

# FR\_GERICHTE 608 2015 212 vom 30. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2015\\_212](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_212)

FR: FR\_GERICHTE 608 2015 212 du 30 novembre 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2015 212 del 30 novembre 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable

### E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 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 (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). c) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, arrêts 9C\_344/2010 du 1er février 2011 consid. 4.2, 9C\_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 p. 546 et 7.1 p. 548). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b p. 199). d) Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). Bien que les rapports d'examen réalisés par

un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (arrêt TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 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,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2; 8C\_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4; 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1).

### **E. 3**

En l'espèce, le litige porte principalement sur le taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. Sont également invoqués par l'assuré ses chances quasiment nulles de retrouver un emploi adapté à son handicap sur le marché du travail, de même que l'octroi d'une réduction du salaire statistique. a) Il convient tout d'abord de se référer pièces médicales principales versées au dossier: - Le rapport du 3 août 2011, dans lequel le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH œuvrant pour le compte du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), se réfère à deux rapports de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2010 et du 29 mars 2011, pour retenir un diagnostic de paralysie du membre supérieur gauche sur lésion du plexus brachial d'origine traumatique. "Vu le peu d'évolution intervenue depuis le début de l'atteinte à la santé, la situation peut être considérée comme stabilisée". Il conclut à une capacité de travail de 100% dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles (limitation du port de charge pour

manutention uni-manuelle, pas d'activité impliquant un danger potentiel vu l'atteinte au bras gauche). - Le rapport du CIS du 3 février 2012, faisant suite au séjour effectué par l'assuré au sein de ce CEPAL, du 12 décembre 2011 au 31 janvier 2012. Il convient de noter que ce stage a dû être interrompu prématurément, l'assuré ayant fait une chute à domicile ayant provoqué une fracture de la clavicule, en date du 22 janvier 2012. Au terme du stage, l'orientation professionnelle envisageable est un travail d'atelier, dans l'industrie légère, avec horaire à 100% mais rendement de 50%, soit une activité principalement assise avec un travail répétitif, sans complexité. La diminution de rendement est liée à sa situation de travailleur mono-manuel et à la complexité du travail. - Le rapport du 17 décembre 2012 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, fait état d'une nouvelle opération (transfert combiné des parties supérieures et inférieures du muscle trapèze avec réinsertion de la partie inférieure du sous-scapulaire et réinsertion trans-ossulaire de la partie supérieure du muscle trapèze sur la tête de l'humérus et insertion du muscle deltoïde sur l'acromion). - Le rapport du 20 août 2013 dans lequel la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose le diagnostic d'épisodes fréquents de dépression réactionnelle (F32.8), présent depuis le mois d'août 2010. Après rappel de la situation médicale et personnelle (relatant notamment une vie familiale compliquée, en plus des difficultés de santé), la psychiatre traitante indique que malgré un contexte difficile, le pronostic " est plutôt bon si A.\_\_\_\_\_ peut se retrouver dans des conditions bien adaptées pour son handicap puisqu'il souffre et a d'importantes limitations au niveau moteur. Il ne peut pas non plus avoir une activité où son bras droit serait utilisé en permanence puisqu'une fatigue peut se produire. [...] Néanmoins, par rapport à son état psycho-affectif ainsi que ses capacités physiques, nous estimons qu'une reprise adaptée à 50% pourrait lui être convenable".

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 - Le rapport de réadaptation du 26 août 2013 faisant suite au second séjour effectué par l'assuré au sein du CIS, du 6 mai au 18 août 2013, au cours duquel il a en outre eu l'occasion d'effectuer un stage auprès de l'entreprise H.\_\_\_\_\_. Dans une activité répétitive simple, réalisable d'une seule main (telle que: assemblage simple de pièces moyennement fines, contrôle qualité et conditionnement de fournitures), un horaire à 80%, susceptible d'augmenter à 100%, est envisageable. Une limitation du rendement est vraisemblable en raison de la fatigue et des douleurs dans le bras droit. - Le rapport établi le 19 septembre 2013 par le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA. Après avoir rappelé en détail le contexte entourant ce dossier et procédé à l'examen de l'assuré, ce médecin constate que ce dernier "a bien récupéré de tous les problèmes occasionnés par cet accident sauf au niveau du MSG qui présente une paralysie flasque totale suite à une lésion étendue du plexus brachial. La récupération est extrêmement lente et n'a pour l'instant aucune conséquence fonctionnelle utilisable". Il préconise la poursuite du suivi mis en place (notamment à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_) et propose en outre la mise sur pied d'un séjour stationnaire d'un mois à C.\_\_\_\_\_, "pour une rééducation soutenue et intensive à la fois pour le MSG mais également dans le but d'une remise en forme globale tant physique que psychologique. [...] En parallèle, on pourra également faire une évaluation des capacités fonctionnelles résiduelles et débiter la problématique de réorientation professionnelle". S'agissant de la capacité de travail, elle est considérée comme nulle dans l'ancienne activité, de manière définitive. "Dans toute autre activité professionnelle adaptée, tenant compte des limitations liées avec la problématique du MSG, l'assuré pourrait théoriquement retravailler à 100% avec un rendement attendu de 100%. Les limitations dont il faut tenir compte actuellement avec la problématique de la

