vu par le Dr E. _____, médecin de la CRR, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il avait fait quelques progrès depuis la dernière fois. Il marchait en charge à 40 kg. Il déroulait moyennement bien le pas et utilisait ses 2 cannes. Il arrivait à marcher environ 15-20 minutes. A l'examen clinique, sans son orthèse et sans ses chaussures, il avait toujours une impossibilité à relever le pied (doc. 29 p. 311). La situation n'était toujours pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues étaient celles fixées lors du précédent séjour, ainsi que les ports de charges supérieures à 5 kg. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était plutôt défavorable et le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec le processus de réorientation (doc. 29 p. 315).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20

E. 9.3.2

Le 9 octobre 2020, la Dre F. _____, médecin traitante, spécialiste en chirurgie de la main, a vu le recourant pour un avis concernant une maladie de Dupuytren (= épaissement et resserrement progressifs de tissus sous la peau de la main) au niveau de la main droite. Le recourant avait en effet remarqué un épaissement au niveau de la paume de la main droite avec rétraction progressive des 3ème et 4ème doigts. Le 20 novembre 2020, elle posait le diagnostic de maladie de Dupuytren de la main droite (doc. 31 p. 361).

E. 9.3.3

Le 5 février 2021, une radiographie de la cheville et de la jambe gauche a été effectuée. La situation était globalement stable depuis juillet 2020 (doc. 35 p. 396).

E. 9.3.4

Le 26 février 2021, le Dr D. _____ relevait que le recourant arrivait à marcher avec une seule canne. Il gardait des douleurs au niveau du genou gauche irradiant en latéral et qui l'empêchaient de se mettre à genou. Il rapportait souvent une jambe devenant blanche, humide, chaude avec perte de poils. Concernant la cheville gauche, il y avait une persistance des douleurs surtout antérieures et une perte de sensibilité au niveau interne de la cheville et du pied (doc. 36 p. 444).

E. 9.3.5

Le 6 avril 2021, la physiothérapeute indiquait suivre le recourant depuis le 1er juin 2019. Il marchait avec une canne et une attelle en raison de la faiblesse musculaire des releveurs du pied, ainsi qu'en raison de son équilibre précaire sans ces moyens auxiliaires. Les douleurs

ressenties à l'activité s'élevaient à 7/10 au niveau de la cheville, à 6/10 au niveau du genou et à 5/10 au niveau du dos. Les douleurs étaient soulagées par la position couchée sur le dos avec le membre inférieur gauche surélevé. L'évolution avait été lentement favorable mais il existait toujours des limitations en raison des douleurs, peut-être aussi en raison du matériel d'ostéosynthèse, ce qui limitait la mobilité articulaire de sa cheville gauche. Au vu de la problématique complexe de la situation du recourant qui ne pouvait pas reprendre son travail de charpentier, il fallait qu'une évaluation de ses capacités de travail soit réalisée (doc. 36 p. 460).

E. 9.3.6

Le 17 mai 2021, un scanner de la cheville gauche a été effectué. Il existait une ostéopénie (= perte de la densité osseuse) diffuse de sous-utilisation (doc. 38 p. 510).

E. 9.3.7

Le 25 mai 2021, le Dr C. _____ indiquait que la synthèse du bilan électronique comparatif était encore plus difficile que celle de son bilan initial. En effet, l'hypothèse d'un éventuel bloc de conduction proximal en amont de la subdivision des nerfs fibulaire et tibial n'était plus plausible avec le recul, puisque les blocs de conduction se levaient en toute règle générale dans les 3 à 6 mois. Il restait une curieuse contradiction entre les résultats des neurographies, tout à fait normales pour le nerf tibial (alors qu'on obtenait quasi aucune activité volontaire à l'examen à l'aiguille de la musculature dans le territoire de ce nerf), alors que les valeurs neurographiques étaient asymétriques en défaveur de la gauche en ce qui concernait le nerf fibulaire gauche. Il y avait une même contradiction pour les troubles sensitifs qui semblaient plus marqués dans le territoire du nerf tibial que du nerf fibulaire, toujours sans signe de dénervation aiguë dans les deux territoires.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 Il fallait dès lors s'interroger de plus en plus s'il n'y avait pas des troubles fonctionnels ou encore des lâchages antalgiques qui brouillaient le tableau (doc. 36 p. 429).

