



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2019 249

Arrêt du 20 octobre 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Alexandre Vial

Parties

A._____, **recourant**, représenté par le Syndicat du personnel des transports

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée

Objet

Assurance-invalidité – révision – suppression du droit à la rente

Recours du 26 septembre 2019 contre la décision du 22 août 2019

considérant en fait

A. A. _____, né en 1969, domicilié à B. _____, travaillait à plein temps comme mécanicien qualifié sur les bateaux à vapeur de C. _____ SA depuis 2008.

Le 22 juillet 2013, il a été victime d'un accident de moto dont il est ressorti polytraumatisé et qui lui a causé une incapacité de travail totale de longue durée.

Son cas a été pris en charge par son assureur-accidents, la Suva, sous la forme du versement d'indemnités journalières et d'une prise en charge des frais médicaux.

B. Le 27 mai 2014 (date de réception), l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) une demande de prestations AI pour adultes en raison des séquelles de son accident du 22 juillet 2013.

C. Par communications du 5 août 2015 et du 8 mars 2016, l'OAI lui a octroyé des mesures de reclassement professionnel sous la forme de cours, du 1^{er} août 2015 au 31 janvier 2016, puis d'un réentraînement au travail dans son activité habituelle auprès de C. _____ SA, du 1^{er} février 2016 au 30 avril 2016, à un taux initial mais progressif de 50%.

Au terme de ces mesures, l'assuré a bénéficié d'une adaptation de son poste par son employeur auprès duquel il a continué à travailler, désormais en tant que coordinateur de l'atelier vapeur, à 60% dès le mois de juin 2016.

D. Par décision du 24 mai 2017, l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 (soit six mois après le dépôt de sa demande du 27 mai 2014) au 31 mai 2016, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, puis un quart de rente dès le 1^{er} juin 2016, sur la base d'un taux d'invalidité de 40%, et sous déduction des indemnités journalières déjà versées durant les mesures de reclassement professionnel.

L'OAI a considéré que, depuis son accident de moto du 22 juillet 2013, l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne activité de mécanicien sur bateaux à vapeur; en revanche, suite à sa réadaptation professionnelle et à la création, par son employeur, d'un poste de travail adapté à son état de santé, il était désormais en mesure d'exercer sa nouvelle activité de coordinateur de l'atelier vapeur au sein de C. _____ SA à un taux horaire de 60%; il en résultait un taux d'invalidité de 40% dès le mois de juin 2016 lui donnant droit à un quart de rente.

E. Par lettre du 30 novembre 2017, la Suva a mis fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2017.

Par décision du 7 décembre 2017, se basant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, la Suva a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. Elle lui a en revanche refusé le droit à une rente, considérant que, à sa nouvelle place de travail, sa capacité de travail était de 100% et que, exercée à ce taux, cette activité lui permettrait d'obtenir un revenu similaire à celui sans invalidité.

Par lettre du 5 février 2018, la Suva a néanmoins accepté de continuer à prendre en charge les coûts annuels de deux consultations auprès d'un médecin, de deux fois neuf séances de physiothérapie, ainsi que des antidouleurs et anti-inflammatoires prescrits médicalement.

F. Par décision du 22 août 2019, l'OAI a, au terme d'une procédure de révision d'office, supprimé à compter du 1^{er} octobre 2019 le quart de rente dont bénéficiait l'assuré depuis le 1^{er} juin 2016. Sur la base de l'avis du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a considéré que l'assuré présentait dorénavant une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dont celle exercée actuellement auprès de C._____ SA; de la comparaison des revenus de valide et d'invalidé, il ne résultait plus aucune perte de gain.

De plus, par cette même décision, l'OAI a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

G. Contre cette dernière décision, l'assuré, représenté par le Syndicat du personnel des transports, interjette recours auprès du Tribunal cantonal par acte du 26 septembre 2019. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, au maintien de son quart de rente au-delà du 28 octobre 2019 [recte: 1^{er} octobre 2019] et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire. Il requiert par ailleurs la restitution de l'effet suspensif à son recours.

Le recourant allègue que sa capacité résiduelle de travail de 60% dans sa nouvelle activité adaptée de coordinateur de l'atelier vapeur auprès de C._____ SA est demeurée inchangée depuis la précédente décision de l'OAI du 24 mai 2017 lui octroyant un quart de rente dès le 1^{er} juin 2016. Il explique que l'état de sa jambe gauche et celui de son épaule gauche se sont même détériorés dans l'intervalle, sous l'angle d'une rechute, et précise à cet effet qu'un traitement chirurgical de son épaule gauche est prévu pour le 14 novembre 2019. Il reproche dès lors à l'autorité intimée de ne pas avoir suffisamment instruit sa cause sur le plan médical, en particulier de s'être basée uniquement sur l'avis du médecin d'arrondissement de la Suva concluant à une pleine capacité de travail dans sa nouvelle activité adaptée, alors que d'autres rapports médicaux plus récents continuaient de retenir une capacité de travail maximale de 60% dans cette même activité.

Par ce même acte, le recourant dépose une requête de restitution de l'effet suspensif à son recours.

H. Le 18 octobre 2019, il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

I. Dans ses observations du 15 novembre 2019, l'autorité intimée a conclu aux rejets du recours et de la requête de restitution d'effet suspensif.

