

FR_GERICHTE 605 2013 70 vom 17. Juni 2015

FR Kantonsgericht, 2015-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_70

FR: FR_GERICHTE 605 2013 70 du 17 juin 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 70 del 17 giugno 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 27

juillet 2010, que, dans une activité adaptée, la capacité de travail et le rendement étaient de 100%. Le 20 janvier 2011, il a été victime d'une nouvelle chute avec réception sur l'épaule droite, laquelle lui a causé une contusion, avec une nouvelle incapacité de travail de 100%, attestée médicalement, depuis cette date et qui perdure encore actuellement. Le 30 septembre 2011, son contrat de travail a pris fin. Au vu de l'évolution défavorable du cas, une expertise neurologique de l'assuré a été réalisée par le Dr G._____, spécialiste FMH en neurologie, en date du

E. 29

septembre 2011 dont il ressort qu'aucun problème de neurologie périphérique n'explique la limitation de la mobilité de l'épaule droite. Le neurologue a toutefois proposé une hospitalisation à H._____. Cette hospitalisation a eu lieu du 16 novembre au 6 décembre 2011. Entretemps, le 4 octobre 2011, l'assuré a été examiné par le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a conclu que ses problèmes fonctionnels n'étaient pas d'origine psychiatrique. En outre, le 10 octobre 2011, le SMR a procédé à une analyse rhumatologique de l'assuré et a rendu un rapport émis par la Dresse J._____, spécialiste FMH en rhumatologie, daté du 29 novembre 2011, dont émanent les diagnostics suivants : « Douleurs chroniques de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle. Tendinopathie du muscle sus-épineux. Arthrose acromio-claviculaire. Status post-luxation antéro-inférieure de l'épaule droite avec déchirure du tendon du sus-épineux et du long chef du biceps (13.10.2008), status post-suture du sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie de l'épaule droite (30.10.2008) (...) ». En conclusion, le SMR estime que l'importance des douleurs et l'impotence ne sont expliquées ni sur le plan orthopédique ni sur le plan neurologique et, dès lors, dans l'ancienne activité d'aide-boucher, la capacité de travail est estimée à 70%, avec une diminution de rendement de l'ordre de 5 à 10% en raison des douleurs chroniques; en revanche, dans une

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 activité adaptée, la capacité de travail est de 100% avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 5% en raison des douleurs chroniques de l'épaule droite. A la sortie de l'hospitalisation à H._____, les médecins ont conclu également à une capacité de travail complète dans une activité adaptée dans leur rapport du 16 décembre 2011. Le 21 mars 2012, le SMR, en réponse aux questions de l'OAI, a estimé que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée à 100% avec une diminution du rendement de 5 à 10% en raison des douleurs chroniques. Le 18 janvier 2012,

l'assureur-accidents a cessé tout paiement d'indemnités avec effet au

E. 31

janvier 2012, mais l'assureur perte de gain maladie a pris le relais jusqu'au 28 février 2013. Le 11 juillet 2012, un nouvel examen médical a été réalisé par le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-chef adjoint, sur demande du Dr C._____, au vu de la dégradation, inexpiquée médicalement, de l'état de santé de son patient, concernant le diagnostic et la thérapie. Le Dr K._____ a retenu une « dyskinésie du membre supérieur droit et rupture de coiffe des rotateurs partielle après fixation de celle-ci » et a conclu à la nécessité de poursuivre les investigations neurologiques (« recherche d'une maladie centrale »). Sur demande de l'assureur perte de gain maladie, l'assuré a été examiné par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 28 novembre 2012, considère que, outre les entraves physiques, les manifestations anxieuses et dépressives liées aux accidents ne permettent pas à l'assuré de reprendre une activité lucrative. Dans un nouveau rapport du 24 septembre 2012, le Dr K._____ avoue son impuissance face à l'aspect clinique totalement inhabituel chez le patient, lequel ne s'explique par aucune origine neurologique, mais reconnaît une capacité de travail nulle en tant que cuisinier. Il estime nécessaire une nouvelle hospitalisation auprès de H._____. Le 28 janvier 2013, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique établie par le Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. En résumé, ce spécialiste diagnostique un « trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2); majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) » mais considère que ces troubles ne sont pas de nature à affecter la capacité de travail qui reste entière du point de vue psychiatrique. Le 27 février 2013, l'OAI, se fondant sur ces différents rapports médicaux, a rendu une décision de refus de rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité fixé à 16%, insuffisant pour l'octroi d'une rente, même partielle. Le 4 mars 2013, le Dr K._____ a confirmé à nouveau ses constatations du 24 septembre 2012. Appelé à se prononcer sur cet avis, le SMR a estimé qu'il n'était pas pertinent en raison du non changement de diagnostic et de l'absence d'indices parlant en faveur d'une origine neurologique de ses troubles. En confirmation des avis des Drs F._____ et C._____, le SMR a confirmé la pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Pour sa part, par décision du 2 avril 2013, l'assureur-accidents a alloué au recourant une rente d'invalidité LAA de 649 francs par mois, sur la base d'un taux d'invalidité de 16% dès le 2 janvier 2012 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 25%. B. L'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours contre la décision AI, le 18 avril 2013. En substance, il estime que son état de santé n'est de loin pas stabilisé; au contraire, il s'est même aggravé depuis son séjour à H._____ et le tableau clinique est assez défavorable, sachant qu'une nouvelle opération est considérée comme plutôt risquée. Il relève aussi que tous les médecins consultés se montrent incapables de déterminer la cause du