E. 9.3.8

Le 21 octobre 2021, la Dre G. _____, médecin traitante, spécialiste en neurologie, posait les diagnostics principaux de neuropathie fibulaire gauche d'origine traumatique, ainsi que probable SDRC (de type I) du pied gauche. L'examen électro-clinique mettait en évidence une atteinte séquellaire du nerf péronier gauche suite à l'accident de travail avec fracture des os tibial et péroné, qui pouvait expliquer le pied tombant à gauche. Cependant, la symptomatologie du recourant dépassait largement cette atteinte. Le recourant rapportait des symptômes évocateurs d'un probable SDRC de type I du pied gauche. Le déficit de force globale du membre inférieur gauche était probablement lié à la sous-utilisation de ce membre (doc. 40 p. 554).

E. 9.3.9

Le 11 février 2022, le Dr H. _____, médecin traitant, spécialiste en médecine physique et réadaptation, relevait que le recourant présentait des probables séquelles d'un SDRC, probablement de type II vu la concomitante lésion neurologique, qui s'associait à des séquelles sensitives et motrices qui étaient seulement en partie expliquées par les lésions neurologiques. La paralysie que l'on retrouvait sur le tibial antérieur et le fléchisseur plantaire semblait plutôt d'origine antalgique plutôt que liée à la lésion neurologique elle-même. Il n'y avait pas d'important œdème à la cheville le jour de la consultation. La

priorité était de récupérer la liberté articulaire de la cheville. Il était indispensable que le recourant mobilise tout seul sa cheville, plusieurs fois par jour (doc. 45 p. 604).

E. 9.4

Intervention du 12 août 2022 et évolution médicale jusqu'en février 2023

E. 9.4.1

Le 12 août 2022, le recourant a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse, une ténotomie du tendon d'Achille, une arthroscopie de débridement articulaire, ainsi qu'une suture d'une hernie musculaire de la jambe (doc. 53 p. 759).

E. 9.4.2

Le 13 septembre 2022, des radiographies de la cheville gauche ont été effectuées, lesquelles montraient une intégrité des structures osseuses post-ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il existait des remaniements post-thérapeutiques diffus sans fracture apparue, ainsi qu'une arthrose talo-crurale diffuse (doc. 57 p. 852).

E. 9.4.3

Le 25 janvier 2023, le Dr D. _____ mentionnait qu'il y avait une amélioration au niveau de la mobilité de la cheville en passif et en actif avec des douleurs modérées sur le devant de la cheville et légèrement sur le tendon d'Achille qui présentait une tuméfaction à environ 7 cm de son insertion (doc. 57 p. 865)

E. 9.4.4

Le 2 février 2023, une IRM du genou gauche a été effectuée, en raison de douleurs antérieures du genou persistantes. Il existait une nouvelle importante chondropathie avec discrète arthrose rétro-rotulienne (doc. 57 p. 854).

E. 9.4.5

Le 3 février 2023, un scanner et une IRM de la cheville gauche montraient une chondropathie tibio-astragaliennne modérée, ainsi qu'une réduction adéquate, consolidée. Il y avait également un

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 œdème sous-chondral de la partie antérieure du plateau tibial, ainsi qu'une importante tendinite achilléenne, sans rupture. Il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire (doc. 57 p. 856).