parésie du plexus brachial et du MSG associée également à l'épaule, que seul un travail léger est possible et ceci de manière unilatérale puisque seul le MSD dominant est utilisable. Ce travail pourrait théoriquement s'effectuer sur toute la journée, il ne doit pas être répétitif, près du corps et doit être limité en terme de port de charge qui ne doit pas dépasser 5 kg occasionnellement au niveau des hanches et au niveau du thorax environ 2 à 3 kg au maximum. Il faut éviter tous les travaux avec des outils vibrants ainsi que des à coups, notamment marteau, massette etc. L'utilisation d'échelles ou d'échafaudages est à éviter, également pour des questions de sécurité. Pour peu que l'assuré puisse effectuer une activité professionnelle qui tienne compte de toutes les limitations imposées par la paralysie complète du MSG et éviter les surcharges au niveau du MSD, cette activité serait compatible et la capacité de travail normale". - Le rapport du 14 mars 2014 établi par les spécialistes de C.\_\_\_\_\_, à savoir le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neuropsychologie, et la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Une prise en charge d'ergothérapie et de physiothérapie a également eu lieu. En consensus, les spécialistes précités retiennent comme diagnostic principal une réadaptation neurologique d'une plexoplastie brachiale gauche. Après un rappel anamnestique et un examen clinique, comprenant un bilan sanguin, les médecins relèvent en particulier qu'au plan psychiatrique, "un épisode dépressif de présentation inhabituelle, éventuellement en relation avec l'importante médication antalgique. [...] La recherche de pistes professionnelles aura probablement valeur thérapeutique pour ce patient désireux de retrouver une activité adaptée". Un examen neuropsychologique a mis en évidence un ralentissement, qui peut être mis en relation avec une perturbation de l'humeur. Après évaluation professionnelle multidisciplinaire, effectuée en ateliers professionnels au cours du séjour, la conclusion est la suivante: "Sur le plan professionnel, étant donné que A.\_\_\_\_\_ présente un bras plégique non fonctionnel et douloureux et que le traitement antalgique en cours diminue les

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 capacités cognitives du patient, la reprise de son ancien poste n'est pas envisageable dans ce contexte. Une mesure de réinsertion est donc proposée afin de définir des pistes professionnelles compatibles avec ses capacités actuelles". - Le rapport du 27 août 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, reprend le diagnostic posé un an plus tôt par la Dresse G.\_\_\_\_\_. Il fait état d'une évolution peu favorable, avec des symptômes dépressifs s'installant de manière chronique. Ce tableau dépressif favorise une baisse significative de la tolérance à la douleur chronique liée aux lésions de l'accident; pour la compenser, l'assuré a développé une dépendance à la médication anti- douloureuse (morphine), dépendance à l'encontre de laquelle il s'agit de lutter en priorité, ce qui nécessite notamment "qu'il puisse trouver une occupation adaptée à ses limitations physiques". - Le rapport établi le 18 septembre 2014 par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin SMR, dans lequel ce dernier conclut à une capacité de travail à 100%, avec une diminution de rendement de 20% liée à la fatigabilité accrue due à la persistance des douleurs, dans une activité adaptée. Il se fonde sur l'évolution du dossier médical survenue depuis son précédent rapport du 3 août 2011, et en particulier sur des rapports du 12 avril et du 11 décembre 2013 de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, ainsi que sur deux rapports psychiatriques. b) On peut tirer du dossier en général, et des rapports médicaux ci-dessus en particulier, les enseignements suivants. Tout d'abord, il sied de rappeler que l'autorité intimée a retenu que le recourant était à nouveau en mesure d'exercer une activité à plein temps, avec un rendement de 50%, dès août 2011, puis un avec un rendement de 80%, dès septembre 2014. Le recourant a subi une première intervention chirurgicale à