J. Par arrêt (605 2019 250) du 12 décembre 2019, la Cour de céans a rejeté la requête de restitution d'effet suspensif.

K. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état du détail des arguments de celles-ci dans les considérants de droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision attaquée, et l'avance de frais ayant été versée en temps utile, le recours est recevable.

2.

En réputée invalidité, au sens 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 renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), l'incapacité de gain (art. 7 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA).

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).

3.

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

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 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 ont subi un changement important. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêts TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 4.1, 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1, et les références citées).

Dans le cadre d'une révision comme d'une nouvelle demande, c'est la dernière décision entrée en force 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2.).

5.

Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Selon l'al. 2 de cette même disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

6.

Est litigieuse, en l'espèce, la question du maintien, à partir du 1^{er} octobre 2019, du quart de rente d'invalidité dont bénéficiait l'assuré depuis le 1^{er} juin 2016.

Pour y répondre, il convient d'examiner en particulier si, et dans quelle mesure, la capacité de travail, respectivement de gain, de ce dernier a subi une modification notable depuis la première et précédente décision de l'OAI du 24 mai 2017, laquelle repose sur un examen matériel du droit aux prestations.

6.1. *Situation au moment de la décision d'octroi du quart de rente du 24 mai 2017*

En mai 2017, lorsque l'OAI a rendu sa décision octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 31 mai 2016, puis un quart de rente dès le 1^{er} juin 2016, la situation se résumait comme suit:

6.1.1. Dans un rapport du SMR du 12 juillet 2016 (cf. dossier AI, pièce 111), le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, se basait sur l'avis du médecin traitant, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. notamment rapports du Dr E._____ du 10 mai 2016 et du 8 juin 2016, et rapport d'entretien téléphonique de l'OAI avec le Dr E._____ du 22 juin 2016 *in* dossier AI, pièces 100, 101, 104 et 106).

Le Dr D._____ retenait ce qui suit: *"cet assuré présente un status post fracture multifragmentaire du fémur et de la rotule gauches avec, ultérieurement et après traitement chirurgical initial, cure de pseudarthrose de la diaphyse fémorale gauche par le Dr E._____, chirurgien orthopédique (...). L'évolution est très lente, mais favorable avec une reprise progressive du travail à 60% depuis juin 2016. Selon le Dr E._____, une augmentation progressive de la capacité de travail dans cette activité est probablement encore possible, mais il est aussi raisonnable de penser que le 60% d'activité actuelle puisse demeurer le maximum atteignable dans cette activité qui a été adaptée par l'employeur et nécessitera un complément de formation à l'interne (...). Selon le Dr E._____, une autre activité professionnelle dans un poste adapté sans station debout prolongée, avec possibilité de changer de position au gré de l'assuré et sans port de charges importante peut être exigible, mais sans définition de temps de travail ou de rendement (...)"*.

Le Dr D. _____ ajoutait que, *"dans un autre sens, le Dr E. _____ estime que l'activité actuelle correspond aux compétences de l'assuré, est adaptée, car étant légère et permettant le changement de position et une amélioration demeure toujours possible, avec atteinte d'un temps plein mais avec une diminution de rendement. Toutefois, le 60% actuel, obtenu grâce à la flexibilité de l'employeur qui module les horaires de travail de manière optimale et très souple avec création d'un poste adapté, devrait être maintenu au moins pour les 6 prochains mois et risque bien de demeurer définitif, quelle que soit l'activité professionnelle future de l'assuré (...)"*.

En conclusion, le Dr D. _____ estimait que, *"au vu de la situation actuelle, de l'évolution et de l'appréciation du Dr E. _____, la situation peut être considérée comme étant stabilisée. Des progrès peuvent encore être faits au point de vue du temps de travail, mais le rendement devrait rester de l'ordre de 60% durablement"*, et que, dans une activité adaptée, l'horaire exigible actuellement et à long-terme était de *"60% sans diminution de rendement ou à 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 40% au vu des conséquences algiques et sur la mobilité de l'assuré dans toute activité. Toutefois, et au vu des séquelles, le maintien d'un jour de congé au milieu de la semaine est à privilégier dans la mesure du possible"*.

6.1.2. Deux mois plus tard, un entretien a eu lieu dans les locaux de C. _____ SA, le 7 septembre 2016, entre l'assuré, son employeur et la conseillère en réadaptation de l'OAI.

Selon le rapport établi le même jour par cette dernière (cf. dossier AI, pièce 129), il est ressorti de cet entretien que, *"grâce aux formations internes financées par l'AI, un nouveau poste va être créé pour l'assuré. En effet, l'assuré ne peut plus assumer un poste de mécanicien « standard », même à taux horaire de 60%. Le poste de mécanicien requiert de pouvoir effectuer jusqu'à 14 jours de navigation d'affilée en été. Etant donné que l'assuré ne peut effectuer plus d'un jour d'affilée (besoin de repos le lendemain) et qu'il ne peut plus naviguer que sur un des bateaux à vapeur, il sera mis en réserve. Le nouveau poste, construit sur mesure pour l'assuré, est au taux horaire de 60% et comprend des activités de mazoutage, livraisons, CNC, support à l'atelier mécanique vapeur et navigation en réserve l'été. La navigation de bateaux Diesel n'est pas une option car le mécanicien effectue également le contrôle des titres de transport et est donc amené à effectuer de nombreux déplacements. L'assuré continue à prendre de la morphine tous les jours où il travaille. Il n'en prend pas les jours de repos. Lorsqu'il ne travaille pas, il passe la majorité de son temps couché. (...). [L'employeur] nous enverra les documents requis (contrat de travail et descriptif de poste) au plus vite"*.

