

FR_GERICHTE 608 2017 228 vom 30. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_228

FR: FR_GERICHTE 608 2017 228 du 30 juillet 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 228 del 30 luglio 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2017 228 Arrêt du 30 juillet 2018 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Marc Boivin, Marc Sugnaux Greffier-rapporteur: Philippe Tena Parties A. _____, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité; rente temporaire Recours du 11 octobre 2017 contre la décision du 24 août 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 14 considérant en fait A. A. _____, né en 1957, domicilié à B. _____, veuf et père d'un enfant majeur, titulaire d'un CFC de menuisier, exerçait la profession apprise au sein de la même menuiserie depuis la fin de son apprentissage. Il était, par le biais de son employeur, assuré auprès de C. _____ contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. B. Le 24 décembre 2010, alors que l'assuré promenait son chien, il a glissé et est tombé sur la hanche et l'épaule gauche. Une incapacité de travail totale ou partielle est, depuis, médicalement attestée (ci-après: dossier C. _____1). En outre, le 7 juin 2011, il a trébuché en portant des panneaux et a chuté, se recevant sur l'épaule droite. Cet événement a conduit au prononcé d'une nouvelle incapacité de travail, médicalement attestée (ci-après: dossier C. _____2). Ces deux cas ont été pris en charge par l'assurance-accidents. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assuré a bénéficié d'un séjour au sein de D. _____ du 18 juin au 23 août 2013. En outre, son cas a été soumis à plusieurs reprises aux médecins d'arrondissement de C. _____, en dernier lieu la Dresse E. _____, spécialiste en neurochirurgie. Dans ses rapports du 17 août et du 9 septembre 2016, celle-ci conclut à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. C. Après avoir annoncé la cessation au 31 décembre 2016 de la prise en charge des soins médicaux et du versement de l'indemnité journalière, par décision du 16 décembre 2016, C. _____ lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 20% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. L'assuré a déposé une opposition à cette décision, produisant notamment un rapport d'expertise privée daté du 22 juin 2017 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Le médecin conclut à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par décision sur opposition du 12 janvier 2018, C. _____ a confirmé sa décision. Celle-ci a été contestée devant le Tribunal cantonal dans le cadre de la procédure 605 2018 29. D. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 13 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir d'une

déchirure du tendon de l'épaule gauche. Du 9 décembre 2013 au 16 mars 2014, il a bénéficié d'un stage d'évaluation professionnelle auprès de G._____. Ce stage a, cependant, été interrompu le 9 février 2014, l'assuré se plaignant de douleurs aux épaules. Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Après avoir pris connaissance des conclusions de la Dresse E._____, par projet du 17 mars 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1er février 2012 au 31 août 2016, celle-ci étant supprimée depuis le 1er septembre 2016 sur la base d'un degré d'invalidité évalué à 14%. Par décision datée du 24 août 2017 mais notifiée le 26 septembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 11 octobre 2017, concluant, avec suite et dépens, à l'octroi d'une rente entière. A l'appui de son recours, il soutient que, compte tenu de son âge – 59 ans et 8 mois à la date d'un rapport médical du Service médical régional (ci-après: SMR) –, de son absence prolongée du marché du travail et des limitations fonctionnelles attestées par le Dr F._____ et son médecin traitant, on ne peut pas raisonnablement exiger qu'il exerce une activité adaptée, de sorte qu'on doit lui reconnaître le droit à une rente entière. Dans une motivation subsidiaire, il conteste le montant retenu au titre de revenu d'invalidé, demandant la prise en compte d'une capacité de travail de 50% et d'un abattement supplémentaire de 25%. Le 25 octobre 2017, il s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 15 novembre 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures. Les dossiers constitués par C._____ au nom de l'assuré ont été produits et versés à la présente cause, ce dont les parties ont été informées. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 3.1. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit

d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

3.2. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

3.3. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

3.4. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation.

Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78 ss). 3.5. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêt TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références). Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de diminuer le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. A cet effet, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé à près de 60 ans. Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision attaquée (cf. arrêt TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.(cf. ATF 110 V 273 consid. 4). 4. Selon 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. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde, comme en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3). 4.1. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir

également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 4.2. Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI; ATF 130 V 349 ss consid. 3.5). 5. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 5.1. De manière plus générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées). 5.2. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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). 5.3. En outre, 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). A cet égard, 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). 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 (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 5.4. Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 5.5. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt

TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 6. Est ici litigieux le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, lequel implique en particulier l'appréciation de sa capacité de travail et l'examen des pièces médicales au dossier, étant rappelé qu'il lui a été octroyé une rente entière du 1er février 2012 au 31 août 2016 et que cette rente a été supprimée dès le 1er septembre 2016. 6.1. L'incapacité de travail totale reconnue depuis le 9 février 2011 n'est, en l'occurrence, pas contestée par les parties. Si les suites immédiates de l'accident du 24 décembre 2010 n'ont pas justifié qu'une incapacité de travail soit médicalement attestée, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a déterminé un arrêt de travail à 30% depuis le 9 février 2011 (dossier C._____, 1, Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 pièces 15, 19, 53). Après la survenance du second accident le 7 juin 2011, le recourant a consulté le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a attesté de périodes d'incapacités de travail partielles (dossier C._____, 2, pièces 42, 46, 51) puis totales en raison d'interventions chirurgicales (dossier C._____, 2, pièce 68, 69, 70, 82, 85). Au milieu de l'année, le Dr J._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, médecin d'arrondissement de C._____, et les médecins de D._____ estiment que la situation s'est stabilisée. Si, sur le plan professionnel, ils considèrent que l'assuré ne peut plus reprendre son activité de menuisier, ils pensent qu'il peut encore exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: "maintien des membres supérieurs à l'horizontal sans appui, les travaux au dessus du plan de l'horizontal, port de charge limité à 5-10kg" (dossier C._____, 1, pièces 107, 120 et 125). Cependant, une nouvelle incapacité de travail a été attestée par son médecin traitant depuis le début de l'année 2014, alors que le recourant bénéficiait d'un stage d'évaluation professionnelle auprès de G._____ (dossier C._____, 1, pièces 130 et 139). De nouvelles interventions ont été effectuées par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier C._____, 1, pièces 150, 168, 192, 193, 202, 211, 232, 239, 245 et 259). Après avoir attesté, durant cette période, d'une incapacité de travail totale, l'orthopédiste a évoqué la recherche d'un "travail adapté" dans un rapport du 3 mai 2016 (dossier C._____, 1, pièce 261). Ainsi, l'on peut confirmer l'incapacité de travail totale retenue par l'OAI depuis le 9 février 2011 et jusqu'au 31 mai 2016, et cela quand bien même l'état de santé a évolué durant cette période. 6.2. Reste à examiner si l'état de santé s'est amélioré depuis lors. Dans son rapport du 17 août 2016, le médecin d'arrondissement de C._____, la Dresse E._____, admet que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de menuisier, mais demeure apte à 100%, sans perte de rendement, à exercer une activité adaptée. Celle-ci ne doit pas imposer de port de charges de plus de 3-4kg, de soulever des charges au dessus de l'horizontale ou avec des bras tendus, de mouvements de rotation répétitifs, de travail avec des machines générant des vibrations et d'utilisation d'échafaudages (dossier C._____, 1, pièce 273). Pour sa part, s'il quantifie à 100% la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert privé mandaté par le recourant, le Dr F._____, fait état de limitations fonctionnelles un peu plus étendues. Il mentionne ainsi que le recourant "est capable de porter des charges allant jusqu'à 4 kilos pour autant que le bras reste le long du corps. Ainsi, il serait capable de porter un sac de 4 kilos le bras ballant. [II] est capable de porter de manière exceptionnelle, non répétitive, un poids de 4 kilos à l'aide des deux mains, jusqu'à hauteur des deux épaules. Le poids maximal [qu'il] puisse soulever régulièrement, de manière répétitive, est d'environ 2 kilos à l'aide des deux bras". Le médecin fait également état de limitations en lien avec les activités de bureau, "comme par exemple sur un clavier d'ordinateur", position qui "entraîne un état