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 problème au coude droit qu'il ne peut absolument plus plier. Au vu de ses limitations et des douleurs chroniques qu'il endure, il n'est absolument pas en mesure de travailler, ni dans son ancienne activité d'aide-boucher ni dans une autre activité adaptée. A l'appui de ses dires, il cite les rapports de ses médecins traitants. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le 21 mai 2013, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de 800 francs. Le 21 juin 2013, le

recourant produit des pièces complémentaires au dossier : une lettre du 14 mai 2013 de la Dresse N. _____, spécialiste FMH en anesthésie et antalgie ainsi qu'une attestation du 13 juin 2013 de cette praticienne dont il ressort que l'assuré présente des douleurs à fort caractère neuropathique et qu'une prise en charge par le service d'ergothérapie de O. _____ devrait être mise en place afin d'instaurer une réappropriation d'un schéma corporel correct visant à obtenir une amélioration de la motricité du bras. Dans ses observations du 26 juin 2013, l'OAI relève, du point de vue somatique, qu'il n'y a pas eu de changement dans l'état de santé du recourant dont la péjoration ne peut être expliquée par aucune raison organique ni psychique et que, de l'avis de différents médecins, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. De plus, le 9 juillet 2013, l'OAI estime que les avis de la Dresse N. _____ n'apportent aucun élément nouveau dans ce dossier; partant, il maintient ses conclusions. Dans ses contre-observations du 11 novembre 2013, le recourant estime que le médecin du SMR et le Dr C. _____ n'apportent aucun argument objectif organique pour justifier la capacité de travail entière; il relève aussi les rapports contradictoires des deux psychiatres qui l'ont examiné et affirme que les symptômes dont il souffre sont d'origine neurologique, raison pour laquelle son neurologue l'a adressé au service de neurologie de P. _____ pour un bilan complet. Partant, il estime nécessaire de nouvelles mesures d'instruction. L'OAI n'a pas émis de remarques à ces contre-observations. Dans le cadre de l'instruction du recours, la déléguée à l'instruction a requis la production du rapport neurologique susmentionné, qui ne figurait pas au dossier, en date du 29 avril 2015. En réponse, le 11 mai 2015, le recourant a déposé plusieurs rapports médicaux, à savoir une attestation du 5 septembre 2013 de la Dresse N. _____ indiquant en substance l'incapacité de reprise d'une quelconque activité professionnelle; un rapport du 30 janvier 2014 du Service de neurologie de P. _____ qui mentionne l'absence de signes corrélant les plaintes; un nouveau rapport dudit service daté du 27 mars 2014 confirmant une faiblesse du membre supérieur droit d'origine fonctionnelle, mais sans signe de déficit sensitivomoteur ni comorbidité psychiatrique et enfin une lettre de la Dresse N. _____, datée du 7 mai 2015, qui confirme que l'examen neurologique spécialisé n'a jamais été effectué et qui annonce d'autres examens médicaux à réaliser en cours d'année 2015. Pour sa part, l'OAI, dans sa détermination du 21 mai 2015, relève que l'examen neurologique n'a pas eu lieu et que le dossier est en l'état suffisamment instruit; partant, il maintient intégralement ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale 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 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme

de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon 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. b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). 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 donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). 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. C'est l'application de la méthode ordinaire de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 946/05 du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les références citées). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin éventuellement aussi d'autres spécialistes 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard,