A l'issue de cet entretien, l'employeur a adapté le contrat de travail de l'assuré à sa nouvelle fonction de « coordinateur atelier vapeur » et à son nouveau taux d'activité réduit à 60% (cf. avenant du 8 septembre 2016 au contrat de travail du 1^{er} janvier 2009 et cahier des charges y relatif in dossier AI, pièces 130 à 133).

6.1.3. En début d'année 2017, dans un rapport de consultation ambulatoire du 11 janvier 2017 (cf. dossier AI, pièce 176), le Dr E. _____ attestait que *"le patient se plaint de douleurs au genou surtout en montant ou en descendant les escaliers. (...). Le patient présente une bonne évolution. Il fait des gros efforts pour travailler à 60% qui est le taux maximum tolérable"*.

6.1.4. Parallèlement, dans le cadre de l'instruction menée par la Suva suite à l'accident du 22 juillet 2013, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, en tant que médecin d'arrondissement, examiné l'assuré. En ce qui

concerne la capacité de travail de ce dernier dans sa nouvelle activité, le Dr F. _____ a émis un avis différent de celui du Dr E. _____ repris par le Dr D. _____.

En effet, dans son rapport d'examen final daté du 30 janvier 2017 et signé le 2 mars 2017 (cf. dossier AI, pièce 176), le Dr F. _____ a exposé que, *"médicalement, l'examen clinique met en évidence au MSG, la présence d'une pseudarthrose médioclaviculaire G sensible à la palpation et à la mobilisation avec légère diminution de la mobilité de l'articulation gléno-humérale avec élévation et abduction à 160° contre 180° à D (...). Du point de vue thérapeutique, nous n'avons aucune proposition particulière à formuler s'agissant de cette pathologie"*.

Dans ce même rapport, le Dr F. _____ observait en outre que, *"en ce qui concerne les MI, l'examen clinique montre des douleurs à la palpation de la face latérale de la cuisse G à hauteur d'une cicatrice longitudinale d'environ 15 cm, légèrement invaginée et érythémateuse provoquant des douleurs ascendantes jusqu'au grand trochanter, suggérant par là même une certaine irritation du fascia lata. De plus, nous constatons la présence d'une discrète contracture paralombaire G L5-S1 sans blocage de la sacro-iliaque ipsilatérale et provoquant une ébauche de syndrome sciatique G. En ce qui concerne le genou G, nous notons une diminution de la mobilité avec une flexion-extension à 110-0-0° contre 140-0-0° et des douleurs essentiellement antérieures compatibles avec la fracture de rotule alors qu'à ce niveau, on ne note ni épanchement, ni signe du rabot. Du point de vue thérapeutique, les douleurs lombaires et de la cuisse G nous semblent accessibles à des séances de physiothérapie en cas de nécessité"*.

Le Dr F. _____ poursuivait en ces termes: *"s'agissant des gonalgies, nous expliquons à l'assuré qu'une fracture de rotule provoque inmanquablement des lésions intra-articulaires susceptibles d'évoluer en arthrose pour laquelle aucun traitement thérapeutique efficace n'est possible hormis éventuellement la mise en place d'un bouton rotulien dans le contexte d'une PTG. Compte tenu de l'âge de l'assuré, cette option thérapeutique nous semble d'ores et déjà à éviter le plus longtemps possible. Du point de vue asséculoologique, nous estimons que la situation est stabilisée. Des limitations fonctionnelles sont à reconnaître que sont pour le MSG le port de charge supérieure à 10 kg bras au corps, toute activité prolongée nécessitant le MSG en-dessus de l'horizontale. En ce qui concerne les MI, sont à proscrire toute activité accroupie ou agenouillée, nécessitant une marche en terrain inégal prolongée, l'utilisation répétitive d'échelle, d'escalier et tout port de charge supérieur à 10 kg"*.

Les conclusions dudit médecin d'arrondissement étaient dès lors les suivantes: *"en tenant compte de l'ensemble de ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée. Nous précisons que selon les descriptions du patient quant à son activité actuelle, celle-ci nous paraît adaptée, ce que le patient concède"*.

On précisera ici que l'OAI semble n'avoir eu connaissance de ce rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la Suva que le 23 août 2018 (cf. dossier AI, pièce 176), soit plus d'un an après avoir rendu sa décision d'octroi de quart de rente du 24 mai 2017.

