

FR_GERICHTE 608 2019 230 vom 13. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_230

FR: FR_GERICHTE 608 2019 230 du 13 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 230 del 13 maggio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 28

février 2018. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir qu'il est incapable de travailler même dans une activité adaptée et souligne que l'assurance-accidents continue à lui verser des prestations d'indemnités journalières. Il relève qu'en raison de ses connaissances linguistiques inexistantes et de son statut d'étranger, il lui est impossible de prétendre à un salaire d'invalidé tel que pris en compte par l'OAI dans son calcul pour fixer le degré d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 D. Dans ses observations du 11 octobre 2019, l'OAI renvoie au dossier constitué et conclut au rejet du recours. E. Appelée en cause en sa qualité d'institution de prévoyance intéressée, D._____ indique renoncer à prendre position dans son courrier du 6 février 2020. F. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable sur son principe. 2. 2.1. 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 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 LAI). 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 non 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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). 2.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351). Il y a en outre 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). 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), 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 LPG) 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 2.3. 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. 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). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27

décembre 2005 consid. 2.3). 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). 3. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant a entraîné d'abord une période d'incapacité totale de travail puis s'est amélioré au point de justifier qu'il soit mis fin à son droit aux prestations AI. Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient durant la période de l'octroi de la rente avec ceux existant au 8 novembre 2017. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé du recourant, après avoir justifié une rente entière, s'est ou non amélioré à la seconde date au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain, ce qui est contesté par le recourant. Il convient tout d'abord de se référer au dossier médical. 3.1. En ce qui concerne la période comprise entre le 1er mai 2016 – début du droit à la rente – et le 8 novembre 2017, la Cour de cassation retient ce qui suit. Avec sa demande de prestations, l'assuré a produit des attestations d'incapacité de travail établies par son médecin orthopédiste traitant, soit à 100% entre le 1er mai 2015 et le 4 avril 2016, à 50% entre le 5 avril 2016 et le 10 mai 2016 et à 100% entre le 11 mai 2016 et le 4 novembre 2016 (cf. certificats du Dr E. _____, spécialisé en chirurgie orthopédique, doss. OAI p. 16 à 35). Dans son rapport médical sur formulaire du 9 décembre 2016 (doss. OAI p. 59), ce praticien atteste que le patient présente une fracture du fémur distal du genou droit opéré à deux reprises, une AMO du fémur droit et arthroscopie du genou droit avec méniscectomie externe partielle, une fracture luxation de la cheville gauche opérée à B. _____ avec ostéosynthèse, ainsi qu'une arthrose post-traumatique de la cheville gauche ayant bénéficié d'une arthrodèse. Il indique la nature des interventions opératoires auxquelles il a procédé et émet un pronostic réservé en attestant d'une incapacité de travail totale (cf. ég. rapports du 24 mars 2016 [doss. OAI p. 101], du 23 mai 2016 [doss. OAI p. 178], du 27 juillet 2016 [doss. OAI p. 92], du 28 octobre 2016 [doss. OAI p. 89]; rapport opératoire du 21 septembre 2016, doss. OAI p. 136 et 166). Il ressort d'un entretien avec l'assuré du 19 février 2017 que celui-ci affirme ne plus avoir de problème au membre inférieur droit en lien avec la chute du 25 mars 2015, mais relève qu'il se déplace toujours avec des cannes en raison de son atteinte au pied gauche et qu'il souffre toujours de douleurs (doss. OAI p. 113). En effet, le 22 février 2017, le Dr E. _____ atteste de la persistance d'importantes douleurs de type mécanique (suspicion d'une pseudarthrose) et nie la possibilité de reprendre une activité lucrative (doss. OAI p. 165). Une nouvelle intervention à la cheville gauche a eu lieu le 22 mars 2017 sous forme d'une AMO et arthrodèse avec greffe osseuse tibio-astragalienne gauche (doss. OAI p. 207).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Le Dr F. _____, spécialisé en chirurgie orthopédique, à qui le dossier a été soumis par l'assurance-accidents, a pronostiqué une phase d'incapacité de travail de deux à trois mois après l'intervention du 22 mars 2017 (doss. OAI p. 163). Le 1er mai 2017, l'orthopédiste traitant atteste – sur formule officielle – que les suites opératoires sont relativement simples avec actuellement une réduction des douleurs. Il indique qu'à deux mois d'une intervention, toute reprise d'activité professionnelle est en revanche toujours inconcevable (doss. OAI p. 195; cf. ég. rapport du 31 juillet 2017, doss. OAI p. 250). Le 6 septembre 2017, ce médecin atteste toujours d'une incapacité totale de travail en raison des douleurs et fait remarquer que l'évolution est lente après l'intervention du 22 mars 2017. Il ajoute que le pronostic est bon et que le patient a perdu du poids (doss. OAI p. 205). Le 5 octobre 2017, ce praticien confirme une bonne évolution, mais atteste