l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [I 19/02] du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [9C_201/2007] du 29.01.2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). 3. a) Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé du recourant présente un degré d'invalidité suffisant pour justifier de l'octroi d'une rente. Il ne fait pas de doute que l'assuré présente des douleurs chroniques qui, jusqu'ici, n'ont pu être expliquées ni au plan organique, ni au plan psychique par les divers médecins spécialistes qui l'ont examiné. Tous concordent toutefois à admettre que ce dernier n'a plus l'usage de son bras droit sans qu'aucun d'entre eux ne considère qu'il feint, voire qu'il exagère; ce nonobstant, les experts estiment sa capacité de travail totale dans une activité adaptée. Dans son expertise du 22 février 2010, le Dr F. _____ atteste que « Dans un poste adapté ou allégé, le travail pourrait être assumé à 100%. Je pense à un travail administratif de gardien de parc, de gérant d'une station d'essence, etc... ». Le rapport médical du 19 avril 2011 du Dr C. _____ qui a opéré le recourant fait état d'une faiblesse du membre supérieur droit et souligne qu'une motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel

n'est que partielle et que l'absentéisme prévisible est important. L'expertise neurologique du Dr G._____ effectuée le 29 septembre 2011 précise que : « Je pense que l'on peut raisonnablement admettre qu'il n'y a aucun problème de neurologie périphérique susceptible d'expliquer la limitation de la mobilité de l'épaule droite de notre patient. Il semblerait plutôt s'agir de lâchages antalgiques, voire éventuellement d'une certaine crainte de se mobiliser. Vu la longue évolution allant plutôt en se péjorant et les difficultés à obtenir des résultats probants avec une physiothérapie ambulatoire pourtant bien menée, pourrait-il y avoir un intérêt de faire hospitaliser [le recourant] dans un établissement de médecine physique et de réhabilitation, en vue d'une physio- et ergothérapie intensive, ensemble avec (sic) une étude de ses possibilités de recyclage, dans un établissement comme la clinique de la Suva à Sion ? ». Le 4 octobre 2011, le psychiatre I._____ constate un état dépressif léger chez l'assuré, mais estime que la prise en charge psychiatrique ne peut rien lui apporter, l'origine du problème n'étant pas d'ordre psychiatrique. Le SMR, dans son expertise rhumatologique du 29 novembre 2011, conclut au diagnostic suivant : « Douleurs chroniques de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle. Tendinopathie du muscle sus-épineux. Arthrose acromio-claviculaire. Status post-luxation et du long chef du biceps (13.10.2008), status post-suture du sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie de l'épaule droite (30.10.2008). Discrète douleur de l'épaule gauche sur possible

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Impingement syndrom. Arthrose acromio-claviculaire (IRM de l'épaule gauche du 23.02.2011). Status post-traumatisme de l'épaule gauche (chute le 21.01.2011). Diagnostics sans influence sur la capacité de travail. Surcharge pondérale. Lombalgies chroniques anamnestiques actuellement asymptomatiques ». En conclusion, le SMR estime, au plan des limitations fonctionnelles, « pas de travail les bras au-dessus de l'horizontale, pas de travail de force impliquant les membres supérieurs, pas de port itératif de charge portée près du corps > 10-15kg, portée à bout de bras > 5-10kg, pas de travail sur échelle ni échafaudage ». Au niveau de la capacité de travail dans l'ancienne activité, le SMR la juge à 70% : « dans l'ancienne activité professionnelle d'aide- boucher, on peut admettre une capacité de travail à 70%, l'incapacité de travail de 30% étant justifiée par l'incapacité de l'assuré de décrocher/porter des carcasses, d'effectuer des travaux de désossage lourd, de porter des charges. Il est encore à s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 5-10% en raison des douleurs chroniques, lesquelles entraînent un ralentissement dans l'exécution des tâches ». Pour ce qui est de la capacité de travail dans une activité adaptée, le SMR dispose que « on peut admettre que [le recourant] est susceptible de travailler à 100% avec cependant une diminution du rendement de l'ordre de 5% en raison des douleurs chroniques de l'épaule droite ». En septembre 2012, suite à l'aggravation de son état de santé, l'assuré a été adressé par l'assureur-accidents au Dr L._____, psychiatre également, lequel a constaté en l'état une incapacité de travail mais a refusé de se prononcer sur son évolution future dans l'attente de divers examens médicaux dans son rapport du 28 novembre 2012. L'expertise réalisée par H._____ en date du 5 décembre 2011 retient, pour sa part, s'agissant de l'examen neurologique, l'absence de pathologie pouvant expliquer le tableau clinique; au plan psychiatrique, il n'y a pas de diagnostic d'une psychopathologie et, en résumé, « on se trouve face à une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit dont l'origine reste indéterminée ». Cependant « le pronostic reste sombre quant à l'utilisation et l'intégration du membre supérieur droit dans les activités de la vie quotidienne ». Par ailleurs, il est précisé que « Du point de vue orthopédique pur, la reprise d'une activité professionnelle qui ne demande pas