6.2. Situation au moment de la décision de suppression du quart de rente du 22 août 2019

De mai 2017 jusqu'en août 2019, lorsque l'OAI a rendu sa décision supprimant le quart de rente dont bénéficiait l'assuré depuis le 1^{er} juin 2016, la situation a évolué comme suit:

6.2.1. Dans un rapport du 3 août 2017 (cf. dossier AI, pièce 176), la médecin d'arrondissement de la Suva, la Dre G. _____, médecin praticienne, expose que *"nous avons pris connaissance*

de l'ensemble des pièces médicales, notamment de l'examen par le MA du 30.01.2017 (Dr F. _____) et de l'avis SMR du 12.07.2016 (Dr D. _____). Force est de constater que le SMR ne se fonde que sur les dires du Dr E. _____, alors que le Dr F. _____ a examiné l'assuré quand la situation médicale était stabilisée et avec un descriptif précis de la nouvelle activité de l'assuré. Au vu des nouveaux renseignements, nous ne pouvons que confirmer une pleine exigibilité dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et sans diminution de rendement. Il n'y a aucun argument médical pour ne retenir qu'une capacité de travail exigible de 60% ou une activité à 100% avec un rendement de 60%".

6.2.2. Puis, dans un rapport ultérieur du 21 septembre 2017 (cf. dossier AI, pièce 176), la Dre G. _____ ajoute que, "pour compléter notre appréciation du 03.08.2017, nous avons pris connaissance des éléments précis figurant dans la visite du bateau du 21.07.2017, H. _____ [pour le rapport de cette visite, cf. dossier AI, pièce 176]. Nous pouvons donc dire que l'activité effectuée par l'assuré est une activité permettant l'alternance des positions, avec 2/3 environ d'activité administrative et beaucoup de surveillance. Il reste néanmoins 1 ou 2 bémols, à savoir le port de charges supérieur à 10 kg puisque l'assuré doit manipuler un bidon de 25 kg une fois par jour et 1 jour sur 2 un bidon de 15 kg. Rappelons que l'assuré ne doit pas porter de charges supérieures à 10 kg. En ce qui concerne la montée ou la descente des échelles ou escabeaux, nous pouvons considérer qu'il ne s'agit pas d'une activité répétitive nécessitant la montée ou la descente d'échelles ou d'escaliers puisque l'assuré doit monter les échelles environ 4x par jour, éventuellement 1 à 2x plus en cas de problème et le petit escabeau et la petite échelle pour le graissage ne constituent pas des activités répétitives sur des échelles ou des escaliers. Hormis le port de charges, l'activité est parfaitement adaptée et pourrait s'exercer à 100%. Il n'a pas été déterminé si le port de charges qui équivaut à environ 1x par jour et pour une autre charge 1x tous les 2 jours pouvait être fractionné à savoir les produits mis dans un autre bidon plus petit".

En conclusion, la Dre G. _____ estime que "sous réserve de ce port de charge, nous retenons donc l'activité actuellement exercée est exigible à 100%. Il n'y a pas de diminution de rendement toujours sous réserve du port de charge à retenir. Par contre, en tenant compte de la nécessité de fractionner les charges, une éventuelle diminution de rendement pourrait être retenue. Compte tenu du fait qu'il s'agit d'une activité qui s'exerce 1x par jour et que l'assuré a une activité de surveillance et de contrôle pour tout le reste de la journée, la diminution de rendement devrait être minime. Dans une activité parfaitement adaptée, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement. Il ne nous semble pas utile de procéder à un nouvel examen de l'assuré, pour autant qu'une solution puisse être trouvée pour le port de charges supérieures à 10 kg qui est très occasionnel puisque 1 maximum 2x par jour".

La Suva a ensuite bouclé le cas par lettre du 30 novembre 2017 (cf. dossier AI, pièce 157) et par décision du 7 décembre 2017 (cf. dossier AI, pièce 158), étant précisé qu'elle n'a retenu aucune perte de gain subie par l'assuré.

6.2.3. En été 2018, dans un rapport du 16 juillet 2018 (cf. dossier AI, pièce 170), le médecin praticien traitant de l'assuré, le Dr I. _____, atteste que l'état de santé de son patient est stationnaire et que celui-ci dispose d'une capacité de 60% dans son activité.

6.2.4. A la même période, dans un rapport du 13 août 2018 (cf. dossier AI, pièces 172 et 173), le Dr E. _____ atteste lui aussi que l'état de son patient est stationnaire et que celui-ci dispose d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il fait par ailleurs mention d'une évolution du status en une arthrose symptomatique du genou gauche.

6.2.5. L'OAI a ensuite soumis le dossier médical de l'assuré – comprenant les pièces émanant des médecins d'arrondissement de la Suva – au Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR.

Dans son rapport 4 février 2019 (cf. dossier AI, pièce 182), ce dernier explique que, *"par décision du 17.02.2017 [recte: du 24 mai 2017], l'OAI retient une capacité de 60% dans une activité adaptée (coordinateur atelier vapeur). Ce poste est créé par l'ancien employeur. Une rente partielle est octroyée. Cette décision est maintenant en contraste avec la prise de position de la SUVA, qui retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il faut dire que l'avis de la SUVA se fonde en particulier sur deux choses: (1) l'appréciation du médecin d'arrondissement du 30.01.2017 et (2) une visite du lieu du travail de l'assurée et de ses charges/activités. L'avis SMR du 12.07.2016, par contre, se base essentiellement sur les rapports de l'orthopédiste (Dr E. _____), qui suit habituellement l'assuré. On trouve en effet assez de motivations objectives pour attacher plus de poids à l'avis de la SUVA: l'assuré a été examiné cliniquement par le médecin d'arrondissement (qui a également évalué les pièces au dossier et les déclarations de l'assuré) et – en plus – une vérification du lieu et des conditions de travail de l'assuré a été effectuée et prise en compte dans l'avis du médecin d'arrondissement même".*