toujours d'une incapacité totale de travail (doss. OAI p. 247). Il n'est donc pas contesté que – excepté pour une courte période d'un mois en avril 2016 – aucun médecin n'atteste d'une capacité de travail, même dans une activité adaptée, jusqu'au mois de novembre 2017. La Cour de céans ne voit pas de raison de se distancier de cette appréciation. 3.2. Reste à savoir si, à partir du 8 novembre 2017, l'assuré peut à nouveau travailler dans une activité adaptée telle que préconisée par l'OAI. 3.2.1. Comme mentionné ci-dessus, le recourant a subi une dernière intervention à la cheville gauche le 22 mars 2017 en raison de douleurs persistantes. Il sied dès lors d'examiner plus précisément l'évolution des suites de cette intervention. Dans son rapport intermédiaire du 1er mai 2017 (doss. OAI p. 195), l'orthopédiste traitant signale un état stationnaire et mentionne que les suites opératoires sont simples. Il constate une diminution des douleurs. Il indique que les soins sont en cours et la rééducation poursuivie. Il relève que l'effet sur l'activité exercée jusqu'ici consiste en des douleurs et que celle-ci n'est plus exigible. Il ajoute qu'une autre activité n'est pas possible à deux mois d'une reprise opératoire. Il constate une bonne motivation pour la reprise d'un travail. Sur la feuille annexe, il atteste la présence de nombreuses limitations fonctionnelles. Selon son rapport du 31 juillet 2017 (doss. OAI p. 250), l'évolution est lentement favorable à quatre mois de la reprise chirurgicale. Le patient marche avec une paire de cannes sur une durée de 15 minutes. Il atteste une amélioration, mais indique qu'il est trop tôt pour se prononcer sur la reprise d'une éventuelle activité lucrative. Dans son rapport du 6 septembre 2017 (doss. OAI p. 205), il signale que l'état s'est légèrement amélioré depuis le mois de juin 2017 suite à une perte de poids de 10 kg. L'évolution est très longuement favorable. Le traitement est poursuivi, le pronostic est bon. Il est trop tôt selon ce praticien pour se prononcer sur l'effet de l'atteinte sur l'activité exercée habituellement. L'effet de l'atteinte consiste en des douleurs. Les restrictions énumérées ne peuvent pas être réduites: "Nous sommes actuellement en postopératoire, certes à 6 mois. Cependant, douleurs". Dans son rapport adressé à G. _____ le 5 octobre 2017 (doss. OAI p. 248), le médecin confirme que son patient va mieux après la reprise d'arthrodèse, que la cicatrice et le tendon d'Achille sont en ordre, qu'il n'y a pas de mobilité au niveau de l'articulation tibio-astragalienne et que l'évolution est bonne. Le patient peut marcher, avec cannes aussi sur une durée de

E. 30

minutes. Le patient, obèse, a perdu 20 kg.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Le médecin-conseil de l'assureur-accidents, le Dr H. _____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate en date du 8 novembre 2017 que, selon les indications du chirurgien orthopédiste traitant, l'état final est atteint maintenant. Il affirme qu'une activité mixte, "partiellement assis[e] et debout et en marchant plusieurs fois jusqu'à 50 m", est adaptée. Il mentionne que l'assuré peut soulever des charges jusqu'à 20 kg si cela doit rarement être fait, mais qu'il peut le faire régulièrement jusqu'à 10 kg. Il ajoute qu'il y a lieu d'éviter d'emprunter régulièrement des escaliers et des échelles ainsi que de marcher sur un terrain irrégulier. Ce médecin confirme l'exigibilité d'une activité toute la journée à 100% de présence, cela à partir de maintenant (doss. OAI p. 300). Le 28 janvier 2018, l'orthopédiste traitant – sur formule officielle (doss. OAI p. 292) – indique que l'état est stationnaire, que le patient va déjà "au mieux" et qu'il marche avec une paire de cannes sur un périmètre de 20 minutes. La perte de poids est confirmée. Le médecin affirme que la cicatrice et le tendon d'Achille sont toujours en ordre et qu'il n'y a pas de mobilité au niveau de l'articulation tibio-astragalienne.

