

FR_GERICHTE 605 2013 172 vom 27. Mai 2015

FR Kantonsgericht, 2015-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_172

FR: FR_GERICHTE 605 2013 172 du 27 mai 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 172 del 27 maggio 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indiquant que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). c) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas

une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

E. 3

Est litigieux le droit à la rente du recourant. Ce dernier s'estime désormais pleinement incapable de reprendre le travail et prétend avoir droit pour cela à une rente entière. L'OAI considère pour sa part qu'il n'a droit qu'à une seule demi-rente. a) atteinte principale Le recourant, qui travaillait depuis plusieurs années comme polisseur, a commencé à être atteint dans sa santé au mois de mars 2010 lorsqu'il a présenté une série de symptômes de type neurologique, ainsi résumés par la Dresse B. _____, spécialiste FMH en droit du travail et médecine générale, auprès de la SUVA: « Il a présenté dès le 05 mars 2010 des dorsalgies, une anesthésie en selle avec des troubles sphinctériens. Il a été hospitalisé à partir du 08 mars 2010 à l'Unité de neuro-réhabilitation » (appréciation médicale du 5 juillet 2011, dossier OAI, pièce 164). Il a en effet été hospitalisé du 8 mars au 7 mai 2010 au service de médecine interne de l'Hôpital cantonal. Il y a été vu par des spécialistes en neurologie. Tout d'abord, par le Dr C. _____, neurologue FMH, qui a pu constater la présence des mêmes symptômes, provoquant notamment des douleurs dorsales, occasionnant des pertes de sensibilité locales, et affectant la marche ainsi que le transit urinaire. S'il n'a relevé aucun signe d'une lésion neurologique structurelle, il a en revanche remarqué des anomalies de la structure osseuse pouvant évoquer un myélome : « ce patient présente, depuis le 04.03.2010, une faiblesse des membres inférieurs, associée à des dorsalgies basses et à une incontinence urinaire. Je l'ai examiné en urgence le 08.03.2010. Cliniquement, j'ai constaté un niveau sensitif en D7, des douleurs à la percussion dorsale haute. Parésie (M4 à M4+) des membres inférieurs. Démarche de type spastique ataxique. Abolition de la pallesthésie aux membres inférieurs. Hyperréflexie généralisée, mais pas de Babinski. Vous l'avez investigué de façon très soigneuse. Selon le téléphone du radiologue, l'IRM de l'encéphale et de tout le rachis ne montre aucune lésion des structures neurogènes. Il existe par contre des anomalies de la structure osseuse, évocatrices d'un myélome » (rapport du 10 mars 2010, dossier OAI, pièce 223). Il n'a toutefois pas été en mesure de poser un diagnostic définitif, réservant celui d'une myélite virale : « ...ce patient présente des signes évocateurs d'une atteinte des voies pyramidales, des cordons postérieurs et des voies végétatives. Cette association évoque une atteinte intra- médullaire. La cause de cette atteinte reste inconnue. En effet, une atteinte vasculaire (syndrome de l'artère spinale antérieure) ou une nécrose médullaire sur occlusion de l'artère d'Adamkiewicz n'entraînerait pas de trouble de la sensibilité profonde. Par ailleurs, vous n'avez pas d'argument pour une infection. Il faut donc voir, comme le signalent les radiologues, s'il n'existe pas une hémopathie maligne ou éventuellement, si ces résultats sont négatifs, des signes d'une myélite virale. Je préconise donc les investigations que vous avez d'ailleurs déjà prévues (bilan sanguin, sérologie virale) » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 Le recourant a encore été vu par le Dr D. _____, neurologue FMH, lors d'un consilium neurologique qui s'est tenu le 17 mars 2010. L'atteinte se signalait toujours par les mêmes symptômes, s'accompagnant de pertes de