de travail au-dessus de l'horizontal et de port de charges, par exemple poste de travail sur l'établi, pourrait être envisagée. Cependant la réinsertion du patient qui présente une surcharge psychologique difficile à déterminer semble difficile (...). Capacité de travail complète dans un poste adapté ». Un rapport du Dr K. _____ daté du 12 avril 2012 confirme le diagnostic « dyskinésie du membre supérieur droit et rupture de coiffe des rotateurs partielle après fixation de celle-ci ». Quant au Dr C. _____, dans une missive du 1er mars 2012, il réaffirme l'incapacité totale de travail de son patient dans une quelconque activité. Dans une nouvelle évaluation du cas, le SMR confirme sa position, le diagnostic étant inchangé, tant quant à l'évolution somatique qu'à la capacité de travail. L'expertise psychiatrique du 28 janvier 2013, réalisée par le Dr M. _____, démontre que l'assuré « ... présente un trouble anxieux et dépressif mixte, affection réduite et non invalidante. Il présente en outre une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, aspect qui n'est pas non plus à l'origine d'une incapacité de travail. La capacité de travail, sur le plan strictement psychiatrique, est entière. Le pronostic doit être qualifié de plutôt défavorable avec une intensification possible de la symptomatologie psychiatrique à l'avenir ». Dans son rapport du 4 mars 2013, le Dr K. _____ qui a revu le patient estime qu'une nouvelle intervention chirurgicale serait sans chances de succès en raison de « la perte majeure de schéma corporel » et au vu du manque de collaboration du patient, même s'il admet que « les troubles sont

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 réels ». Il est d'avis qu'il est indispensable d'améliorer l'équilibre psychosomatique avant toute nouvelle opération. Il estime cependant la capacité de gain nulle dans la situation actuelle. Enfin, le 26 mars 2013, le SMR réaffirme que les nombreux médecins qui ont examiné le patient posent le même diagnostic, relèvent la perte de fonction du membre supérieur qui reste inexpliquée, tant au plan somatique qu'au plan neurologique ou psychique, mais qu'il existe bien une capacité de travail conservée dans une activité adaptée. Par ailleurs, si l'on se réfère aux récents rapports émis par P. _____, en date du 30 janvier et 27 mars 2014, l'assuré présente des symptômes diffus, mais aucun signe neurologique qui viendrait corrélérer ses plaintes n'a pu être mis en évidence. Du point de vue psychiatrique pur, l'expertise du Dr M. _____ indique que l'assuré « ne présente pas à l'heure actuelle une comorbidité majeure de l'axe 1, en particulier absence des symptômes de la ligne psychotique ou troubles de l'humeur et anxieux. Le patient frappe par la plainte douloureuse et par les discours complètement focalisé (sic) sur sa situation sociale, le combat qu'il perçoit comme tel, de se battre contre les assurances maladie et avec l'AI. (...) ». b) Au vu des divers examens médicaux et des expertises versées au dossier, la Cour retient les éléments suivants. Tout d'abord, le diagnostic posé n'est pas remis en cause : tous les médecins admettent une perte de fonction du membre supérieur droit, perte inexpliquée médicalement. En effet, au plan somatique, rien ne justifie objectivement cette perte. Il n'en demeure pas moins que le recourant présente des douleurs qui ne sont pas remises en cause. Toutefois, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité. L'allégation de douleurs doit être corrélée à des observations médicales concluantes sur le plan somatique ou psychique à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_911/2011 du 13.06.2012). Les douleurs ont été correctement prises en compte par l'autorité intimée comme on va le voir ci-dessous. Le Tribunal cantonal considère que, au vu des limitations retenues par lesdits spécialistes, il paraît difficilement concevable que le recourant puisse reprendre son travail dans son ancienne activité : en effet, à partir du moment où il est spécifié que le port de