Il souligne que toutes les activités nécessitant une station érigée, sans port de charge, sont proscrites. Il signale que les douleurs se manifestent dans le cadre du travail habituel. L'activité de pâtissier ne peut plus être imposée. Il ne répond pas à la question 8 concernant l'exigibilité de l'exercice d'une autre activité adaptée et n'indique pas de restrictions, respectivement pas de mesures; la feuille relative aux restrictions n'est pas remplie. Par la suite, le dossier a été soumis au SMR; le Dr I. _____, spécialisé en anesthésiologie, s'est prononcé le 10 avril 2018 pour se rallier aux appréciations du médecin de l'assurance-accidents qu'il a jugé convaincantes (doss. OAI p. 314). Dans le cadre des objections au projet de décision du 30 mai 2018, le médecin orthopédiste traitant, sur demande de la mandataire de l'assuré, atteste – en faisant également référence aux problèmes au genou droit – que l'activité habituelle exercée (selon ce médecin, tourneur) n'est pas compatible avec les problèmes de santé de l'assuré. Le certificat est muet sur l'existence d'éventuelles limitations fonctionnelles autres que celles retenues dans le projet de décision (cf. certificat du 13 juillet 2018, doss. OAI p. 348). Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR pour qu'il puisse prendre position sur cette pièce et notamment préciser si les problèmes au membre inférieur droit ont une influence sur les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée telle que préconisée dans le projet de décision du 30 mai 2018. Le SMR confirme que tel n'est pas le cas (doss. OAI p. 351).

3.2.2. Sur la base de ce qui précède, la Cour de céans constate que le recourant est entravé dans l'exercice de son activité habituelle, celle-ci exigeant une position "debout" prolongée, laquelle est proscrite. Force est de constater qu'en raison d'une évolution lente après les interventions à la cheville gauche, d'abord en août 2015 à B. _____ et, par la suite, le 21 septembre 2016 et le 22 mars 2017 en Suisse, l'état de santé de l'assuré pouvait justifier une incapacité totale dans toute autre activité, comme déjà constaté au considérant précédent. Il n'en demeure pas moins que le médecin orthopédiste traitant confirme, suite à la troisième intervention du 22 mars 2017, une amélioration continue de l'état de santé et, à partir de l'automne 2017, une stabilisation de celui-ci. Dans son appréciation du 28 janvier 2018, il est par ailleurs explicite dans l'affirmation selon laquelle seule une activité en station debout est inadaptée,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 ce qu'il confirme indirectement encore une fois dans sa prise de position du 13 juillet 2018, dans laquelle il se prononce uniquement par rapport à une activité lourde de tourneur. Il ne ressort pas non plus du contenu des examens effectués auprès de J. _____ le 7 avril 2017 (doss. OAI p. 254), le 12 juin 2017 (doss. OAI p. 209) et le 2 octobre 2017 (doss. OAI p. 247) – qui attestent d'une évolution régulière suite à l'opération du 22 mars 2017 – que l'appréciation de ce qu'est une activité adaptée n'est pas défendable. Dans ce sens, le médecin traitant orthopédiste est parfaitement aligné sur la prise de position du médecin de l'assurance-accidents – confirmée par le médecin du SMR – qui a décrit le profil de l'activité adaptée consistant en une activité majoritairement assise, sans port de charges lourdes. Si le recourant renvoie au fait qu'il a des douleurs, il perd de vue qu'une telle activité a précisément pour effet de ménager les membres inférieurs et qu'elle n'a pas d'effet négatif. En proscrivant des postures debout avec port de charges, l'orthopédiste rejoint également cet avis. En effet, il indique précisément que les douleurs se manifestent à l'occasion de l'exercice de l'activité habituelle, qui implique la position debout. A cela s'ajoute que le certificat de l'orthopédiste à l'intention de la mandataire du recourant – qui se réfère aux problèmes au genou droit – ne change rien à ce constat, dès lors que, comme le relève à juste titre le médecin du SMR, ce praticien ne se prononce que par rapport à l'activité habituelle et ne mentionne pas pour quelle raison il estime qu'aucune activité, même majoritairement assise et légère – ménageant ainsi les membres inférieurs –,