sensibilité au niveau des mains et de la partie inférieure du thorax. Seuls les troubles urinaires avaient régressé : « Les troubles se sont installés depuis plusieurs jours et sont maintenant stables, sauf les problèmes urinaires qui ont régressé. (...) Marche possible sans aide, à petits pas non déroulés, avec augmentation du polygone de sustentation; instabilité au Romberg, surtout les yeux fermes. Hyperréflexie tendineuse généralisée, symétrique: cutané plantaire suspect du côté droit. Syncinésies bilatérales; pas d'atteinte nette de la motilité fine ou de parésie des extrémités. Ataxie dynamique, modérée aux MS et importante aux MI, majorée nettement à l'occlusion des yeux. Hypoesthésie superficielle des mains, de la partie inférieure du thorax (niveau aux mamelons), du bassin et des MI; apallescémie malléolaire et rotulienne, pallesthésie à 5-6/8 aux poignets ; nette diminution du sens postural des orteils » (dossier OAI, pièce 222). A la sortie de l'hôpital, le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation auprès de la clinique de rhumatologie, indiquait que les causes de l'atteinte restaient inconnues : « ce patient présente des signes évocateurs d'une atteinte des voies pyramidales, des cordons postérieurs et des voies végétatives. Cette association évoque une atteinte intra-médullaire. La cause de cette atteinte reste inconnue. En effet, une atteinte vasculaire (syndrome de l'a. spinale antérieure) ou nécrose médullaire sur occlusion de l'a. d'Adamkiewicz n'entraînerait pas de trouble de la sensibilité profonde. Par ailleurs, vous n'avez pas d'argument pour une infection actuellement. Il faut donc voir, comme le signalent les radiologues, s'il n'existe pas une hémopathie maligne ou éventuellement, si ces résultats sont négatifs, des signes d'une myélite virale. Je préconise donc les investigations que vous avez d'ailleurs déjà prévues (bilan sanguin, sérologie virale) » (lettre de sortie du 6 mai 2010, dossier OAI, pièce 43). L'état de santé du recourant ne s'est par la suite pas véritablement amélioré. C'est alors qu'il a entendu parler des effets des produits solvants sur le système nerveux et qu'il a commencé à penser qu'il s'agissait peut-être là d'une explication à son atteinte. Il s'en est ouvert au Dr E. _____. Ce dernier spécialiste l'a adressé à l'Institut universitaire romand du travail (IST). Après l'avoir examiné et s'être rendus sur son lieu de travail, les spécialistes de l'IST, les Desses F. _____ et G. _____, sont parvenues à la conclusion que le recourant avait subi une atteinte d'origine professionnelle du système nerveux central due aux solvants: « Atteinte d'origine professionnelle du système nerveux central (symptômes ébrio-narcotiques, possible syndrome psycho-organique, type IIA selon Raleigh) et périphérique (douleurs type neuropathique avec des brûlures persistantes au niveau des mains notamment), cutané (dermatite irritative) et respiratoire (toux) chez un polisseur» (rapport du 28 avril 2011, dossier OAI, pièce 127). D'autres diagnostics différentiels ont également été évoqués, à un moment ou à un autre. Le Dr H. _____ avait ainsi parlé d'une myélopathie ischémique, voire d'une première manifestation de sclérose en plaque ou alors d'un syndrome de Devic: « On peut évoquer dans le diagnostic différentiel une myélopathie ischémique - mais l'installation progressive des troubles et l'atteinte à prédominance sensitive parlent contre -, une première manifestation de sclérose en plaques - l'absence de lésion remnographique cérébrale et l'importante pléiocytose sont des

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 arguments de poids contre ce diagnostic, surtout qu'il n'avait pas d'antécédent neurologique - et un syndrome de Devic (peu probable vu l'absence de lésion à l'IRM sur la moelle épinière) » (rapport du 5 janvier 2012, dossier OAI, pièce 229). Quoi qu'il en soit, les symptômes neurologiques présentés ont été unanimement reconnus. Indépendamment de savoir ce qui a pu la causer, l'on peut en l'espèce retenir que le recourant est probablement atteint d'une myélite dorsale : « Patient de 58 ans, adressé

