

# FR\_GERICHTE 608 2024 163 vom 14. Mai 2025

FR Kantonsgericht, 2025-05-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2024\\_163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_163)

FR: FR\_GERICHTE 608 2024 163 du 14 mai 2025

IT: FR\_GERICHTE 608 2024 163 del 14 maggio 2025

## 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 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 [www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc) — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2024 163 Arrêt du 14 mai 2025 IIe Cour des assurances sociales Composition Présidente : Daniela Kiener Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud Greffier-rapporteur : David Jodry Parties A. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par le Syndicat Unia Vaud contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – rente limitée dans le temps Recours du 8 décembre 2024 contre la décision du 7 novembre 2024 Tribunal cantonal TC Page 2 de 11 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, est né en 1975. Il est le père de trois enfants, tous mineurs, qu'il a eus avec sa concubine, dont il est séparé; il a la garde des trois enfants. Il n'a pas de formation, mais a exercé le métier de jardinier et maçon, ce dernier ultimement à 100%, en qualité de manœuvre de chantier/maçon. B. Le 15 mars 2023, dans le cadre de la détection précoce, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI). Il y indiquait être en incapacité de travail totale depuis le 8 septembre 2022, et être au bénéfice d'indemnités journalières maladie. Il n'indiquait pas la nature de son atteinte à la santé, mais il ressort du dossier qu'elle était ostéoarticulaire. Le 19 mars 2024, l'OAI lui a communiqué la clôture de la phase d'intervention précoce. Le droit de l'assuré aux indemnités journalières maladie a été épuisé le 6 septembre 2024; le 11 du même mois, son contrat de travail a été résilié pour le 31 décembre 2024. Par décision du 7 novembre 2024, faisant suite à son projet du 26 août de la même année, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière (100% d'invalidité) du 1er septembre au 31 décembre 2023. Dès le 1er janvier 2024, le taux d'invalidité était de 13.81%, n'ouvrant plus le droit à une rente. Il n'était pas octroyé de reconversion professionnelle. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par le Syndicat Unia Vaud, recourt auprès du Tribunal cantonal, le 8 décembre 2024. Il conclut, principalement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants; "alternativement", à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour compléter l'instruction ainsi qu'à la réformation de la décision, une rente entière lui étant reconnue. Il remet en cause la valeur du document sur lequel s'est fondé l'OAI, l'estimant être non une expertise mais un simple rapport médical, incomplet et à la valeur probante insuffisante. Il considère en outre que l'instruction de la cause est lacunaire, ce qui rend nécessaire la mise en œuvre d'une expertise indépendante pour compléter l'instruction si l'OAI, après avoir rassemblé toute la documentation médicale disponible à ce jour, n'est pas en mesure d'établir la capacité de travail résiduelle. Le recourant verse l'avance de frais de CHF 800.- requise

dans le délai imparti. Dans ses observations du 28 janvier 2025, l'OAI se réfère à la motivation de sa décision et au dossier pour conclure au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Le 22 avril 2025, l'assureur LPP appelé en cause indique ne pas souhaiter s'exprimer sur l'objet du litige. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments, invoquées par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige. Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 en droit 1. 1.1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 1.2. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). 1.3. Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022, singulièrement le système des rentes linéaires, sont applicables ici. Le droit à la rente a en effet été reconnu au recourant après le 31 décembre 2021. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. 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 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). Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 2.3. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en

mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. 2.4. L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). 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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). 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). 2.5. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est

atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. 2.6. Le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3.1; 125 V 413 consid. 2d et les références). A teneur de l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur actuelle, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). 3. Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assuré à des prestations AI au-delà du 31 décembre 2023, date à laquelle la rente entière allouée depuis le 1er septembre de la même année a pris fin. Quand bien même la période durant laquelle la rente a été octroyée n'est pas contestée, il appartient à l'autorité de céans de vérifier si l'état de santé de l'assuré justifiait bien l'incapacité de travail entière retenue, puis si le taux d'invalidité s'est modifié d'au moins 5%, et si le nouveau taux signifiait effectivement la fin du droit à la rente. 3.1 Pour déterminer la capacité de travail, l'OAI a pu notamment se fonder sur deux expertises mises en œuvre par l'assureur perte de gain maladie de l'employeur de l'assuré. A cet égard, on rappellera que ce n'est pas la provenance d'une pièce médicale qui importe, mais son contenu, dont le juge apprécie librement la force probante. En l'espèce, chaque expert a mentionné les pièces dont il disposait. Il a fait état de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assuré et des observations cliniques réalisées. Il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. L'expert a livré ses constatations objectives obtenues lorsqu'il a examiné personnellement l'assuré et observé son comportement. Il a analysé en particulier ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire qu'il a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris, cas échéant, quant aux éventuelles options thérapeutiques à proposer. Chaque expertise remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. On rappellera au surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. 3.2. Sur le plan matériel, dans son rapport d'expertise rhumatologique du 1er mars 2023 (cf. dos. OAI p. 11), le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, rapporte les plaintes de l'assuré de douleurs constantes, nettement exacerbées à la marche, toujours au bas du dos, du côté droit, en partie sur le flanc au-dessus de la crête iliaque droite, avec des irradiations Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 sur le côté de la cuisse droite, mais pas au-delà du genou. L'expertisé ne décrit pas de paresthésies, de décharges électriques ou d'autres troubles de la sensibilité. La situation n'évoluerait pas depuis septembre 2022. Il explique avoir déjà présenté des douleurs il y a quelques années, et qu'environ deux à trois ans auparavant, il avait porté une ceinture lombaire de soutien; le traitement conservateur simple préconisé avait amélioré la situation, et il avait repris son activité à temps plein. La Cour relève que, durant l'entretien qui dure un peu moins d'une heure, l'expertisé ne montre pas de signe évident d'inconfort, ne se plaint pas et ne demande pas à se lever; il n'est pas ralenti et ne paraît pas fatigable en fin d'examen. En revanche, lors de l'examen physique, il présente quelques signes de non-organicité et adopte un