l'épaule gauche en août 2010 et a ensuite bénéficié d'une prise en charge spécialisée à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, auprès de la Clinique de chirurgie de la main (Dresse E.\_\_\_\_\_) d'une part et de la Clinique de thérapie de la douleur d'autre part. De nombreux rapports ont été établis par les spécialistes des cliniques précitées, sans toutefois que ceux-ci ne se prononcent formellement sur la capacité de travail de l'assuré. Il en ressort que ces médecins ont vainement tenté d'améliorer les capacités d'utilisation du membre supérieur gauche, mais qu'ils se sont progressivement rendu à l'évidence que la récupération serait faible, en dépit des efforts de l'assuré. On peut néanmoins considérer qu'entre juin 2010, date de son accident, et le mois de décembre 2012, au cours duquel il a subi une deuxième intervention chirurgicale, une récupération d'une capacité de travail paraît pour le moins hasardeuse. Ce d'autant plus si l'on considère qu'il a également été victime, en janvier 2012, d'une fracture de la clavicule gauche, qui a elle-même entraîné une incapacité de travail, passagère celle-là. C'est la raison pour laquelle il paraît difficile d'admettre que l'assuré ait présenté une capacité de travail de l'ordre de 50% dès août 2011, comme l'a retenu l'OAI. Son appréciation, qui se fonde visiblement sur le rapport de stage que le recourant a réalisé au CIS à la fin 2011, n'est pas corroborée par les documents médicaux et elle ne saurait, à elle seule, suffire à fonder une décision de réduction, respectivement de refus de rente. En effet, les rapports des médecins de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, qui ont constamment suivi l'assuré, ne permettent quant à eux guère de tirer une quelconque conclusion sur sa capacité de travail. D'autre part, le rapport de stage du CIS doit être envisagé avec précaution: outre le fait qu'il ne constitue pas un document médical (cf. supra consid. 3c in fine), il ne justifie pas vraiment le taux retenu, qui semble plus tenir d'une projection théorique que d'une réelle évaluation. On ajoutera enfin que le recourant n'a effectué qu'une partie

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 (moins de la moitié) du stage (fracture de la clavicule), ce qui relativise également la portée de ce rapport. Il en va de même s'agissant de la période ultérieure. Dans le courant de l'année 2013, la problématique psychiatrique, jusqu'alors discrète, a commencé à se manifester de manière plus prégnante, mais toujours en arrière-plan par rapport à la composante somatique. Un nouveau stage a été mis en place au CIS, de mai à août 2013, au terme duquel il a été retenu qu'une activité à plein temps, avec un rendement de 80%, pouvait être envisagée à terme dans une activité adaptée. En septembre 2013, le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA, basé notamment sur l'examen de l'assuré, préconise toutefois un séjour à C.\_\_\_\_\_, ce que la Dresse E.\_\_\_\_\_ appelait aussi de ses vœux. Un séjour a ainsi été organisé au début 2014 au sein de C.\_\_\_\_\_ par l'assurance-accidents, au terme duquel les spécialistes consultés ont rendu un rapport circonstancié. Quelques mois plus tard, le généraliste SMR retient qu'une activité à plein temps, avec un rendement de 80%, est exigible à terme de la part du recourant, moyennant certaines limitations fonctionnelles liées à la problématique mono-manuelle. De nombreux éléments incitent toutefois à en relativiser les conclusions. Le médecin SMR s'est appuyé sur quatre rapports médicaux: deux provenant des médecins de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, et deux autres établis par la psychiatre traitante. Or, aucun de ces rapports ne prévoit une telle exigibilité: dans son rapport du 11 décembre 2013, la Dresse E.\_\_\_\_\_ recommande l'introduction d'un suivi psychothérapeutique en portugais alors que, dans celui du 4 avril 2014, elle atteste certes d'une capacité de travail, mais dans l'unique but de permettre au recourant de débiter une mesure de réintégration professionnelle de l'AI ("Wir melden den Patienten noch einmal in den Schmerzdienst an, um die Schmerztherapie zu verbessern. Es sind noch Vorderarmregenerationsnervenschmerzen, welche ihn nun am meisten plagen. Gleichzeitig