pour une suspicion de myélopathie compressive avec une hyperréflexie généralisée, tétraspasticité et hypesthésie au niveau de D7 ainsi qu'une notion d'incontinence urinaire. Les investigations donnent une haute suspicion de myélite dorsale » (rapport du Dr E. _____ du 5 novembre 2010, dossier OAI, pièce 94). A la suite de quoi, le recourant a encore développé d'autres atteintes. b) autres atteintes Elles ont été signalées par le Dr E. _____. Celui-ci a indiqué que l'état de santé du recourant s'était dégradé au début de l'année 2012 : « L'évolution a été depuis le début de l'année 2012 plutôt défavorable avec une augmentation des douleurs dans les membres inférieurs, raison pour laquelle j'avais demandé des examens supplémentaires qui ont découvert des diagnostics supplémentaires que j'aimerais vous communiquer » (rapport du 21 novembre 2012, dossier OAI, pièce 315). Le recourant souffrirait donc désormais encore d'une artériopathie des membres inférieurs, maladie qui ne générerait toutefois aucune incapacité de travail : « D'abord, on constate une artériopathie des membres inférieurs de stade II a prédominante à gauche avec l'association d'un tabagisme actif. Pour le moment il n'y a pas encore de mesures de re-canalisation et l'artériopathie ne génère pas d'incapacité du travail sauf pour les travaux particulièrement pénibles » (rapport précité). Une polyneuropathie sensitive débutante aurait également été détectée, dont les effets se surajouteraient à ceux de la myélite: « Une deuxième pathologie est une polyneuropathie sensitive débutante avec des examens électro physiologiques qui sont en diminution depuis 2010 et actuellement à la limite inférieure de la norme. Cette pathologie se rajoute à la pathologie spinale (myélite) en péjorant l'équilibre et la marche » (rapport précité). Cette seconde atteinte n'entraînerait pas non plus d'importantes limitations: « Cette pathologie légère et débutante peut interférer avec un travail qui demande des déplacements et le port de charge sur sol inégal » (rapport précité). A priori, ces deux nouvelles atteintes n'ont pas d'influence notable sur la capacité de travail. Elles sont apparemment secondaires, en terme d'apparition comme d'importance. C'est ce que suggèrent le Service médical régional de l'AI (SMR) et sa Dresse I. _____: « Les artériopathies des membres inférieurs ont été classée en 4 stades de gravité par Fontaine en 1954. Le stade II a, que présente cet assuré, correspond à une claudication intermittente apparaissant pour un périmètre de marche supérieur à 200 mètres. Par conséquent, elle demeure sans répercussion sur la capacité de travail dans toute activité sédentaire ou ne nécessitant pas de déplacements à pied sur plus de 200 mètres. La polyneuropathie sensitive légère et débutante

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 est attestée comme pouvant interférer avec la capacité de travail uniquement si l'activité nécessite des déplacements et le port de charge sur sol inégal. Par conséquent, dans toute activité sédentaire ou ne nécessitant ni déplacement de plus de 200 mètres, ni déplacement sur sol irrégulier, ces nouveaux diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail » (rapport du

E. 5

juillet 2013, dossier OAI, pièce 330). c) influences sur la capacité de travail Les médecins se sont prononcés sur la capacité de travail au regard de l'atteinte principale que constitue la myélite dorsale. L'activité d'ébéniste-menuisier est désormais contre-indiquée, tout le monde s'accorde à le dire. C'est la capacité de travail dans une activité adaptée qui est ici discutée. Le Dr E. _____ observe à cet égard que le recourant présente des troubles de l'équilibre et que son rendement pourrait en outre être limité par des douleurs : « La marche avec un objet porté pourrait poser des troubles de l'équilibre. Les troubles de l'équilibre dans un atelier de travail pourraient être dangereux, les douleurs peuvent intervenir avec le