comportement démonstratif avec quelques signes de majoration, ce qui fait craindre à l'expert une évolution défavorable de la situation. Ce dernier pointe à cet égard que, si les plaintes sont vraisemblablement en rapport avec les troubles dégénératifs démontrés par l'imagerie, la décompensation alléguée survient en août 2022, dans un contexte socio-familial particulier et difficile: selon l'assuré, sa compagne, mère de leurs trois enfants et suivie psychologiquement, est violente envers les enfants et lui ou absente sans explication des journées entières. Suite à l'intervention d'un juge, elle devra quitter le domicile familial et les trois enfants demeureront sous la seule garde de leur père. Celui-ci a déjà entrepris de s'en occuper pour les repas, l'école, etc. Il gère la famille et le ménage, qu'il réalise seul, mis à part lorsqu'une voisine vient lui donner un coup de main – sans qu'il soit allégué qu'il serait empêché physiquement de réaliser telle ou telle tâche. L'expert pose le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies sur troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire avec sténose canalaire surtout en L2-L3, lombalgies exacerbées dès août 2022. Sans effet sur la capacité de travail, il retient des troubles statiques du rachis, de l'asthme et de l'eczéma des mains probable. Au vu des éléments médicaux rapportés par l'expert, notamment des résultats de deux IRM effectuées, ainsi que de son examen clinique et de ses observations du comportement de l'assuré, la Cour fait siens ses diagnostics et son appréciation de la capacité de travail, ce pour la période jusqu'à l'opération du 29 mars 2023. A savoir que, sans ou avec une opération de son neurochirurgien traitant envisagée, l'assuré ne peut reprendre l'activité habituelle de maçon ni toute autre physiquement exigeante; en revanche, dans une activité adaptée, qui ne devrait pas comporter de lever ponctuel de charges de plus de 10 kg ou de lever répétitif de charges de plus de 15 kg ou des mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc ainsi que les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux, la capacité de travail est pleine et entière. Selon l'expert, une telle activité se trouvera par exemple dans l'industrie légère. Cependant, et la Cour le rejoint à cet égard, le contexte familial particulier susmentionné joue un rôle – manifeste – dans cette situation; cela risque – notamment – de faire échouer toute mesure de reconversion dans l'immédiat. Or, si la Cour ne minimise nullement la charge, tant personnelle que financière, que représente la garde à lui seul de trois enfants, tous en âge d'être scolarisés, ni le contexte difficile familial rencontré allégué, elle retient que ces éléments n'ont pas valeur de maladie incapacitante et que l'assurance- invalidité ne saurait en répondre. Ils ne peuvent en particulier pas justifier un défaut de disponibilité pour une reprise d'activité, étant rappelé que la réadaptation par soi-même est une obligation et qu'elle prime le droit à une rente ou à des mesures de réadaptation. Il est souligné au surplus que les limitations douloureuses alléguées par l'assuré ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie, l'expertisé rapportant assumer les tâches quotidiennes et le ménage, ainsi que le suivi de trois enfants. Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Au vu du dossier et de ce qui précède, pleine valeur probante peut être donnée à l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ et notamment à ses conclusions, ce pour la période jusqu'à l'opération du 29 mars 2023. 3.3. L'OAI s'est en outre fondé sur l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, neurochirurgie et chirurgie du rachis, dont le rapport date du 25 septembre 2023 (cf. dos. OAI 154). Cet expert a notamment pu prendre en compte l'opération réalisée par le Dr D. \_\_\_\_\_, neurochirurgien traitant, le 29 mars 2023, de décompression L2-L3 bilatérale en cross-over par la gauche, après laquelle l'expertisé décrit à l'expert une relative amélioration, avec une nette diminution des douleurs radiculaires, une augmentation modérée du périmètre de marche, mais pas de mieux relativement aux lombalgies. L'anamnèse et les plaintes de l'assuré de lombalgies chroniques se superposent à celles