ne serait pas exigible d'un point de vue médical. Il ne fait pas non plus valoir que les problèmes au genou augmentent les limitations fonctionnelles déjà retenues. La Cour de céans peut sur ce point également renvoyer aux dires de l'assuré qui a confirmé, le 19 janvier 2017, ne pas souffrir de son genou droit. Dans ce contexte, on ne voit pas comment cette atteinte – même si elle évolue vers une gonarthrose – limite davantage encore l'assuré. L'activité considérée, adaptée à son handicap, est ainsi également compatible avec d'éventuelles gênes en lien avec le genou droit. Par conséquent, on ne saurait suivre l'argumentaire développé par le recourant dans son mémoire, tendant à démontrer que la contre-indication à la reprise de tout travail – même adapté – réside dans son atteinte au genou droit. Il n'y a pas non plus lieu de s'écarter de ces avis médicaux au motif que l'assureur-accidents poursuit le versement de prestations, l'OAI n'étant pas lié par la poursuite du versement des indemnités journalières de l'assureur-accidents. La Cour de céans retient ainsi qu'une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles retenues par l'OAI est exigible à partir du 8 novembre 2017. 4. 4.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer. Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5%. En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidé en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). 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'invalidé 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). 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'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 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 (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). Dans la comparaison des revenus, il faut en outre tenir compte du fait que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 consid. 6.2). 4.2. En l'occurrence, pour déterminer le revenu sans atteinte à la santé, l'OAI s'est fondé sur un salaire en 2017 de CHF 56'668.55 (CHF 46'710.- en 2014 pour une durée de 10 mois selon l'extrait du compte individuel / 10 x 12 [pour une durée de 12 mois]). Il a comparé ce revenu à celui ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (tableau TA 1, tirage_skill_level, total des salaires, niveau 1, hommes), selon laquelle le salaire mensuel brut est de CHF 5'312.- pour ce genre d'activités. L'autorité a adapté ce montant à la durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures et pris en considération un revenu mensuel de CHF 5'537.75, soit CHF 66'453.- par année (CHF 5'537.75 x 12). L'OAI a procédé à une indexation de 1.1% selon l'indice des salaires nominaux de la branche, pour parvenir à un revenu annuel de CHF 67'184.- réduit de 3.89% au titre du parallélisme (8.89% - 5%), soit CHF 64'977.60. Sur le principe, le recourant ne conteste pas ces chiffres, mais il est d'avis qu'il ne lui est pas possible de prétendre à un salaire d'invalidé aussi élevé, cela en raison de son inexpérience,

de sa méconnaissance de la langue et de son statut d'étranger notamment. Il est manifeste – sans refaire le détail du calcul de l'autorité – que, dans les conditions de l'espèce, le recourant ne subit pas de perte de gain. Celle-ci n'atteindrait pas le seuil minimal de 40%, même en faisant application de la déduction maximale au titre de désavantage salarial, ce qui ne se justifie en aucun cas pour le recourant et ce d'autant moins si on adapte les salaires au titre du parallélisme. Dans ces conditions, la Cour de céans peut se contenter de rappeler d'une manière générale que si on applique les règles du parallélisme, on ne saurait prendre une seconde fois en considération les mêmes facteurs au titre de l'abattement (cf. ATF 135 V 297 consid. 6.2). Par ailleurs, le salaire statistique du niveau de qualification 1 comprend déjà de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles (cf. arrêt TF 9C_1043/2012 du 8 mai 2013 consid. 3.2.1 et les références citées). De plus, dans le secteur privé, plus le profil exigé est bas, moins les années de services sont prises en compte, de sorte qu'il sera possible pour le recourant, qui est relativement jeune, d'atteindre le revenu statistique, même si ses compétences linguistiques sont faibles. L'on aboutirait au même résultat si l'on comparait deux salaires statistiques, tant du côté du revenu de valide que de celui d'invalidé. Si, par hypothèse, on devait prendre en considération que le recourant a été licencié pour des motifs économiques (cf. lettre de résiliation du 28 avril 2016, doss. OAI p. 1), la base des deux salaires serait – pour le revenu de valide – de CHF 4'816.- dans

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la branche 10-11 (industries alimentaires, fabrication de boissons; niveau de compétence 1) et – pour le revenu d'invalidé – de CHF 5'312.-, toutes activités confondues. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a accordé au recourant une rente limitée dans le temps cessant à fin février 2018, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Partant, mal fondé, le recours doit être rejeté en tous points et la décision attaquée confirmée. 5. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Pour le même motif, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance de frais du même montant. 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 13 mai 2020/jfr/vth Le Président : La Greffière-rapporteure :

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