douloureux nécessitant d'entrecouper des pauses de récupération". Il estime également que "même sans port de charges, la hauteur des mains pour le travail ne devrait pas excéder régulièrement la hauteur des épaules" (dossier C. _____ 2, pièce 247). Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Tant l'avis de la Dresse E. _____ que du Dr F. _____ se fondent sur les pièces du dossier de C. _____ ainsi qu'un examen du recourant. Les deux médecins possédaient dès lors une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. Par le biais de l'entretien avec l'assuré, ils ont pu prendre en compte ses plaintes et, également, procéder à des examens complets. Tous deux motivent suffisamment – bien que sommairement s'agissant du médecin d'arrondissement – leurs conclusions. 6.3. Certes, au premier abord, les conclusions de l'expert-rhumatologue et de l'expert-orthopédiste ne se rejoignent pas entièrement. On constate, cependant, que les appréciations des deux médecins sont, pour l'essentiel, concordantes. Tous deux admettent que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée pour autant que le port de charge soit limité à 3-4kg, jamais au dessus de l'horizontale ou avec des bras tendus, que le travail n'impose pas de mouvements de rotation répétitifs, des machines générant des vibrations et des échafaudages. Le Dr F. _____ est, pour sa part, plus strict s'agissant du port de charge et restreint les activités de bureau et de position des mains en dessus des épaules. Cela étant, même si l'on se réfère aux limitations légèrement plus sévères retenues par le Dr F. _____, il demeure que le recourant possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée. 6.4. L'examen de l'avis des autres médecins interrogés le confirme. 6.4.1. Le Dr K. _____ a cessé la prise en charge du cas en septembre 2016 (dossier C. _____ 1, pièce 279) ce qui va dans le sens d'une amélioration de l'état de santé de son patient. 6.4.2. Pour sa part, dans son rapport du 11 septembre 2017, le Dr H. _____ fixe la capacité de travail à 50% dans une activité imposant un port répétitifs de charges de 4kg à hauteur des coudes, voire de 0% si le port de telles charges est plus important. Il précise ainsi que "le moindre mouvement d'élévation du bras sur le côté (activation du m. sus-épineux essentiellement) et vers l'avant (m. biceps), même en dessous de l'horizontale et même sans porter la moindre charge, provoque une contraction musculaire immédiate qui, si elle se répète, provoque malheureusement souvent une réactivation des douleurs qui ont existé[es] auparavant sur une période prolongée [...]. Même principe pour les positions prolongées en contraction continue, telle que celle que l'on adopte par exemple pour conduire une voiture, pour taper sur un clavier ou manipuler une souris d'ordinateur" (dossier C. _____ 2, pièce 254). Les limitations retenues par le Dr H. _____ sont, en substance, les mêmes que celles mentionnées par le Dr F. _____. En effet, les deux médecins attestent que le recourant ne peut porter des charges de 4kg que si le bras reste le long du corps et qu'il ne peut pas tenir de position prolongée en contraction continue. Ce n'est que de manière marginale que l'appréciation du médecin traitant s'écarte de celle de l'expert privé, par exemple en relation avec le port de charges de 4kg "en tenant les coudes collés au corps et les paumes des mains dirigées vers le haut". Cette hypothèse n'a pas été examinée par l'expert privé qui s'est contenté de retenir que le recourant ne peut pas porter de telles charges autrement que les bras de long du corps, si ce n'est de manière exceptionnelle. Cependant, il convient de tenir compte du fait que le médecin traitant est généraliste et que l'examen de problématiques d'ordre orthopédique sort, dès lors, de son champ de spécialisation. Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 En outre, en tant que médecin traitant du recourant, on ne peut pas exclure que son avis, soit, à tout le moins partiellement, influencé par le lien thérapeutique qui l'unit à son patient et pourrait le pousser à prendre parti pour lui. Cela justifie de privilégier la thèse défendue par le Dr F. _____. 6.4.3.

Enfin, la Dresse L. _____, spécialiste en chirurgie, de la division médecine des assurances de C. _____, suit expressément les conclusions du Dr F. _____ en ce qui a trait à l'exigibilité du port ponctuel de charges de 4kg le long du corps, au port répétitif de charges inférieures à 2kg pas au dessus de l'horizontal – précisant que cela peut être fait à l'aide d'un ou de deux bras –, à l'absence de possibilité de compenser le manque de force d'un bras par l'utilisation de l'autre bras et à l'impossibilité de prendre des objets dans une armoire ou une étagère haute. La spécialiste conteste l'existence de limitations particulières dans une activité de bureau, pour autant que celle-ci soit aménagée de manière ergonomique – ce qui entraîne un soulagement des épaules – et que les pauses généralement recommandées – soit deux pauses de 15 minutes et une pause de 30 minutes dans la journée de travail – soient suivies. Cette thèse va ainsi entièrement dans le sens de celle défendue par le Dr F. _____, lequel relève la nécessité "d'entre couper des pauses de récupération".

6.5. Partant, la Cour retient que le recourant ne peut plus travailler en tant que menuisier mais est en mesure d'exercer, à temps plein et sans perte de rendement, une activité adaptée. Pour être adaptée, cette activité doit limiter le port répétitif de charges à 3-4kg les bras le long du corps, 2kg jusqu'à hauteur d'épaules et jamais au dessus de l'horizontale ou avec des bras tendus. Elle doit également éviter les mouvements de rotation répétitifs, le travail avec des machines générant des vibrations ainsi que l'utilisation d'échafaudages. En cas de travail à l'ordinateur, une place de travail ergonomique est nécessaire.

7. Est ensuite litigieuse la question de savoir si le recourant est concrètement en mesure de tirer profit de sa capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue dans toute activité. Le recourant est, au moins, âgé de près de 59 ans et six mois au moment de la fixation de l'exigibilité médicale, soit lors de l'examen par la Dresse E. _____.