formulées devant l'expert B. \_\_\_\_\_: il dit souffrir de lombalgies chroniques, avec un fond douloureux permanent et une symptomatologie s'étant dégradée de manière importante en août 2022, dans un contexte familial difficile (séparation judiciaire d'avec sa compagne). Il en va de même de ses dires quant à la gestion du quotidien et du ménage – avec parfois l'aide d'une voisine – ainsi que quant à la charge des enfants, dont il répond seul. L'expertisé ne se plaint pas de trouble de la sensibilité de la jambe droite, ni de véritable déficit moteur; la position couchée est antalgique et il dort correctement; il dit en revanche supporter mal la position assise et ne pouvoir marcher plus que 150 à 200 m. Il diminue régulièrement son traitement médicamenteux, n'ayant pas de douleurs sur le plan radiculaire ni sur celui lombaire (peu de lombalgies). L'expert constate que l'assuré se plaint de quelques lombalgies, modérées, volontiers mécaniques. Il n'y a pas d'autre plainte, ni symptômes, en particulier sur le plan neurologique. Cela est tout à fait normal à 6 mois d'une chirurgie qui s'est déroulée dans d'excellentes conditions, toujours selon l'expert. L'examen clinique confirme d'ailleurs ce bon résultat, avec une disparition complète des signes radiculaires, hormis un réflexe rotulien droit un peu faible, ce qui est banal. En définitive, ce dont il faut tenir compte, c'est (uniquement) d'une colonne lombaire dégénérative, avec des lésions multi-étagées et une mobilisation dorsale très diminuée à l'examen. C'est en prenant en considération les signes cliniques clairs qu'il a observés et la dernière IRM pratiquée dont il dispose que le spécialiste retient une lombocuralgie L3 droit par canal lombaire étroit avec compression des racines nerveuses, ce depuis septembre 2022, et pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rétrécissement du canal lombaire (M48.0) et de lumbago avec sciatique (M54.4). Il n'y a pas d'autre pathologie qui interférerait avec le diagnostic principal sans avoir d'effet sur la capacité de travail. Toujours selon l'expert, du fait du rétrécissement canalaire et de l'intervention récente d'élargissement, la présence de lombalgies résiduelles, même modérées, impose une reprise progressive et un poste de travail préservant la colonne lombaire. L'activité habituelle n'est plus exigible. Dans une activité adaptée, l'expert ne fait état d'aucune incapacité de travail ou perte de rendement; la reprise est possible à 6 mois de l'intervention chirurgicale, soit dès le 1er octobre 2023, mais progressivement, par exemple deux mois à 50% puis à 100%. Les limitations fonctionnelles suivantes doivent être observées dans le poste de travail: le port de charges doit rester très limité (à hauteur du tronc) souvent si moins de 5 kg, rarement entre 5 et 10 kg, et jamais si plus lourdes. L'utilisation d'outils doit être limitée à ceux légers ou moyens, mais jamais lourds ou très lourds. Les travaux au-dessus de la tête sont possibles, mais il faut absolument éviter les rotations du tronc. Les Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 travaux assis ou debout penché en avant ne sont pas réalisables; ceux assis ou debout sont envisageables. L'assuré peut aussi utiliser les escaliers mais pas des échelles. La conduite automobile est actuellement possible sur des courtes distances. La marche reste encore limitée à 150 ou 200 mètres. Il n'y a pas d'autre traitement à envisager qui pourrait améliorer notablement la capacité de travail. L'expert mentionne plusieurs activités adaptées, relevant l'obstacle que peuvent représenter des difficultés linguistiques – et un défaut d'utilisation de l'ordinateur. Éléments qui, pour la Cour, sont sans pertinence s'agissant de l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail. La Cour admet le contenu et les conclusions de cette expertise, convaincants et qui, il faut le remarquer, se superposent très largement avec ceux de celle du Dr B. \_\_\_\_\_. Il est souligné que lorsque l'expertisé ne fait pas montre d'un certain comportement démonstratif et majorant des symptômes, qu'on n'observe pas de signes de non-organicité, le tableau présenté est bien plus positif: les effets de l'opération sont décrits comme favorables, les lombalgies, comme modérées, et la physiothérapie, qu'il