rendement » (rapport du Dr E. _____ du 5 novembre 2010, dossier OAI, pièce 94). Une année après l'apparition de l'atteinte, la motricité fine était très limitée : « la motricité fine des mains est fortement diminuée » (rapport du 20 mai 2011 de la Dresse I. _____, dossier OAI, pièce 135). Mais une amélioration, déjà perceptible, était toutefois attendue: « L'évolution a été favorable, il présente des limitations pour les travaux manuels, qui peuvent s'améliorer en cas de poursuite de l'évolution favorable » (rapport de la Dresse G. _____ du 3 mai 2011, dossier OAI, pièce 129). A côté de cela, le recourant présentait aussi des troubles de la mémoire et de la concentration (rapport précité). Son rendement semblait alors réduit: « Quel est le rendement dans une activité adaptée ? Entre 50 et 100% » (rapport du 20 mai 2011 de la Dresse I. _____, dossier OAI, pièce 135). Au début de l'année 2012, le recourant était encore sujet à des crampes et à des pertes de sensibilité dans les jambes : « On a des crampes musculaires et des paresthésies aux membres inférieurs selon l'effort physique et la durée de la station debout » (rapport du 24 février 2012 du Dr E. _____, dossier OAI, pièce 244). Quoiqu'il en soit, le Dr E. _____ estimait que la capacité de travail pourrait avec le temps presque entièrement se recouvrer: « Oui, travail d'industrie légère, logistique, fabrication de petites pièces. Il faudrait être particulièrement attentif qu'il n'y ait pas de diluants ou de substances qui peuvent s'évaporer et qui sont potentiellement toxiques par l'inhalation. Dans un premier temps 4 h par jour, mais au bout de 3-6 mois il faudrait pouvoir arriver à 6-8 h par jour » (rapport du 24 février 2012, dossier OAI, pièce 244). Mais il fallait tout de même compter avec une réduction de rendement directement liée à l'effort et aux douleurs induites par celui-ci: « Oui, environ 20-30% selon les douleurs. Comme les douleurs spinales ou centrales nerveuses sont souvent liées à l'effort physique, il est difficile à prédire l'influence des douleurs qui vont apparaître à l'effort. S'il s'agit d'un travail avec peu d'efforts physiques l'ensemble des douleurs vont être supportables et peu influencer (env. 20%) le rendement, tandis qu'un travail physiquement lourd avec beaucoup de déplacement va provoquer

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 bien plus de douleurs sous forme de paresthésies et dysesthésies dans les membres inférieurs avec une diminution du rendement d'environ 50% ou plus » (rapport précité). D'une manière plus concrète, la capacité de travail du recourant a été évaluée en atelier, lors du stage professionnel qu'il a accompli au centre Orif de Vaulruz, du 30 avril au 15 juillet 2012. Une baisse de rendement y a certes été constatée, mais celle-ci dépendait beaucoup moins de l'atteinte physique objective que d'autres éléments extra-médicaux: « Les travaux réalisés sont de bonne qualité et répondent aux exigences qualitatives. Cependant, les rendements sont faibles et ils varient entre 40 et 80%. Ces baisses sont imputables pour une certaine part, aux douleurs qu'il nous dit ressentir lors des changements de temps ou de manière générale. Toutefois, elles sont en majeure partie dues aux manques de motivation flagrants en rapport à sa venue au centre et à l'objectif de réinsertion de l'AI, qu'il nous a démontré tout au long de la mesure » (rapport de synthèse du 11 juillet 2012, p. 3, dossier OAI, pièce 288). Ainsi, le recourant se déplaçait certes en claudicant, mais les nombreux déplacements qu'il effectuait au long de la journée n'avaient apparemment pas pour but de le soulager de ses douleurs: « En ce qui concerne ses aptitudes liées aux sens et à la perception, il ne rencontre pas de difficulté apparente, hormis dans le cadre du maintien de son équilibre corporel lors des déplacements. Ces derniers s'effectuent lentement et avec une légère claudication de tout le corps, comparables à des légères sensations de pertes d'équilibre. (...) Il marque une préférence pour les travaux qu'il peut réaliser debout. Il est à même d'alterner les positions assis/debout sans difficulté. Les déplacements sont effectués avec lenteur et ils sont fréquents, ceci pour diverses raisons,