Le Dr J. _____ conclut qu'*"il y a donc lieu de suivre l'avis de la SUVA et considérer qu'une pleine capacité dans une activité adaptée existe, à condition que les limitations fonctionnelles précédemment données soient respectées dans leur totalité".*

6.2.6. Au printemps 2019, dans un rapport du 21 mars 2019 (cf. dossier AI, pièce 199), le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à qui le Dr I. _____ a adressé son patient, pose, entre autres diagnostics, celui d'un début de gonarthrose tricompartmentale à prédominance fémoro-patellaire post-traumatique au niveau du genou gauche. Il a expliqué que *"l'évolution, après toutes ces interventions, est relativement favorable mais le patient ressent encore des douleurs chroniques, aussi bien au niveau de la cuisse qu'au niveau de son genou gauche. Il n'a pas de problème au niveau du tibia gauche. Malheureusement, actuellement ces douleurs l'empêchent de reprendre toute activité nécessitant de longs déplacements ou des déplacements fréquents ou le port de charges au-delà de 10 kg. Ceci rend malheureusement une reprise de son activité professionnelle actuelle au-delà de 60% impossible. Le patient vient donc pour un 2^{ème} avis, car il aimerait savoir si d'un point de vue chirurgical, il nous reste des possibilités pour essayer d'améliorer la situation de ce membre inférieur gauche pour lui permettre d'augmenter son activité professionnelle actuelle".*

Le Dr K. _____ poursuit en ces termes: *"le patient souffre donc de douleurs chroniques de ce membre inférieur gauche qui l'empêchent d'augmenter son pourcentage de travail dans une activité professionnelle actuelle. A noter que cette activité professionnelle a déjà été adaptée en discussion avec son patron et l'assurance-invalidité, selon les dires du patient, dans les années passées. Malheureusement, celui-ci nécessite encore, d'après les dires du patient, des déplacements et des ports de charges qui s'avèrent difficiles à supporter, si bien que l'activité à 60% est juste tolérée. Il vient donc pour savoir s'il y a une façon d'améliorer cette capacité de travail en optimisant les traitements actuellement en enlevant le matériel encore en place".*

Ses conclusions sont les suivantes: *"à mon avis, les chances sont très faibles d'améliorer la situation pour permettre une augmentation de la capacité de travail de ce patient en enlevant le matériel encore en place. Dans le même ordre d'idée, la mise en place d'une prothèse totale de genou n'améliorerait en aucun cas sa capacité de travail. Celle-ci est donc contre-indiquée, car*

elle ne répondrait pas à la demande du patient. (...). La seule solution envisageable pour améliorer la capacité de travail de ce patient est de réévaluer son poste et d'envisager une nouvelle réinsertion professionnelle".

6.2.7. Le 12 avril 2019, l'assuré s'est soumis à des examens de radiologie.

Dans son rapport de radiographie de la clavicule gauche, de la colonne cervicale et de l'épaule gauche du même jour (cf. dossier AI, pièce 202), le Dr L. _____, spécialiste en radiologie, fait le constat suivant: *"sur l'étude cervicale, 7 vertèbres cervicales sont visualisées. Léger redressement de la lordose cervicale physiologique. Alignement des murs postérieurs. Diminution des espaces inter-somatiques d'aspect étagé principalement de C4 à C7 prédominant en C5-C6. Ostéophytose des plateaux et des plafonds adjacents au disque d'aspect étagé principalement de C3 à C7 prédominant en C5-C6 avec ébauche de calcifications ligamentaires antérieures en C5-C6 et C6-C7. On remarquera une diminution de la taille des trous de conjugaison principalement en C5-C6 des deux côtés. Alignement spino-lamaire. L'étude de la clavicule gauche montre une fracture du milieu de la clavicule avec berges sclérosées et un important diastasis et signes de pseudarthrose des berges articulaires. Remaniements dégénératifs acromio-claviculaires. L'étude de l'épaule gauche montre des troubles dégénératifs avec une densification et irrégularité du trochiter et du trochin. Il y a également une ébauche d'omarthrose avec une densification et irrégularité de la partie inférieure de la glène. Pas de micro-calcification suspecte".*

Dans son rapport d'IRM de la colonne cervicale du même jour (cf. dossier AI, pièce 202), le Dr L. _____ fait état de *"troubles de la statique avec inversion de la lordose cervicale physiologique. Uncocervicarthrose étagée marquée principalement de C4 à C7 prédominant en C5-C6 à gauche" et d'une "discopathie cervicale étagée marquée principalement de C3 à C7 prédominant en C5-C6 gauche".*