E. 9.5

Troisième séjour auprès de la CRR et décision de la SUVA

E. 9.5.1

Du 18 juillet 2023 au 26 août 2023, le recourant a séjourné une troisième fois auprès de la CRR. A l'entrée, ses plaintes et limitations fonctionnelles étaient, en premier lieu, des douleurs au niveau de la jambe distale gauche avec irradiation dans la cheville, à caractère de coups de couteau, cotées à 4/10 et qui montaient jusqu'à 10/10 à la marche prolongée, arrivant aussi pendant la nuit, insomniantes et soulagées à la prise des antalgiques. Au deuxième plan, le recourant se plaignait des limitations de la flexion dorsale de la cheville gauche et des gonalgies bilatérales qui entravaient la montée et la descente des escaliers. Le périmètre de marche apprécié était de 300 mètres. Le recourant s'arrêtait en raison des douleurs cotées à 10/10. Aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour.

E. 9.5.2

Sur le plan orthopédique, une chondropathie tibio-astragaliennne gauche avec une tendinite achilléenne gauche avait été mise en évidence en février 2023. Dans ce contexte, le chaussage orthopédique avait été adapté et il avait été opté pour un travail de renforcement de la musculature du membre inférieur et un travail du schéma de marche, avec une légère amélioration de celui-ci ainsi que de la proprioception. Concernant le diagnostic de SDRC du pied et de la cheville gauche, le recourant ne remplissait plus les critères de Budapest pouvant formellement le retenir. L'ostéopénie diffuse du pied et de la cheville gauche pouvait être expliquée par la décharge de longue date qui persistait. Sur le plan neurologique, un ENMG avait été organisé qui retrouvait une restitution ad integrum. Sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie n'avait été détectée.

E. 9.5.3

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Toutefois des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment une kinésiophonie sévère, un catastrophisme élevé, un patient focalisé sur les douleurs et une perception du handicap fonctionnel élevée. L'évolution objective et subjective était lentement favorable. Le chaussage du recourant avait permis une amélioration nette du schéma de marche avec un sevrage partiel de la béquille, au moment de la sortie le recourant utilisant de manière intermittente les bâtons de marche et la béquille. Le sevrage de l'attelle était à poursuivre.

E. 9.5.4

Au cours du séjour, le recourant avait été suivi aux ateliers professionnels. Il avait travaillé, sur des périodes allant jusqu'à 4h consécutives, sur des activités avec un niveau d'effort léger, évitant les contraintes posturales importantes. Les activités effectuées étaient principalement monomanuelles en station debout en raison de l'utilisation de la béquille à droite. Les activités effectuées en position assise étaient réalisées en dehors de la norme, avec une vitesse d'exécution faible.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 Les limitations fonctionnelles suivantes définitives étaient retenues pour le membre inférieur gauche: les longs déplacements sur terrain irrégulier, monter et descendre de manière répétée les escaliers et échelle, ainsi que les ports de charge lourde de manière répétitive de plus de 15-20 kg. La situation était jugée comme quasiment stabilisée du point de vue médical. Un possible gain pouvait encore être atteint pour les déplacements sans la béquille, celle-ci justifiant la poursuite de la physiothérapie ambulatoire. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 2 à 3 mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'aide charpentier était défavorable. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable à 100% mais les facteurs contextuels pouvaient interférer avec le processus de réorientation.

E. 9.5.5

Au terme du séjour, deux options étaient proposées pour favoriser le retour à l'emploi du recourant: une mesure d'entraînement progressif pouvait être utile pour remobiliser progressivement le recourant dans le contexte de travail; la mise en place d'une mesure d'évaluation des capacités professionnelles afin d'accompagner le recourant dans son processus de réorientation professionnelle (doc. 64 p. 895 ss).

E. 9.5.6

Par décision du 31 mai 2024, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (doc. 98). Une opposition formée contre cette décision a été déclarée irrecevable par décision sur opposition du 19 juillet 2024 (doc. 109), confirmée sur recours par arrêt TC FR 605 2024 139 du 1er juillet 2025.

E. 10

Mesure d'entraînement progressif prise en charge par l'OAI et projet de décision

E. 10.1

Suite au troisième séjour à la CRR, le recourant a participé à une mesure d'entraînement progressif auprès de la Fondation I. _____, laquelle a été prise en charge par l'OAI à titre de mesure de réadaptation professionnelle. La mesure a débuté le 2 octobre 2023, avec un taux de présence de 20% au départ, et s'est terminée le 31 mars 2024 (doc. 66 et 84).