mais pas forcément en lien avec les activités! (boire, parler avec les autres assurés, etc.). Selon nos observations, ces déplacements fréquents ne semblent pas être un moyen de gestion de ses douleurs » (rapport précité, p. 3, dossier OAI, pièce 288). Comme l'envisageait le Dr E. _____, il avait en revanche récupéré sa motricité fine: « Il a une bonne motricité fine et les travaux réalisés sont de qualité. Il peine légèrement dans la vision de détails de très petites dimensions » (rapport précité, p. 3, dossier OAI, pièce 288). En conclusion, les responsables du centre jugeaient le recourant globalement capable de reprendre une activité industrielle légère : « La qualité des prestations fournies est bonne dans des activités simples et répétitives. Des tâches plus complexes sont aussi à sa portée. Il a une bonne compréhension pratique des travaux et il se montre à l'aise dans ce champ d'application. Il est à même de gérer des travaux fins et exigeants avec une certaine précision. Des petits apprentissages pratiques sont envisageables. Les activités dans le contrôle qualité sont à sa portée, sous réserve qu'il soit prêt à en voir l'utilité ou les intérêts, ce qui n'est de loin pas encore clair pour lui » (rapport précité, p. 6, dossier OAI, pièce 285) ; « Votre assuré est à même d'évoluer dans des activités industrielles légères, (contrôle de qualité, préparation de commandes, conditionnement, suivi de production, etc.). Domaines où les exigences professionnelles tiennent compte de son état de santé » (rapport précité, p. 7, dossier OAI, pièce 284). Seul un manque flagrant de motivation pouvait expliquer les baisses de rendement, les perspectives d'une réinsertion professionnelle ne dépendant finalement que de lui: « Il est à l'aise dans la gestion de petits travaux de réparation ou d'entretien, si nécessaire. Les rendements sont fluctuants mais ils sont restés la plupart du temps assez faibles, entre 40 % et 80%. Ces baisses sont explicables par un manque flagrant d'intérêt et de motivation de sa part, mais aussi en raison de douleurs qu'il nous a dit avoir ressenti, et ceci plus particulièrement lors des changements de temps atmosphérique » (rapport précité, p. 7, dossier OAI, pièce 284) ; « Pour résumer : si l'assuré

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 ne modifie pas son attitude, qui est négative, et qu'il ne voit pas la nécessité d'une reprise d'activité pour lui, il sera très difficile de l'accompagner efficacement dans un processus de reclassement » (rapport précité, p. 7, dossier OAI, pièce 284). Il est indéniable en effet que des facteurs extra-médicaux influencent le tableau, facteurs dont la responsabilité n'appartient pas à l'assurance-invalidité. d) facteurs extra-médicaux Le recourant n'était au départ pas disposé à suivre un stage en atelier : « L'assuré est venu au Centre à contrecœur et surtout de façon à répondre aux exigences de votre Office. Malgré le fait qu'il nous dise comprendre les objectifs d'une telle mesure, il n'a pas trouvé la motivation nécessaire pour entrevoir de nouvelles pistes professionnelles à ce jour. Il nous a régulièrement exprimé son mécontentement. En effet, il trouve injuste de lui demander d'entreprendre un reclassement après toutes ses années de cotisations » (rapport de synthèse Orif, p. 2, dossier OAI, pièce 289). Il estimait au contraire avoir droit à une rente entière: « Il m'appelle pour m'informer qu'il a réfléchi. Il n'a pas envie d'aller dans un centre pour du bricolage me dit-il. Il explique qu'il a droit à une rente après deux ans d'incapacité de travail, c'est la loi. Je l'informe que sa santé est jugée meilleure par ses médecins et qu'il existe une capacité de travail. Il est donc indispensable pour nous qu'il réalise une mesure d'évaluation. Il n'en voit pas le sens et me dit qu'il veut retourner chez son ancien employeur, 2 à 3 h. par jour. Il dit qu'après « une heure de boulot il sera déjà fatigué » (rapport d'entretien téléphonique du 23 mars 2012, dossier OAI, pièce 253). Il a ainsi créé un climat de tensions qui a entravé le bon déroulement du stage. Ceci donne à penser que toute réinsertion professionnelle est compromise: « Lorsque l'émotionnel prend le dessus, il utilise un langage et des propos inadaptés en milieu professionnel, il compare