möchte A. \_\_\_\_\_ über die IV mit einer beruflichen Reintegration beginnen. Es wird heute ein Zeugnis ausgestellt, dass er dies ab sofort mit einer geeigneten Arbeit anfangen kann"); le rapport de la psychiatre traitante du 20 août 2013 émet effectivement un pronostic plutôt bon, mais celle-ci estime néanmoins "qu'une reprise adaptée à 50% pourrait lui être convenable"; enfin, le rapport du 27 août 2014 atteste à la fois d'une évolution médiocre depuis 2013, avec chronification de la symptomatologie dépressive, et d'une diminution de rendement d'au moins 50% dans une activité à plein temps. Force est donc de constater que la position du médecin SMR, sur lequel s'est manifestement fondé l'OAI pour rendre la décision querellée, n'est pas convaincante dès lors qu'elle découle d'une lecture incomplète du dossier médical. Elle l'est d'autant moins que ledit médecin est un spécialiste en médecine générale et que son avis, faiblement motivé et rendu sans qu'il n'ait lui-même examiné l'assuré, ne présente à l'évidence pas les caractéristiques d'une expertise (cf. supra consid. 3c). On relèvera en outre qu'il ne tient pas compte, dans son appréciation, de la composante psychiatrique, alors que celle-ci influence manifestement le tableau clinique. Dans ce contexte, le rapport rendu en septembre 2013 par le Dr I. \_\_\_\_\_ est autrement plus convaincant, dès lors qu'il se fonde sur une analyse du dossier et un examen clinique du recourant. Toutefois, bien qu'il se prononce sur la question de la capacité de travail ("Dans toute autre activité professionnelle adaptée, tenant compte des limitations liées avec la problématique du MSG, l'assuré pourrait théoriquement retravailler à 100% avec un rendement attendu de 100%"), il recommande tout d'abord un séjour à C. \_\_\_\_\_, notamment pour "faire une évaluation des capacités fonctionnelles résiduelles et débiter la problématique de réorientation professionnelle". On note également qu'il s'agit du médecin de l'assureur-accidents, lequel ne se

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 prononce en principe que sur les suites liées à l'accident et non sur des séquelles psychiques. Force est donc de constater que son évaluation de la capacité de travail semble plutôt spéculative. Cela est confirmé par le fait que le rapport établi au terme du séjour que l'assuré a effectué à C. \_\_\_\_\_, qui se fonde sur un examen extensif de l'assuré sur plusieurs semaines, présente le défaut, rédhibitoire, de ne pas se prononcer sur la capacité de travail du recourant et de se limiter à recommander qu'un nouveau stage soit mis sur pied dans le but de trouver une activité adaptée au handicap de ce dernier. En tout état de cause, le fait qu'un tel séjour ait été organisé au début 2014 confirme implicitement que le dossier ne permettait alors pas encore de statuer concrètement sur la capacité de travail. On notera encore que, curieusement, le médecin SMR ne fait aucune allusion à ces rapports, alors qu'ils figurent au dossier de l'OAI. Il appert qu'il s'est fondé avant tout sur le résultat du second stage auprès du CIS, établi plus d'une année auparavant, lequel ne constitue pas, comme rappelé plus haut, un fondement suffisamment probant pour juger de la capacité de travail d'un assuré. D'ailleurs, le rendement constaté lors du stage ("A. \_\_\_\_\_ a effectué des activités basées sur des exercices types ainsi que des travaux de production comportant des gestes répétitifs. Au final, on peut déterminer un rendement moyen de 66%") est largement inférieur à celui retenu dans l'évaluation finale, ce qui tend à confirmer le caractère aléatoire de l'évaluation de la capacité de travail qui y figure. Il est également fait mention d'importantes difficultés de compréhension du français, qui ralentissent également le rythme de travail, et qui peuvent éventuellement être mises en rapport avec les difficultés cognitives mises en évidence lors de l'examen neuropsychologique à C. \_\_\_\_\_. Pour toutes ces raisons, il convient de retenir que le dossier est insuffisamment instruit au plan médical, la capacité de travail du recourant n'étant pas établie à satisfaction. En l'absence d'informations médicales

concordantes et probantes, il n'appartient pas à la Cour de céans de palier l'instruction insuffisante du dossier. Compte tenu notamment de la complexité de la problématique du membre supérieur, qui plus est combinée à des difficultés psychiques, de l'âge du recourant et de l'absence de rapport médical probant s'exprimant clairement sur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée, à charge pour celle-ci de mettre sur pied une expertise, qui semble être le moyen le plus approprié pour évaluer en détail la situation de recourant et qui se prononcera d'une manière détaillée sur toute la période depuis l'annonce à l'assurance. Le mandat d'expertise comprendra à tout le moins un volet somatique (orthopédie et/ou chirurgie) et psychiatrique, ainsi que, éventuellement, neurologique, vu l'atteinte initiale. Vu l'issue du litige, la question de l'octroi éventuel d'un abattement sur le salaire statistique peut rester ouverte.

#### **E. 4**

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. L'avance du même montant est remboursée au recourant. Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par Procap, a droit à des dépens pour ses frais de défense. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est admis Partant, la décision du 7 octobre 2015 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de

l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée au recourant. IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. V. 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 30 novembre 2016/hca/mba  
Président Greffier-rapporteur

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