E. 10.2

Il ressort du rapport final du 28 mars 2024 relatif à cette mesure que, depuis la semaine du

E. 10.3

Le 22 avril 2024, l'OAI a établi un projet de décision de refus de rente d'invalidité (doc. 96), à l'égard duquel le recourant a formulé des objections le 27 mai 2024 (doc. 97). 11. Rapports produits dans le cadre de la procédure d'objections 11.1. Le 10 janvier 2024, le Dr D. _____ relevait que la mobilité de la cheville était assez limitée. Le recourant continuait à avoir une hyposensibilité plus sévère sur la partie plantaire et médiale du pied (doc. 97). Le 22 mars 2024, le médecin précité indiquait que le recourant présentait quatre atteintes actives de son membre inférieur gauche. Une capacité de travail n'était pas envisageable en position debout ou en cas de déplacement. En position assise, la capacité de travail était fortement impactée par les douleurs, qui rendaient un travail même en position assise compliqué. Un testing de position assise de 2 heures et réévaluation du pied par la suite avaient été effectués. Le recourant déclarait avoir une sensation de froid du pied avec douleurs difficilement tolérable. Lors de l'examen clinique, il n'y avait pas de différence de chaleur. La couleur était légèrement plus sombre. Il y avait une légère tuméfaction par rapport au côté controlatéral. Il n'y avait pas de sudation (doc. 97). 11.2. Le 15 mai 2024, le Dr D. _____ indiquait qu'à partir du 1er avril 2024, le recourant présentait une capacité de travail partielle à 20%, dans une activité adaptée qui ne devait pas dépasser 2 heures de travail par jour dans une place de travail aménagée (doc. 97). 11.3. Dans un rapport du 25 juillet 2024, le Dr J. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), spécialiste en médecine interne générale, relevait que le recourant était connu pour des douleurs chroniques de la cheville gauche suite à une fracture tibia-péroné le

E. 15

juillet 2019 avec ostéosynthèse le 22 juillet 2019, puis ablation du matériel le 12 août 2022. Il avait développé un SDRC de type II de la jambe et du pied gauche en 2020. Il présentait également une chondropathie modérée de la cheville gauche associée à des gonalgies gauches chroniques sur arthrose et surpoids. Il avait présenté une neuropathie partielle du nerf fibulaire gauche avec restitution ad integrum.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 Selon le rapport de la troisième hospitalisation à la CRR, il y avait une focalisation sur les douleurs et une perception du handicap fonctionnel

élevée. Une capacité de travail complète dans une activité adaptée avait été retenue. Le Dr J. _____ se référait ensuite à une appréciation du 26 janvier 2024, dans laquelle le médecin d'assurance de la SUVA avait retenu les limitations fonctionnelles suivantes: port de charges lourdes, marche sur terrain inégal, montée et descente de manière répétitive et continue d'échelles et d'escaliers, positions contraignantes pour les chevilles telles que des positions accroupies ou à genoux, situation statique debout prolongée continue et/ou répétitive. Le médecin du SMR était ainsi d'avis que les conclusions retenues par la CRR dans ses rapports étaient pertinentes et pouvaient être suivies, à savoir que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (doc. 111).

11.4. Par décision du 29 août 2024, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité (doc. 114).

12. Rapports produits dans le cadre de la procédure de recours

12.1. Le 27 mai 2024, le Dr D. _____ indiquait que le recourant nécessitait toujours des traitements médicamenteux, de chaussage et d'appareillage, ainsi qu'un suivi de physiothérapie et d'ergothérapie. Vu la complexité des différentes atteintes, il était nécessaire qu'un expert neutre puisse se prononcer (pièce 13).