7.1. Or, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. On le rappelle, la notion du marché équilibré du travail implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14

7.2. En l'occurrence, suite aux objections du recourant – lesquelles contestaient que l'exercice d'une activité adaptée soit exigible – l'OAI a examiné si il était en mesure de retrouver seul un emploi sur un marché équilibré du travail. L'Office a d'abord retenu que "l'assuré a travaillé durant une longue période pour le même employeur, mais il faut souligner qu'il ressort de son compte individuel que l'entreprise qui l'employait a subi diverses modifications de raisons sociales au fil des années [...] et qu'on peut en déduire que l'assuré a dû faire preuve d'adaptabilité durant ces phases de changement". Il a aussi indiqué que "l'assuré faisait des travaux de placage, de courbage et d'affleurage pour les meubles de salle de bains", ce qui démontre qu'il était "polyvalent auprès de son ancien employeur". Enfin, il a relevé que, "ayant toujours travaillé dans des travaux manuels, [son] expérience et fidélité envers [son] ancien employeur serait un atout auprès d'un futur employeur dans l'industrie légère". A ses yeux, le recourant est dès lors en mesure de retrouver un emploi. Si l'on peut douter de la pertinence du premier argument relatif aux changements de raisons sociales de l'employeur comme preuve d'adaptabilité, il ressort effectivement du dossier que le recourant exerçait de nombreuses tâches différentes auprès de son ancien employeur (dossier OAI, p. 52). Il est aussi possible que son expérience et sa

fidélité puissent être perçues comme un atout pour un éventuel nouvel employeur sur le marché équilibré du travail. Dans un marché de l'emploi théorique et abstrait, il est admissible de considérer que le recourant soit en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. La décision litigieuse résiste dès lors à la critique sur ce point. 8. Compte tenu de l'existence d'une capacité de travail résiduelle, il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus de valide et d'invalides en vue de déterminer le degré d'invalidité. 8.1. Dans la décision litigieuse, l'OAI a retenu que l'assuré réaliserait, à une année non spécifiée, un revenu de CHF 75'270.-, montant qu'il aurait indexé de 0.80% pour atteindre CHF 77'377.55. Cependant, il apparaît qu'il a été procédé à une indexation supérieure à 0.80. Cela étant, le montant de CHF 75'270.- correspond au salaire que le recourant avait obtenu en 2011 (dossier OAI, p. 52). Il apparaît ainsi que l'indice d'indexation de 0.80% est insuffisant. Il convient, au contraire, de tenir compte d'un taux cumulé de 3.65%. Cela correspond à un montant de CHF 78'019.85 pour l'année 2017. 8.2. Sans faire une référence explicite aux limitations fonctionnelles retenues, l'OAI a considéré que le recourant était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée dans l'industrie légère telle que la surveillance des machines, le contrôle qualité ou le conditionnement léger. Il s'est référé au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après: ESS). Cela résiste à la critique. En effet, dès lors que cette enquête comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). En outre, le choix du niveau de compétence 1 permet de Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 tenir compte du fait que l'assuré ne possède pas d'expérience dans ce domaine. En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de compétences et, en principe, le niveau 1 vise les tâches physiques ou manuelles simples au sens de la classification internationale du type des professions, soit des tâches adaptées aux limitations fonctionnelles ici reconnues. L'autorité intimée s'est référée à un montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (taux cumulé de 1.31%, soit CHF 64'576.10, cf. statistique OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 67'320.60, cf. statistique OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon les sections économiques et les cantons). En l'occurrence, l'OAI n'a pris en compte aucun abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial. Certes, on ne peut pas perdre de vue que l'assuré est âgé de près de 60 ans au moment de la fixation de l'exigibilité médicale (plus que 60 ans à la date de la décision) et qu'il souffre de nombreuses limitations fonctionnelles, susceptibles de restreindre sa disponibilité et constituer un désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail. Dans ces circonstances, il est vraisemblable que seules des concessions salariales pourraient lui permettre d'être compétitif sur le marché du travail, concessions qu'il conviendrait de prendre en compte par le biais d'une réduction du salaire statistique. Cependant, même un abattement maximal de 25% – taux qu'il n'y aurait, au vu des circonstances, manifestement pas à retenir – ne modifierait pas le droit à la rente. Un tel abattement n'est dès lors pas pris en compte. Partant, il est tenu compte d'un revenu d'invalides CHF 67'320.60. 8.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 78'019.85) et d'invalides (CHF 67'320.60) que le recourant subit une perte de gain de CHF

10'699.25. Cela équivaut à un degré d'invalidité de 13.71%, soit 14% (cf. ATF 130 V 121). Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Enfin, quand bien même l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation faite dans le cadre de l'assurance-invalidité, même s'il s'agit d'un pur cas commun, il sied néanmoins de souligner que le taux d'invalidité retenu dans la procédure contre C._____ (605 18 29) se monte à 20%, bien qu'établis sur la base d'une estimation et des chiffres différents. 9. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 30 juillet 2018/pte Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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