envisage de reprendre, comme très bénéfique pour sa récupération lombaire. Il n'est pas inutile de relever qu'à la même époque, l'assuré se plaint auprès du Dr D. \_\_\_\_\_ d'une évolution défavorable avec des douleurs sévères au niveau du flanc droit jusqu'à la hanche droite sans impliquer la sacro-iliaque, ainsi que des douleurs neuropathiques et d'une physiothérapie également défavorable (cf. rapport du 29 septembre 2023, dos. OAI 172). L'expert doit être rejoint également lorsqu'il arrête le début de l'exigibilité d'une activité adaptée au 1er octobre 2023, à défaut d'élément probant contraire. 3.4. Reste à déterminer si des pièces médicales post-expertises justifient de retenir autre chose. Tel n'est pas le cas de l'ultime rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, du 27 octobre 2023 (dos. OAI 169), lequel diagnostique uniquement un status post décompression, et indique que la dernière IRM pratiquée, plusieurs mois après l'opération, est "plutôt rassurante", montrant une diminution du rétrécissement canalaire avec une arthrose lombaire étagée (cf. ég. le rapport d'IRM, du 5 octobre 2023, dos. OAI 170). Le patient se plaignant cependant toujours de lombalgies, il est dirigé dans un centre de la douleur chronique. Il ressort du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_, anesthésiologie, du 12 juillet 2024 (dos. OAI 332; ég. ceux des 1er et 4 janvier 2024, dos. OAI 231 ss) que les multiples infiltrations qu'il a pratiquées n'ont pas amené d'amélioration du tableau et de la symptomatologie. Le médecin relève, et la Cour avec lui, que, lors des consultations, le patient ne s'est jamais plaint de problèmes lombaires, qui auparavant étaient source de problèmes – et la raison initiale de son suivi auprès de lui. S'il retient une coxalgie droite post-traumatique – sans précision à cet égard – de caractère mécanique, il ne diagnostique plus une possible et légère coxarthrose: une IRM d'avril 2024 a en effet montré une hanche droite normale. N'ayant plus de solution à la situation, il entend diriger le patient vers un médecin de sport ou un neurorehabilitateur. C'est dans ce contexte qu'intervient la Dre F. \_\_\_\_\_, médecine physique et réadaptation (cf. dos. OAI 333), qui voit l'assuré le 4 septembre 2024. Elle pose comme diagnostic principal des douleurs pelvitrochantériennes droites chroniques, et souligne qu'il existe des facteurs de chronicisation, le patient restant persuadé que son bassin est "cassé" et que son hémicorps droit est "foutu". Ces "impressions subjectives" de l'assuré l'amènent à son tour à l'enjoindre à voir un autre médecin, en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour son bassin. Pour sa part (cf. p. 3 s.), elle relève que l'IRM de 2024 est rassurante et que, selon les examens complémentaires menés, le patient ne présente pas d'évidence de pathologie au niveau de l'articulation coxo-fémorale ainsi que de la zone trochantérienne à droite, et qu'il n'y a pas de fracture occulte ni de signe pour Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 une ostéonécrose de la tête fémorale droite, ni d'épanchement intra-articulaire coxo-fémoral, des deux côtés, ni d'altération du signal des autres structures osseuses du bassin. Pour le reste, elle préconise simplement une reprise de la physiothérapie. Le patient doit être revu dans deux mois, pour évaluer d'autres thérapies s'il y a une persistance des douleurs. Pour la Cour, ces pièces ne sont pas propres à jeter un doute sur le contenu des deux expertises susmentionnées, sur lesquelles aucun praticien ne se prononce. Il est patent que ces médecins traitants relatent surtout les différentes plaintes douloureuses de l'assuré, mais sans objectiver une raison, un substrat qui soutiendrait ces dernières et expliquerait notamment leur intensité alléguée. Tous trois évoquent en outre une composante neuropathique de certaines douleurs. Aucun ne se prononce quant à la capacité de travail. En outre, les antécédents médicaux de l'assuré figurent dans les expertises (cf. p. 7 de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, et p. 1 s. de celle du Dr C. \_\_\_\_\_). Aucun n'a justifié un traitement autre que conservateur, ni une incapacité de travail déterminante au sens de l'assurance-invalidité. Il y a lieu de préférer ces premières

déclarations de l'assuré aux dires faits à la Dre F. \_\_\_\_\_, tel celui, neuf, d'un traumatisme non daté à l'épaule droite, "difficile à qualifier". Outre qu'il pouvait être attendu de l'assuré qu'il produise les rapports des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, avant le recours, par exemple dans le délai pour objecter au projet de décision du 26 août 2024, on notera encore que l'expert B. \_\_\_\_\_ n'avait décelé aucun signe d'arthrite, synovite ou ténosynovite aux articulations périphériques, et retenu que les différentes articulations étaient normalement mobiles et indolores, tant à la palpation qu'à la mobilisation (cf. expertise, p. 9), et que l'expert C. \_\_\_\_\_ avait observé que les hanches et les épaules, notamment, étaient mobilisées de manière normale, sans limitation des amplitudes, et sans aucune douleur (expertise, p. 6). Enfin, que l'expert C. \_\_\_\_\_ ne se soit pas référé aux pièces médicales du Dr D. \_\_\_\_\_ postérieures à l'opération (cf. dos. OAI 172 ss; ég. supra, quant à son dernier rapport), dans lesquelles l'assuré rapporte une évolution défavorable, ne rend pas son expertise incomplète. Outre la certaine réserve qu'il y a lieu de garder, cas échéant, s'agissant de documents provenant d'un médecin traitant, on observera que ce praticien ne remet pas en cause la réussite de son opération, corroborée par l'IRM du 4 octobre 2023 (cf. dos. OAI 170), ni ne propose un autre geste chirurgical. Surtout, l'expert a pu examiner cliniquement, de façon détaillée, l'assuré à 6 mois de l'intervention chirurgicale. Il n'y a pas lieu à un complément d'instruction, singulièrement pas à une nouvelle expertise. 3.5.