charges de plus de 5 kilos est prohibé, de même que des activités à la verticale, le désossage lourd et autres activités impliquant une certaine force, avec de surcroît une limitation de rendement de l'ordre de 10%, on voit mal comment le recourant pourrait travailler au poste d'aide-boucher. Par surabondance, il convient de rappeler que, après l'accident, l'employeur du recourant avait tenté de l'astreindre à des travaux plus légers, sans succès toutefois. Ces limitations étant liées à la perte de fonction du membre supérieur, elles expliquent clairement l'impossibilité d'effectuer n'importe quelle profession pour laquelle il est nécessaire de recourir à un certain engagement physique. Toutefois, si l'ancienne activité n'est plus envisageable, cela ne signifie pas pour autant que l'assuré ne peut être réadapté dans une activité plus légère, conforme à ses limitations fonctionnelles. A cet égard, il ressort des expertises des Drs F._____, M._____, G._____, de H._____ et du SMR que la capacité de travail dans une activité adaptée est totale. Le Dr C._____ estime aussi possible de réadapter le recourant dans une activité appropriée, mais doute de la possibilité de le faire en raison de sa situation psycho-sociale, constat que partage également le Dr K._____. Le Dr L._____ ne s'est pas prononcé dans l'attente de résultats d'examen médicaux somatiques. Seule la Dresse N._____ estime impensable que le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 recourant reprenne une quelconque activité dans la situation actuelle. Il sied néanmoins de relever que les médecins semblent tous s'accorder pour considérer que les limitations du recourant sont dues surtout à des causes psychosomatiques inhérentes à sa situation personnelle. Aux dires des experts, ces problèmes ne sont pas de nature invalidante et ne sauraient justifier l'octroi d'une rente d'invalidité au sens de l'AI. Ils tiennent bien plus de facteurs étrangers à l'invalidité. La Cour relève que le recourant a été adressé à plusieurs spécialistes : orthopédistes, neurologues, rhumatologues et psychiatres sur une longue période (2008 – 2013) et que les diverses expertises médicales rendues au cours de cette période ainsi que les conclusions du médecin SMR reposent sur une constatation objective des faits et sont fondées sur une analyse circonstanciée de l'état de santé du recourant et de ses plaintes, en parfaite conformité avec les exigences de la jurisprudence. A ce stade, il y a lieu de considérer que le dossier a été suffisamment instruit pour qu'il soit possible de se faire une opinion de l'état de santé du recourant et de son implication sur sa capacité de travail. Or, selon lesdites expertises, cette situation n'est pas liée à des facteurs de santé physiques ou psychiques, mais bien à un manque de volonté du recourant de surmonter son état, en se focalisant sur l'obtention d'une rente de l'assurance- invalidité. La Cour fait ainsi siennes les conclusions émises par les experts selon lesquelles le recourant, quand bien même il se plaint de douleurs, aurait des ressources pour s'intégrer sur le marché du travail, dans une activité légère et peu exigeante, mais que, par manque de motivation et de collaboration, il se refuse à le faire, contrevenant ainsi à son obligation de tout mettre en œuvre pour réduire son dommage. Il n'appartient donc pas à l'assurance-invalidité de pallier ces manquements du recourant. Dans sa décision, l'OAI a pris en compte le salaire que le recourant pourrait obtenir dans une activité adaptée (ESS 2010, TA1, total, hommes, niveau 4) et a retenu un salaire brut mensuel de 4'091 francs, calculé sur une base hebdomadaire de 40 heures. Ramené à la durée usuelle de travail (41.6 heures), le revenu mensuel à prendre en considération s'élève à 5'097 fr. 05, soit un revenu annuel de 61'164 fr. 40. Ce revenu est en outre amputé d'une réduction de rendement de 5% pour tenir compte de ses douleurs, ainsi que d'une réduction de 10% supplémentaire au titre de désavantage salarial, pour un montant total de 52'295 fr. 70. Comparé au revenu d'aide- boucher perçu avant ses

problèmes de santé, de 61'976 fr. 85, l'OAI parvient à une perte de gain de 9'681 fr. 15, soit un degré d'invalidité de 16%, ce qui est insuffisant pour l'obtention d'une rente, même partielle. Le calcul de l'OAI est en tous points conforme aux constatations médicales concordantes ainsi qu'à la jurisprudence du Tribunal fédéral et ne saurait être réformé. 4. Sur le vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à 800 francs et mis à la charge du recourant qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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 17 juin 2015/ESC Présidente Greffier-stagiaire

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