12.2. Le 27 juin 2024, une IRM lombaire a été effectuée, laquelle mettait en évidence une arthrose inter-apophysaire postérieure surtout en L3-4, L4-5, L5-S1, plus marquée à gauche en L5-S1, affleurant la racine L5 gauche. Ceci était stable par rapport à l'examen précédent. Il y avait également une discopathie L4-5 avec hernie discale postéro-latérale gauche affleurant l'émergence des racines L5 bilatéralement, plus marquée à gauche (pièce 14).

12.3. Le 1er juillet 2024, le Dr K. _____, médecin traitant, spécialiste en médecine interne générale, relevait que, d'un point de vue psychologique, le recourant présentait un état dépressif, aggravé par l'incapacité à poursuivre la mesure. Les symptômes suivants étaient constatés: tristesse, sentiment de vide ou de désespoir constant, pleurs fréquents, anhédonie, fatigue persistante, sentiment d'inutilité et idéations suicidaires. D'un point de vue fonctionnel, on pouvait considérer sa jambe gauche, à partir du genou jusqu'au bout du pied, comme perdue, puisqu'elle ne répondait pas aux sollicitations volontaires exercées (pièce 14).

12.4. Le 7 août 2024, le Dr C. _____ relevait que l'évolution restait problématique avec une incapacité de travail persistante, en lien notamment avec des douleurs persistantes de la cheville irradiant jusqu'au genou, majorées par la mise en charge. Sur le plan neurologique, il existait une diminution importante de la force. Le tableau neurologique restait stationnaire, avec toujours une parésie atypique du membre inférieur gauche distal, qui n'était que partiellement explicable par les résultats de l'ENMG (pièce 18).

12.5. Le 29 août 2024, la Dre L. _____, médecin traitante, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 syndrome somatique. Le recourant présentait une capacité de travail de 20% afin de socialiser, ce qu'il avait déjà essayé, mais même la position assise augmentait ses douleurs avec un impact négatif sur son état psychique (pièce 15).

12.6. Le 19 septembre 2024, la Dre M. _____, médecin traitante, spécialiste en médecine interne générale, indiquait suivre le recourant suite à la demande du Dr K. _____ pour un suivi en acupuncture et physiothérapie dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire pour des troubles douloureux sévères et chroniques (pièce 19).

12.7. Le 20 novembre 2024, le Dr D. _____ relevait qu'une IRM effectuée le 1er juillet 2024 avait mis en évidence une fissure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe, n'atteignant pas la surface articulaire. Il y avait également une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne de grade II (pièce 20).

12.8. Le 4 décembre 2024, la Dre N. _____, médecin d'assurance de la SUVA, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevait que, étant donné que la fracture initiale était articulaire dans la partie antérieure, les douleurs pouvaient au moins partiellement être expliquées. Un syndrome des loges (= pression accrue au niveau de la zone entourant certains muscles) lié à la fracture de la jambe était possiblement survenu en 2019 permettant d'expliquer la faiblesse musculaire/parésie de plusieurs groupes musculaires alors même que l'ENMG de 2019 et de 2023 étaient restées normal. Une consultation auprès d'un spécialiste du pied et de la cheville était conseillée (pièce 22).

12.9. Le 7 mai 2025, le Dr D._____ relevait qu'il existait une péjoration au niveau du genou. Un scanner effectué le 15 avril 2025 montrait un peu plus d'usure dans la partie postérieure tibio- talienne (pièce 29).

12.10. Le 2 juin 2025, la Dre L._____ relevait que la conclusion de l'évaluation psychiatrique réalisée en 2023 à la CRR, selon laquelle aucune pathologie n'était détectée, était surprenante. Puisque le recourant ne parlait pas français, il n'avait probablement pas compris les questions. Ainsi, le psychiatre ne pouvait pas vraiment évaluer son état psychologique. Le recourant souffrait de la maladie de Sudeck (aussi appelé SDRC) avec des douleurs importantes et avec un gonflement de sa jambe. Il n'était pas bien depuis l'accident. La médecin précisait que l'OAI ne lui avait jamais demandé de rapport complet, de sorte qu'elle n'avait jamais pu expliquer toutes les limitations fonctionnelles et l'anamnèse du recourant (pièce 24).