6.2.8. L'OAI a ensuite à nouveau soumis le dossier médical de l'assuré au médecin de son SMR, le Dr J. _____.

Dans son rapport du 26 juillet 2019 (cf. dossier AI, pièce 209), ce dernier expose que *"les plaintes de l'assuré et sa capacité de travail réduite semblent plutôt en rapport avec des activités non-adaptées qu'il doit effectuer. Si l'activité professionnelle ne respecte pas la globalité des limitations fonctionnelles retenues par le MA [médecin d'arrondissement], il est logique que l'assuré n'arrive pas à garantir une pleine capacité/rendement. Mais ceci ne constitue pas une raison pour reconsidérer l'exigibilité retenue. Par contre, j'observe que l'assuré se plaint maintenant aussi de cervico-brachialgies (une IRM montre des altérations dégénératives chroniques du rachis cervical, sans signes de radiculopathie) et de douleurs en rapport avec une pseudarthrose sur une ancienne fracture (2004) de la clavicule gauche. S'agissant de problèmes datant de plusieurs années et chroniques, ils étaient déjà présents au moment de l'examen clinique par le MA. Force est donc de croire que son évaluation clinique doit avoir prise en compte des éventuelles limitations en regard de ces problèmes. De plus, les limitations évoquées par le MA sont assez « larges » et suffisantes pour couvrir aussi les nouvelles plaintes, donc je ne vois pas de raison pour modifier l'exigibilité fixée par le MA ou pour demander un nouvel examen en l'absence de faits nouveaux. Rappelons que selon le MA, « les limitations fonctionnelles à reconnaître sont: le port de charge supérieure à 10 kg bras au corps, toute activité prolongée nécessitant le MSG en-dessus de l'horizontale. En ce qui concerne les MI, sont à proscrire toute activité accroupie ou agenouillée, nécessitant une marche en terrain inégal prolongée, l'utilisation répétitive d'échelle, d'escalier et tout port de charge supérieur à 10 kg. En tenant compte de l'ensemble de ces*

limitations fonctionnelles, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée ». A signaler que le rapport du Dr M._____ mentionne une opération qui serait encore prévue en 2019, probablement en regard de la clavicule, ce qui pourrait améliorer ultérieurement la situation".

6.2.9. Enfin, dans un rapport du 25 septembre 2019 (cf. dossier AI, pièce 213) postérieur à la décision de l'OAI du 22 août 2019, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, atteste que *"ce patient sera prochainement opéré d'une pseudarthrose de sa clavicule gauche (...). Les douleurs se sont aggravées et le patient ne peut pas travailler à plus d'un 60% dans ce contexte. L'opération aura lieu le 14 novembre 2019"*.

6.3. De ce qui précède, la Cour de céans retient ce qui suit:

6.3.1. Il est d'abord constant, de l'avis unanime du corps médical consulté, que, depuis son accident de moto du 22 juillet 2013 dont il est ressorti polytraumatisé et qui lui a causé une incapacité de travail totale de longue durée, l'assuré ne peut définitivement plus exercer son ancienne activité de mécanicien sur bateaux à vapeur, activité qui n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles.

C'est pourquoi l'OAI a mis sur pied des mesures de reclassement professionnel qui ont été couronnées de succès puisque, à leur terme, l'assuré a bénéficié d'une adaptation de son poste par son employeur auprès duquel il a continué à travailler, désormais en tant que coordinateur de l'atelier vapeur, à 60% dès le mois de juin 2016.

Parmi les médecins, aucun n'a soulevé que ce nouveau poste, créé sur mesure de concert entre l'assuré, son employeur et la conseillère en réadaptation de l'OAI, n'était pas adapté aux limitations fonctionnelles – telles que décrites dans les rapports retranscrits ci-dessus – du principal intéressé, sous réserve d'une éventuelle mais minime diminution de rendement évoquée par la Dre G._____ pour tenir compte de la nécessité de fractionner le port de charges supérieures à 10 kg. On précisera toutefois que le Dr K._____ a ultérieurement relevé, en 2019, que cette activité exercée à 60% était juste tolérée par son patient, raison pour laquelle il a préconisé une réévaluation dudit poste.

Le nouveau cahier des charges (cf. dossier AI, pièce 132) faisant partie intégrante de l'avenant du 8 septembre 2016 au contrat de travail ne fait au demeurant mention d'aucune exigence particulière qui paraîtrait d'emblée incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues par les médecins.

En conséquence de quoi, l'OAI a considéré, dans sa décision du 24 mai 2017 (cf. dossier AI, pièce 156), que, *"au terme de cette réadaptation, votre employeur (...) ayant créé un poste de travail adapté à votre état de santé, vous êtes en mesure d'exercer votre nouvelle activité en tant que « coordinateur atelier vapeur » au sein de C._____ au taux horaire de 60% (...)"*.

Ces faits ne sont pas contestés.

6.3.2. Ceci étant, alors que les principaux diagnostics posés par les médecins ne sont pas sujets à discussion, leurs points de vue respectifs diffèrent en revanche sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée, dont celle de coordinateur de l'atelier vapeur.

En effet, d'une part, le médecin traitant spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr E._____, atteste depuis 2016, de manière constante, que la

capacité résiduelle de son patient est de 60% dans son activité adaptée. Son appréciation sera rejointe en 2018 par le médecin praticien traitant, le Dr I. _____, ainsi qu'en 2019 par les spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les Drs K. _____ et M. _____.