notre encadrement à celui de gardiens de prison... Il peut, dès lors, se montrer virulent et prendre des décisions inadéquates pouvant péjorer son insertion professionnelle. Il dit ne pas accepter la réinsertion ne voyant ainsi ni le sens, ni les objectifs de cette mesure. De ce fait, il adopte une attitude négative et tient des propos désobligeants envers le centre, votre office et la société en général. Ce comportement peut lui porter préjudice dans un milieu professionnel » (rapport de synthèse Orif, p. 5, dossier OAI, pièce 286) ; « Votre assuré reste parfois difficile à contrôler. Il est susceptible de nous prendre à partie verbalement et de façon inadaptée. Ces déviations au niveau du comportement sont des éléments négatifs indéniables, quelque soit le projet pouvant correspondre à ses compétences et limitations » (rapport Orif, p. 2, dossier OAI, pièce 289). Le Dr E. _____ le laisse d'ailleurs clairement entendre: « Une reprise du projet de réinsertion professionnelle en tant que menuisier-ébéniste n'est pas envisagée avant que la question de l'exposition à des substances potentiellement neurotoxiques soit clarifiée par les experts. Bien sûr on peut se poser la question si on veut plutôt se lancer dans une réinsertion professionnelle dans un autre domaine sans exposition chimique. Il est peu motivé d'entreprendre ces démarches mais du point de vue médical il possède quand même une certaine aptitude au travail » (rapport 16 mars 2011, dossier OAI, pièce 108). Le recourant est en conflit avec les assurances et cela atteint probablement sa motivation : « Il exprime son mécontentement. Il dit qu'il attend bientôt depuis 2 ans et il se sent trimbalé par les assurances. Il informe que la SUVA ne veut pas reconnaître que sa maladie est d'origine

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 professionnelle. Il a demandé le soutien de sa protection juridique. En effet, il a déposé une demande le 21 juillet 2010. La Suva lui a écrit le 24 janvier pour l'informer que son atteinte à la santé n'était pas due à son activité professionnelle. Il explique également qu'il aurait pu prendre une retraite anticipée mais que cette maladie le met dans une situation difficile. Il ne touche plus de salaire depuis le 8 mars 2012 et s'interroge comment payer ses factures » (rapport intermédiaire du 20 mars 2012 sur la réadaptation professionnelle, dossier OAI, pièce 247). Il semble enfin avoir une consommation d'alcool problématique : « Nous suspectons une consommation d'alcool. C'est un élément qu'il ne nie pas, bien au contraire, il pense que ce n'est pas problème et qu'il le gère ! » (rapport de synthèse Orif, p. 2, dossier OAI, pièce 289) ; « Il reconnaît une consommation quotidienne d'alcool et dit avoir eu des périodes de dépendance plus ou moins fortes, notamment après le décès de son épouse » (rapport précité, p. 5, dossier OAI, pièce 286). Tous ces facteurs influencent très certainement, non seulement son rendement, mais aussi la perception qu'il a de sa propre capacité de travail dans une activité adaptée, qui, d'un point de vue strictement médical, n'est de loin pas aussi limitée qu'il le pense. 4. Il ressort de tout ce qui précède que le recourant est certes incapable de reprendre une activité professionnelle dans le milieu qui fut le sien. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée légère, en milieu industrielle, est préservée. Le Dr E. _____ admet en effet que celle-ci pourrait même se monter jusqu'à 8 heures par jour. Le stage en atelier a pour sa part clairement démontré que les baisses de rendement étaient influencées par des facteurs extra-médicaux, indéniablement présents en l'espèce, mais qui ne sauraient toutefois engager la pleine responsabilité de l'assurance-invalidité. Une expertise complémentaire s'avère par ailleurs inutile dans ces conditions. Dans la mesure, en effet, où la décision de l'OAI retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec tout de même une diminution de rendement de 25%, et en tenant compte encore d'une réduction de 5% du revenu exigible pour cause de désavantage salarial, elle ne peut être critiquée. Opérer une réduction supplémentaire, ce serait en l'espèce tenir compte des divers

facteurs extra- médicaux recensés et en faire porter la responsabilité à l'assurance-invalidité. Force est ainsi de constater que le droit à la demi-rente, fondé sur un taux de 50% d'invalidité, correspond bien à l'impact, sur sa capacité de travail et, partant, de gain, de l'atteinte médicale subie par le recourant. La question de la contestation du revenu de valide, pour autant que celle-ci se soutienne d'un point de vue juridique, n'est enfin pas déterminante, si l'on considère que le taux d'invalidité retenu se monte à exactement 50% et que la seule indexation, sur deux ans, de ce dernier revenu de valide ne saurait manifestement entraîner l'octroi de trois-quarts de rente. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais déposée le 28 octobre 2013. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision querellée est confirmée. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant ; ils sont compensés avec son avance de frais. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 27 mai 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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