13. Discussion 13.1. En l'espèce, s'agissant de l'instruction de la demande déposée par le recourant en janvier 2020, l'OAI s'est limité à demander à la SUVA de lui faire parvenir les pièces médicales du dossier relatif à l'assurance-accidents jusqu'en août 2023. Il a ensuite mis en œuvre des mesures de réinsertion au terme desquelles seule une capacité de travail de 30% a pu être atteinte.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 Finalement, suite à l'opposition formée par le recourant à l'encontre du projet de décision de refus de rente, l'OAI a requis l'avis du SMR. Dans son appréciation, le médecin SMR reprend les conclusions retenues par la CRR dans ses rapports, à savoir que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il reprend également les limitations fonctionnelles retenues par le médecin de la SUVA, lequel a lui-même confirmé les limitations mentionnées par la CRR dans le cadre du troisième séjour.

13.2. Or, il ressort du dossier que les limitations fonctionnelles retenues par la CRR à l'issue du troisième séjour concernaient uniquement le membre inférieur gauche. Par ailleurs, la situation médicale n'était pas encore totalement stabilisée (ci-avant: consid. 9.5.4). De manière plus générale, l'instruction menée par la SUVA, laquelle est uniquement tenue de prester pour les troubles en lien de causalité avec l'accident (cf. art. 4 LPGA), porte exclusivement sur la question de la capacité de travail du recourant en lien avec ses troubles à la jambe gauche survenus à la suite de sa chute en juillet 2019. Toutefois, il ressort des rapports produits par le recourant, lesquels ne figurent pas au dossier de la SUVA quand bien même ils sont antérieurs à la décision attaquée, que le recourant présentait également d'autres atteintes à sa santé susceptibles d'être invalidantes. En effet, en juin 2024, une IRM lombaire a mis en évidence plusieurs troubles lombaires, notamment une arthrose, une discopathie, ainsi qu'une hernie discale. De plus, le recourant présentait possiblement des troubles psychiques, le Dr K._____ ayant fait état d'un état dépressif avec idéations suicidaires et la Dre L._____ ayant posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent. En outre, en novembre 2020, la Dre F._____ avait posé le diagnostic de maladie de Dupuytren de la main droite. En décembre 2024, la Dre N._____, médecin d'assurance de la SUVA, indiquait en outre la possibilité que le recourant souffre d'un syndrome des loges. Elle conseillait une

consultation auprès d'un spécialiste de la cheville. Quand bien même ce rapport est postérieur à la décision attaquée du 29 août 2024, il doit être pris en considération dans la mesure où les faits qu'il contient sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation concernant l'incapacité de travail du recourant au moment de la décision (ci-avant: consid. 5.2). Dans ces circonstances, sur la base du dossier à disposition, l'OAI ne pouvait pas, au vu des troubles multiples présentés par le recourant, se fonder exclusivement sur l'instruction menée par l'assureur- accidents. 13.3. Par ailleurs, en l'état du dossier, plusieurs incertitudes subsistent quant aux troubles présentés par le recourant, notamment ses troubles neurologiques, un SDRC et un syndrome des loges. Plusieurs diagnostics ont en effet été relevés par les médecins pour tenter de justifier la persistance de ces troubles, mais ceux-ci restaient toutefois partiellement inexplicables. Au vu des divergences existant entre les différents rapports médicaux figurant au dossier et du fait que certains diagnostics évoqués, notamment des troubles neurologiques et un SDRC, constituent des diagnostics complexes qu'il est difficile de poser (s'agissant du SDRC, voir LÜTHI et al.,

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 Syndrome douloureux régional complexe in Rev Med Suisse 2019 15, p. 496), l'OAI était tenu de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires. 13.4. Par ailleurs, les différents médecins ne s'accordent pas non plus sur la capacité de travail résiduelle du recourant, cette question n'ayant au demeurant pas fait l'objet d'une instruction approfondie. A ce titre, il est rappelé que, pour calculer le degré d'invalidité, l'administration doit se fonder sur les documents médicaux fournis par les médecins, à qui il appartient de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable de travailler (ci-avant: consid. 5.3). De plus, le rapport final relatif à la mesure d'entraînement progressif indiquait que le recourant n'avait pas été en mesure d'augmenter son taux de présence au-delà de 30%, quand bien même le poste de travail avait été adapté à ses limitations fonctionnelles. Ce constat ne correspond pas à la conclusion du médecin SMR selon laquelle le recourant présenterait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. 13.5. Par conséquent, au vu de tout ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à des mesures d'instruction complémentaires. Conformément à son devoir d'instruction, l'OAI est en effet tenu d'entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ci-avant: consid. 5.6), comme c'est le cas en l'espèce. Conformément à la jurisprudence en la matière (ci-avant: consid. 5.5), il y a en particulier lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique. Il appartiendra notamment aux médecins spécialistes externes de se déterminer sur la capacité de travail du recourant depuis le dépôt de la demande en janvier 2020. Ils se prononceront également sur l'évolution de l'état de santé après la décision attaquée du 29 août 2024. Sur la base de cette expertise, l'OAI se prononcera sur un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité. Cas échéant, s'agissant du début d'un tel droit, il déterminera, également en fonction du résultat de l'expertise, à partir de quand le recourant était susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (ci-avant: consid. 3.2). 14. Sort du recours, frais de procédure, indemnité de partie et assistance judiciaire 14.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision du 29 août 2024 annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique. 14.2. La procédure étant onéreuse en

matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. 14.3. Par ailleurs, ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, conformément aux art. 137 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et 8 ss du tarif des frais et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12).

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 Conformément à l'art. 8 al. 1 Tarif JA, les honoraires alloués pour la représentation ou l'assistance de la partie sont fixés entre CHF 200.- et CHF 10'000.-. Dans les affaires d'une ampleur ou d'une complexité particulière, le maximum s'élève à CHF 40'000.-. La fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Quant aux débours nécessaires à la conduite de l'affaire, ils sont remboursés au prix coûtant (art. 9 al. 1 Tarif JA). En l'espèce, la liste de frais produite par la mandataire du recourant fait état d'un temps de travail de 24 heures et 37 minutes, soit CHF 6'154.15 à titre d'honoraires. Le nombre d'heures indiqué paraît toutefois excessif compte tenu de la nature, de l'importance et de la difficulté de la présente cause, pour laquelle un seul échange d'écritures n'a été ordonné, la mandataire du recourant s'étant en outre brièvement déterminée spontanément à deux reprises. En particulier, cela dépasse le cadre des opérations nécessaires et usuellement admises pour ce type d'affaire. Par ailleurs, les débours ont été calculés de manière forfaitaire, ce qui ne correspond pas à la réglementation applicable en la matière. Par conséquent, la liste de frais produite ne répond pas aux exigences mentionnées ci-avant, de sorte qu'il y a lieu de fixer d'office l'indemnité due au recourant (art. 11 al. 1 Tarif JA). Il convient donc de fixer l'indemnité de partie à un montant total de CHF 4'215.90, à savoir CHF 3'750.- au titre d'honoraires (15 heures à CHF 250.-), CHF 150.- de débours et CHF 315.90 de TVA (8.1%). L'indemnité de partie est mise à la charge de l'OAI, qui succombe. 14.4. Finalement, vu l'admission du recours, la requête d'assistance judiciaire totale (605 2024 163), devenue sans objet, est rayée du rôle. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête : I. Le recours est admis (605 2024 162). Partant, la décision du 29 août 2024 est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI. III. Une indemnité de partie de CHF 4'215.90, TVA de CHF 315.90 (8.1%) comprise, est allouée au recourant. Elle est mise à la charge de l'OAI. IV. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2024 163) est sans objet. V. 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 21 août 2025/anm Le Président La Greffière

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