C'est l'appréciation de la capacité de travail (60%) faite par le Dr E. _____ qu'a suivie le Dr D. _____ dans son rapport du SMR du 12 juillet 2016 et sur laquelle repose en définitive la première décision de l'OAI du 24 mai 2017 octroyant à l'assuré un quart de rente à compter du 1^{er} juin 2016.

D'autre part, le médecin d'arrondissement de la Suva, le Dr F. _____, lui aussi spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, comme le Dr E. _____, a examiné personnellement l'assuré, estime en début d'année 2017 qu'une capacité de travail complète est exigible de la part de ce dernier dans son activité actuelle de coordinateur de l'atelier vapeur. L'appréciation du Dr F. _____ sera confirmée la même année par la Dre G. _____, elle aussi médecin d'arrondissement de la Suva, et servira de base au bouclage du cas accident par cette dernière.

C'est également cette appréciation de la capacité de travail (100%) faite par le Dr F. _____ qu'a suivie le Dr J. _____ dans ses rapports du SMR du 4 février 2019 et du 26 juillet 2019, et sur laquelle repose en définitive la seconde et dernière décision de l'OAI du 22 août 2019 supprimant le quart de rente dont bénéficiait l'assuré depuis 1^{er} juin 2016.

Que faut-il en déduire ?

6.3.3. Force est de constater que, notwithstanding les divergences d'appréciation de la capacité de travail de l'assuré, l'état de santé de celui-ci ne semble pas, selon le degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales (cf. arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références citées), avoir fondamentalement changé dans l'intervalle séparant les deux décisions respectives du 24 mai 2017 et du 22 août 2019, les diagnostics étant pour l'essentiel restés les mêmes depuis 2016.

Les parties ne prétendent au demeurant pas le contraire.

Il faut ainsi admettre que la situation médicale de l'assuré ne s'est pas améliorée entretemps, la lecture du rapport du Dr K. _____ du 21 mars 2019 – faisant état d'un début de gonarthrose –, des rapports d'imagerie du Dr L. _____ du 12 avril 2019 – faisant état de troubles dégénératifs –, et du rapport du Dr M. _____ du 25 septembre 2019 – annonçant une opération de la clavicule gauche en raison d'une pseudarthrose – laissant même plutôt penser l'inverse.

6.3.4. Comme déjà exposé ci-dessus, dans un premier temps, au moment de la première décision de l'OAI du 24 mai 2017, le SMR, par le biais du Dr D. _____, a fait sien l'avis du médecin traitant spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr E. _____, pour retenir une capacité de travail exigible de 60% dans une activité adaptée, dont celle de coordinateur de l'atelier vapeur.

Puis, dans un deuxième temps, au moment de la seconde décision de l'OAI du 22 août 2019, ce même SMR, cette fois-ci par le biais du Dr J. _____, s'est ravisé et a fait désormais sien l'avis du médecin d'arrondissement de la Suva, le Dr F. _____, lui aussi spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour retenir l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans cette même activité adaptée.

Il sied de rappeler ici que le rapport d'examen final du Dr F._____, daté du 30 janvier 2017 et signé le 2 mars 2017, auquel se réfère désormais expressément le SMR dans son rapport du 4 février 2019, a été établi à une époque où la première décision de l'OAI du 24 mai 2017 n'avait pas encore été rendue et à un moment où les mesures professionnelles préalables avaient été menées à leur terme.

A noter également que, dans l'intervalle, par décision du 7 décembre 2017, la Suva a, sur la base de l'avis du Dr F._____, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, considérant que la capacité de travail de ce dernier était entière dans son activité adaptée et qu'il ne subissait aucune perte de gain.

6.3.5. Pour expliquer ce changement de point de vue, le Dr J._____ avance, dans son rapport du 4 février 2019, que le Dr F._____ a examiné cliniquement l'assuré et qu'une vérification du lieu et des conditions de travail a en plus été effectuée par la Suva, alors que son confrère du SMR, le Dr D._____, ne s'est précédemment fondé que sur les rapports du médecin orthopédiste traitant, le Dr E._____.

Or, il ne faut pas oublier que le Dr E._____, qui suit régulièrement l'assuré depuis l'accident de 2013 et qui, en ce sens, semble être le témoin de l'évolution de son état de santé, l'a – lui aussi – examiné personnellement à la même période que le Dr F._____.

Pourtant, dans son rapport du 11 janvier 2017, le Dr E._____ continue d'attester une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, alors que, dans son rapport du 30 janvier 2017, le Dr F._____ retient l'exigibilité d'une capacité de travail de 100% dans cette même activité.

En outre, le Dr E._____ maintient, dans ses rapports des 11 janvier 2017 et 13 août 2018, la même évaluation de la capacité résiduelle de travail de son patient, laquelle sera ultérieurement rejointe par les Drs I._____, K._____ et M._____ dans leurs rapports respectifs des 16 juillet 2018, 21 mars 2019 et 25 septembre 2019.