Compte tenu de ce qui précède, et notamment de la reprise progressive préconisée par le second expert, ainsi que des art. 17 al. 1 let. a LPGA et 88a RAI, le droit à une rente entière existait du 1er septembre au 31 décembre 2023, puis, de janvier à fin février 2024, à celui correspondant à une capacité de travail de 50%. Dans cette mesure (très) partielle, le recours sera admis. S'agissant du taux d'invalidité et plus précisément d'abord du salaire sans invalidité, il s'élevait à CHF 5'360.- par mois en 2022, versé 13 fois l'an (cf. questionnaire pour l'employeur, du 31 mars 2023, dos. OAI 74 s.), soit CHF 69'680.-. En application par analogie des règles relatives à l'indexation, ce montant doit être adapté de 1.7% (cf. OFS, T1.1.20 Indice des salaires nominaux, hommes, 2021-2024) pour correspondre au revenu de valide pour l'année 2023, année de naissance du droit à la rente, ce qui donne CHF 70'864.60. Ensuite, le salaire avec invalidité doit être établi sur la base des statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2022, tableau TA1\_skill\_level, publié le 29 mai 2024, Total hommes, niveau de compétence 1, soit CHF 5'305.- mensuel, CHF 63'660.- annuels et CHF 31'830.- pour Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 tenir compte d'une capacité de travail de 50%. Conformément à la nouvelle réglementation entrée en vigueur au 1er janvier 2024, et selon l'art. 26bis al. 3 RAI, une déduction de 20 % est opérée sur la valeur statistique du salaire dès lors que l'assuré ne pouvait travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50%. Ce qui donne le montant de CHF 25'464.-. Après indexation de 1.7%, le montant à prendre en considération s'élève à CHF 25'896.90. Il en résulte un taux d'invalidité de 63.45% . Il reviendra à l'OAI de calculer le montant de la rente à ce taux pour janvier et février 2024. Dès le 1er mars 2024, il ne subsiste plus aucun droit à une rente, le taux d'invalidité s'élevant à 8.63% (salaire d'invalidité: CHF 63'660.- + 1.7% = CHF 64'742.20). 4. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis. La procédure n'est pas gratuite. Au vu de ce qui précède, des frais, par CHF 700.-, seront mis à la charge du recourant, qui succombe dans une large mesure. Ils seront prélevés sur son avance de frais versée; le solde de CHF 100.- lui sera retourné. Le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense dans cette mesure, bien que représenté par un syndicat (cf. arrêt TF 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 4), singulièrement par un collaborateur juridique salarié du syndicat et non par un avocat

indépendant inscrit au barreau, ce conformément aux art. 137 ss et 146 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) ainsi qu'aux art. 8 ss du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif/JA) ainsi que du gain de cause très partiel, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit, ex aequo et bono, à CHF 500.-, débours et éventuelle TVA à 8.1% compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. Dite indemnité sera versée directement au Syndicat Unia Vaud. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, l'assuré a droit à une rente entière de septembre à décembre 2023, puis, à une rente de 63.45% d'une rente entière en janvier et février 2024. II. Les frais de procédure, par CHF 700.-, sont mis à la charge du recourant et prélevés sur l'avance de frais de CHF 800.- versée; le solde de CHF 100.- lui sera retourné. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 500.-, débours et éventuelle TVA à 8.1% compris, mise à la charge de l'autorité intimée. Dite indemnité sera versée directement au Syndicat Unia Vaud. 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 14 mai 2025/djo La Présidente Le Greffier-rapporteur

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