Enfin, il ne faut pas non plus oublier que, dans le cadre des mesures de reclassement mises en place par l'OAI, un entretien entre l'assuré, son employeur et la conseillère en réadaptation de l'assurance-invalidité a eu lieu dans les locaux de C._____ SA, en septembre 2016, et que le nouveau poste de « coordinateur atelier vapeur » à 60% a été créé sur mesure par ledit employeur au terme d'une instruction complète menée par la conseillère en réadaptation.

Ainsi, bien que cette dernière n'a pas participé à la visite du lieu de travail – à savoir le bateau « H._____ » – organisée par la Suva le 21 juillet 2017 (soit après la décision de l'OAI du 24 mai 2017), il n'en demeure pas moins que, lors du prononcé de celle-ci, ledit Office avait déjà pleine connaissance des conditions de travail et du cahier des charges de l'assuré.

Ceci grâce à l'étroite collaboration entre ce dernier, son employeur et la conseillère en réadaptation de l'OAI, collaboration qui avait débuté en 2015 avec l'octroi des premières mesures de reclassement professionnel, qui semblent en l'espèce avoir atteint leur but.

6.3.6. Cela ayant été précisé, on ne se trouve ni en présence d'une modification sensible de l'état de santé de l'assuré, ni face à un changement important des conséquences de cet état, resté en soi le même, sur sa capacité de gain.

Il s'agit en effet bien plutôt d'une appréciation différente, celle du Dr F. _____ (rejointe par les Drs G. _____ et J. _____), d'un état de fait demeuré inchangé, et sur laquelle l'administration entend désormais asseoir sa nouvelle décision du 22 août 2019, de celle du Dr E. _____ (rejointe par les Drs D. _____, I. _____, K. _____ et M. _____) sur laquelle reposait sa précédente décision du 24 mai 2017.

Force est dès lors de constater que la situation médicale qui prévalait au moment de la décision du 24 mai 2017, respectivement ses répercussions sur la capacité de travail (et de gain) de l'assuré, n'ont pas subi de modification notable jusqu'à la nouvelle décision du 22 août 2019, et que les circonstances dont dépendait l'octroi du quart de rente n'ont pas non plus notablement changé dans cet intervalle.

Il s'ensuit que les conditions d'une révision matérielle, au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente n'étaient pas remplies lorsque l'OAI a rendu, le 22 août 2019, sa décision de suppression du quart de rente.

6.3.7. Au demeurant, le rapport final du Dr F. _____ du 30 janvier 2017 n'est pas un moyen de preuve nouveau qui n'aurait pu être produit avant la première décision du 24 mai 2017, étant donné que, depuis le 3 juillet 2014, une « procédure de communication AVS/AI-AA » a cours entre la Suva et l'OAI (cf. dossier AI, pièce 9), et étant précisé que cette procédure a été renouvelée pour la dernière fois le 22 août 2018, lorsque l'OAI a demandé à la Suva de lui transmettre les pièces postérieures au 22 juin 2016 (cf. dossier AI, pièce 174).

De plus, le contenu du rapport du Dr F. _____ ne consiste pas en des faits médicaux nouveaux qui auraient été découverts subséquentement mais, comme déjà expliqué, en une appréciation différente d'un état de fait resté essentiellement le même.

Les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont donc pas remplies.

6.3.8. Enfin, il n'apparaît pas non plus que la décision du 24 mai 2017 soit manifestement erronée.

En effet, cette première décision est non seulement le fruit d'une instruction médicale de prime abord complète, mais aussi d'un examen approfondi des conditions matérielles du droit aux prestations. Elle achève par ailleurs de donner sens aux mesures professionnelles entreprises et financées par l'assurance-invalidité, mesures que la décision querellée remet également implicitement en cause.

Dans ce contexte, la seconde décision du 22 août 2019 semble avant tout résulter d'une nouvelle appréciation des faits – concomitante avec un changement de gestionnaire du dossier et avec la prise de connaissance de la solution adoptée entretemps par la Suva – d'une même situation, ce qui est insuffisant pour ouvrir la voie de la reconsidération (sur l'ensemble de la question, cf. notamment arrêt 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 2.2 et les références citées).

Les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont donc pas non plus remplies.

7.

Compte tenu de ce qui précède, le recours du 26 septembre 2019 doit être admis et la décision attaquée du 22 août 2019 annulée.

Partant, le droit au quart de rente dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} juin 2016 est maintenu à compter du 1^{er} octobre 2019.

7.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

L'avance de frais du même montant, versée par le recourant, lui sera dès lors restituée.

7.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), bien qu'étant représenté par un syndicat (cf. arrêt TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 4 et la référence citée).

Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives du litige, régi par la maxime d'office, et du fait que les opérations n'ont pas été accomplies par une avocate indépendante inscrite au barreau mais par une collaboratrice juridique salariée d'un syndicat, il se justifie de fixer *ex aequo et bono* l'indemnité de partie due pour les frais de défense à un montant de CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA à 7.7% compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée.

Dite indemnité sera versée directement au Syndicat du personnel des transports.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée.
Partant, le droit au quart de rente du recourant est maintenu à partir du 1^{er} octobre 2019.
- II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
Partant, l'avance de frais du même montant, versée par le recourant, lui est restituée.
- III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA à 7.7% compris, mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg,
Dite indemnité sera versée directement au Syndicat du personnel des transports.
- 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 20 octobre 2020/avi

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :