

FR_GERICHTE 605 2015 267 vom 22. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_267

FR: FR_GERICHTE 605 2015 267 du 22 août 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 267 del 22 agosto 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

a) 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 (lit. c). 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 indique 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 2ème phrase LAI).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 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 la 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). b) 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 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 156, 114 V 310; RCC 1982, p. 36). c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). 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 qu'une autre. S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 (arrêt TF I 10/02 du 26 juillet 2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 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. d) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les rapports médicaux l'emportent sur les rapports des stages d'observation, respectivement des mesures de réinsertion (arrêt TF I 763/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 in fine). Il a également précisé cette jurisprudence en retenant que les

données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle dont le rôle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée ou sur la capacité de travail suite à une éventuelle atteinte à la santé (cf. arrêt TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1).

E. 4

Est en espèce litigieux le droit à la rente du recourant. L'OAI se fonde pour sa part essentiellement sur l'expertise médicale ordonnée pour retenir un taux d'invalidité de 17,75%, fondé sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 Le recourant estime quant à lui qu'il fallait également se baser sur l'opinion des médecins traitants ainsi que sur les différents rapports de l'Orif, qui laisseraient apparaître une diminution plus importante de sa capacité de travail. Ce dernier estime que son incapacité de travail se monte à 90% et qu'il a donc droit à une rente entière. Il s'agit de se référer au dossier constitué par l'AI. a) atteintes initiales Avant de devenir responsable d'un dépôt frigorifique, le recourant, né en 1972, a notamment exercé les métiers d'employé postal, de vendeur-livreur, de gérant d'un magasin de cigares, d'agent de sécurité ou de chef de service technique. Il a demandé une rente AI le 17 juillet 2012, en raison de douleurs liées aux séquelles d'un infarctus osseux situé au niveau de la hanche gauche (demande de prestations AI du 17 juillet 2012, dossier OAI, pièce 4). Selon le rapport médical du Dr C._____, spécialiste FMH en réadaptation et médecine interne, le recourant souffre de deux atteintes, l'une à la hanche et l'autre au niveau du bas ventre: « Il présente 2 problèmes importants et bien distincts. Le premier est celui d'un syndrome douloureux chronique de la paroi abdominale et des insertions au niveau du bassin qui a débuté en 2007. Il a été multi-investigué et est actuellement traité par morphiniques. Comme deuxième problème, il existe des douleurs de la hanche G avec lésions fémorales et coxarthrose. Il y a déjà eu la mise en place d'une DHS en 2010. Les douleurs restent invalidantes » (rapport médical du 3 septembre 2012, dossier OAI, pièce 76). La nécrose de la tête fémorale diagnostiquée a nécessité la pose d'une demi-prothèse au niveau de la hanche. Durant l'année qui a suivi cette opération, le recourant n'a ressenti aucune douleur à cet endroit et n'a pas non plus été entravé dans sa motricité. Les douleurs au niveau de la hanche du recourant sont réapparues en avril 2012, entraînant chez lui de fortes douleurs, des difficultés à se déplacer et à monter les escaliers - l'obligeant notamment à se servir d'une canne – ainsi qu'à porter des charges. C'est ce qui a par ailleurs été retenu par le Dr D._____, chef de service d'orthopédie et traumatologie: « L'évolution a été favorable pendant une année environ mais, depuis quelques mois, les douleurs sont réapparues, principalement au pli inguinal et à la face antérieure et latérale de la région péritrochantérienne. Ces douleurs ont une composante nocturne, avec également une mise en route matinale difficile et une exacerbation à la mobilisation et au port des charges » (rapport médical du 30 mai 2012, dossier OAI, pièce 90). Il a ainsi diagnostiqué chez le recourant une « coxarthrose débutante à gauche – status après curetage, plombage et ostéosynthèse prophylactique par DHS d'une lésion osseuse du fémur proximal gauche, compatible avec un infarctus osseux ancien, le 23.12.2010 » (rapport médical du 30 mai 2012, dossier OAI, pièce 90). Concernant ses douleurs au bas-ventre, elles sont de type neuropathique mais d'origine inconnue, selon le Dr E._____, spécialiste FMH en anesthésiologie et antalgie (rapport médical du 22 novembre 2011, dossier OAI, pièce 95). Cette même atteinte a été qualifiée de la manière suivante par le Dr D._____: « syndrome douloureux chronique de la paroi abdominale et des insertions au niveau du

bassin, de longue date, multi-investiguées, sous morphiniques au long cours » (rapport médical du 30 mai 2012, dossier OAI, pièce 90).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 Le recourant ne semble en revanche pas être atteint au niveau psychique. En effet, selon les conclusions du Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sa capacité, tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée, est entière: « l'examen psychiatrique du 24 septembre 2013 met en évidence : un moral qualifié par l'assuré d' « excellent », sans expression de tristesse ni d'irritabilité, sans rumination existentielle ni idée noire, sans fatigue ni trouble de la concentration ou de mémoire, sans anhédonie: l'assuré apprécie de faire du modélisme, de bricoler, d'être en famille, de lire, sans repli social: il déclare des amitiés et connaissances qui se rencontrent toutes les semaines, sans perte d'estime de lui-même: il se déclare sérieux, honnête, ponctuel, le sommeil est déclaré globalement bon, l'appétit serait augmenté, la libido serait satisfaisante. L'examen psychiatrique met aussi en évidence l'absence d'élément en faveur d'angoisses itératives, d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crise d'anxiété généralisée, de la lignée obsessionnelle » (expertise médicale du 26 septembre 2013, dossier OAI, pièce 126). Le deuxième expert psychiatrique, le Dr G. _____, est parvenu aux mêmes conclusions dans son expertise du 18 juin 2015, en retenant une pleine capacité de travail: « compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, cet assuré ne présente aucun signe ou symptôme d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité qui justifierait l'incapacité de travail » (expertise médicale du 18 juin 2015, dossier OAI, pièce 318). Ainsi, le symptôme douloureux chronique n'aurait, selon ces deux derniers spécialistes, aucune incidence sur la capacité de travail. Le recourant ne le conteste pas, mais se déclare exclusivement atteint dans sa santé physique. b) capacité de travail aa) l'expert Confiée au Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, l'expertise médicale datant du 18 novembre 2013 révèle que la capacité de travail du recourant est limitée dans son activité, mais entière dans une activité adaptée qui alterne les positions et limite les ports de charge: « du point de vue de son exigibilité, dans son ancienne activité de responsable d'une équipe de dispatching, vu qu'il devait effectuer des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail est estimée à 80%. Dans une activité adaptée, en alternant les positions assise et debout et en limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 kg, et ce de manière répétitive, sa capacité de travail peut être entière » (expertise médicale du 18 novembre 2013, dossier OAI, pièce 135). Il a notamment tenu compte des conclusions de son confrère psychiatre qui retient une capacité de gain totale du point de vue psychiatrique: « d'un point de vue interdisciplinaire, au vu du rapport d'expertise du Dr F. _____, qui ne retient aucune affection psychiatrique sous-jacente, sa capacité de travail, dans son activité antérieure de magasinier et responsable d'une équipe de dispatching est estimée à 80%, estimant qu'il devait effectuer des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail peut être totale » (expertise médicale du 18 novembre 2013, dossier OAI, pièce 135). Il écarte en ce point les conclusions du médecin traitant, qui conclut pour sa part à une incapacité de travail totale: « Cette appréciation se différencie de celle du Dr C. _____ qui estime l'incapacité de travail totale. Cependant, l'assuré ne présente pas de limitations des amplitudes

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 articulaires de la hanche G, les troubles dégénératifs sous-jacents ne sont pas pertinents, ils ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Celle-ci est probablement imputable à un syndrome

perthrochantérien, possiblement secondaire à une hypomobilité de la charnière lombo-sacrée ainsi qu'une hypoextensibilité du tenseur du fascia lata, associée à une méralgie paresthésique et des douleurs d'insertion des grands droits. Il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de limitation des amplitudes articulaires, de signe de synovite ou de ténosynovite ou d'atteinte inflammatoire » (expertise médicale du 18 novembre 2013, dossier OAI, pièce 135). Le spécialiste se prononce ainsi clairement en faveur d'une reprise du travail à plein temps dans une activité adaptée: « une reprise d'une activité professionnelle est recommandée, ce d'autant plus que l'assuré est désireux de retrouver une activité professionnelle et ce, à 100%, en espérant pouvoir adapter son activité en limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier. Il serait par ailleurs opportun qu'il bénéficie d'une approche thérapeutique telle que décrit » (expertise médicale du 18 novembre 2013, dossier OAI, pièce 360). En raison de discordances entre l'expertise médicale du 18 novembre 2013 et des stages effectués par le recourant (dont les résultats seront exposés plus loin), une deuxième expertise a cependant dû être ordonnée. Dans sa seconde expertise médicale datant du 8 juin 2015, le Dr H._____ a ainsi certes retenu une capacité de travail de 70% seulement (et non plus 80%) dans son ancienne activité de magasinier responsable d'une équipe de dispatching, mais reste sur sa position quant à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée: « Dans une activité adaptée, en alternant les positions assise et debout et en limitant les ports de charge en port-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg, et ce de manière répétitive, sa capacité de travail est entière » (expertise médicale du 8 juin 2015, dossier OAI, pièce 302). Il reprend pour l'essentiel les appréciations de son expertise du 18 novembre 2013 (cf. expertise médicale du 8 juin 2015, dossier OAI, pièce 302 ss). Il écarte notamment les conclusions de la Dresse E._____: « Cette appréciation se différencie de celle de la Dresse E._____, qui estime une incapacité de travail totale. Celle-ci intègre probablement dans son rapport du 25.09.2014, un épuisement physique et psychologique, faisant état qu'on lui aurait retiré un travail qui lui plaisait et pour lequel il arrivait encore à surmonter ses douleurs » (expertise médicale du 8 juin 2015, dossier OAI, pièce 302). Cette dernière semble par ailleurs essentiellement se fonder sur des facteurs extra-médicaux, relevant une fatigue globale et des difficultés relationnelles avec son employeur. Il ne fait au demeurant état que d'une incapacité de travail limitée dans le temps: « Actuellement, mon patient est épuisé tant au niveau physique que psychologiquement. On lui a retiré un travail qui lui plaisait et pour lequel il arrivait encore à surmonter ses douleurs. Actuellement, il n'y a plus aucune motivation, son nouveau chef ne le comprend pas. Je pense que pour toutes ces raisons, il a besoin de souffler un peu. Je suggère donc un arrêt de travail à 50% pour une durée de 2 mois » (rapport médical du 25 septembre 2014, dossier OAI, pièce 242). bb) les autres médecins Dans son rapport du 3 septembre 2012, le Dr C._____ a considéré que le recourant était en incapacité totale de travail dans l'activité exercée, et qu'aucune autre activité professionnelle

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 n'était envisageable, sans pourtant étayer ses propos ni donner de raisons précises qui le mènent à cette conclusion (cf. rapport du 3 septembre 2012, dossier OAI, pièce 75). De plus, s'agissant du médecin traitant du recourant, il convient de n'apprécier ses conclusions qu'avec retenue au vu du rapport de confiance qu'il entretient avec son patient. En 2014, le Dr I._____, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne, a pour sa part également retenu qu'il ne pouvait pas être exigé du recourant qu'il reprenne une activité professionnelle, même adaptée. Son rapport médical doit cependant également être apprécié avec la plus grande retenue, non seulement suit-il le

recourant depuis de nombreuses années mais encore semble-t-il se contenter de simplement relayer ses plaintes douloureuses: « impossibilité de poursuivre son travail en raison des douleurs » (rapport médical du 7 juin 2014, dossier OAI, pièce 190). Le 22 novembre 2012, la Dresse E. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et antalgie, a quant à elle tout d'abord considéré que l'activité exercée n'était certes pas exigible, mais que l'on pouvait raisonnablement s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 22 novembre 2012, dossier OAI, pièce 93). Dans son rapport médical du 8 mai 2014, elle a semblé plutôt favorable à une reprise du travail à terme: « Je pense qu'une réinsertion serait favorable, mais dans cette optique, elle doit être durable et se faire de manière progressive, surtout pour une personne qui souffre de douleurs neuropathique » (rapport médical du 8 mai 2014, dossier OAI, pièce 177). Dans son rapport du 25 septembre 2014, la spécialiste fait cependant état d'une aggravation de l'état de santé de son patient, sans pour autant exclure à terme une reprise de l'activité, la diminution de la capacité de travail étant limitée dans le temps: « Actuellement, mon patient est épuisé tant au niveau physique que psychologiquement. On lui a retiré un travail qui lui plaisait et pour lequel il arrivait encore à surmonter ses douleurs. Actuellement, il n'y a plus aucune motivation, son nouveau chef ne le comprend pas. Je pense que pour toutes ces raisons, il a besoin de souffler un peu. Je suggère donc un arrêt de travail à 50% pour une durée de 2 mois » (correspondance médicale du 25 septembre 2014, dossier OAI, pièce 242). Le Dr C. _____ et le Dr I. _____ retiennent donc une incapacité de travail totale, ce qui va à l'encontre de ce qu'a retenu l'expert. Il convient cependant de mesurer leurs conclusions, car ils n'expliquent pas pourquoi aucune reprise d'activité ne peut être attendue de la part du recourant. De plus, ils sont tous deux médecins traitants du recourant, ce qui peut entraver leur objectivité. La Dresse E. _____ va quant à elle plutôt dans le sens des conclusions de l'expert, sous réserve de son rapport du 25 septembre 2014, où elle ne fait toutefois que prendre en compte, comme il a été dit, des facteurs extra-médicaux, soit des éléments qui n'engagent pas la responsabilité de l'assurance-invalidité (cf. rapport du 25 septembre 2014, dossier OAI, pièce 243). Au vu de ce qui précède, il convient donc de suivre l'expert dans ses conclusions. De plus, comme la jurisprudence précitée le précise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Or, en l'occurrence, le recourant a été soumis à deux

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 expertises afin de clarifier ces contradictions et on ne peut en aucun cas contester que celles-ci ont été réalisées de manière complète et précise. Il ne se justifie donc pas de les remettre en cause, ce que ne fait par ailleurs pas le recourant. Reste à voir si les observations du stage d'observation et les synthèses de mesures de réinsertion permettent d'arriver à une autre conclusion. c) les synthèses du stage d'observation et des mesures de réinsertion aa) le stage d'observation Le recourant a effectué un stage d'observation du 7 avril au 6 juillet 2014. Durant ce stage, son taux de présence effectif a été de 98% sur 20h par semaine, ce qui correspond à un taux d'activité de 50%. Même s'il a tout d'abord rencontré des difficultés au début du stage, les aménagements mis en place lui ont permis d'améliorer sa situation: « Au départ (les trois premières semaines), votre assuré s'est retrouvé en échec au taux de 50%, pour cause de douleur et fatigue. Les temps de pause en salle de repos étaient fréquents et systématiques. Pour cela, nous avons dû aménager son taux de 50%, moitié sur le matin (2h00) et moitié sur l'APM (2h00). Il parvient depuis lors à suivre un taux de 50% sur la place de travail,

soit 20h00 par semaine » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 235). Durant ce stage, le recourant a dû exercer des activités relevant d'une part du domaine secondaire et d'autre part du domaine tertiaire (informatique). Alors que le bilan est plutôt négatif dans les activités du domaine secondaire, en raison notamment des difficultés que rencontre le recourant à se déplacer, le stage a permis de constater que le recourant était à l'aise dans les activités administratives: « Il possède de bonnes compétences intellectuelles globales. Ses capacités d'apprentissage et assimilation des connaissances sont réelles. C'est une personne vive d'esprit et qui ne demande qu'à acquérir des nouvelles connaissances » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 233). S'agissant du domaine informatique, il a par ailleurs pu être observé qu'il était adapté au recourant au niveau des conditions de l'environnement: « cet environnement de travail ne lui pose pas de problème et semble lui convenir » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 232). Les responsables du stage sont du reste arrivés à la conclusion que les travaux administratifs étaient largement plus adaptés que les travaux physiques ou artisanaux: « Dans les travaux physiques ou artisanaux, à un taux de présence de 20h00 par semaine, le rendement quantitatif est faible (45% au maximum). Cette situation s'explique surtout par des déplacements et par une position peu appropriée à la mobilité dans le travail. Pour les travaux administratifs, demandant une mobilité fine sur un petit espace ou sur une table à dessin, par exemple le rendement est supérieur et peut atteindre 55%, un taux de travail à mi-temps. Nous précisons encore que nous avons observé ce rendement sur un taux de 50%, moitié sur le matin (2h00) et moitié sur l'APM (2h00) » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 232). De plus, il semble que la position assise, compatible avec ce genre d'activités lui convienne: « il supporte bien la position assise, cependant il doit avoir le dossier de la chaise inclinée en arrière afin de soulager son ventre » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 232).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Durant ce stage, il a également été constaté que le recourant parvenait à oublier ses douleurs lorsqu'il exerçait une activité qui l'intéressait: « De même, nous observons également une bonne capacité de concentration intellectuelle, ceci dans la durée (jusqu'à 2h à suivre, moyennant les aménagements expliqués précédemment concernant la gestion des douleurs). Il nous explique que son attention est en grande partie monopolisée par une activité qui l'intéresse, il pense moins à ses douleurs. Cependant, ces passations s'ensuivent d'une fatigue marquée sur les plans mental et physique » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 230). C'est ainsi qu'ils ont retenu qu'une formation était envisageable pour le recourant: « nous pensons que l'évaluation des ressources cognitives indique qu'il pourrait entamer une formation certifiante de type CFC » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 230) En ce point, les conclusions de ce rapport rejoignent donc celles du Dr H. _____ et de la Dresse E. _____, en ce qui concerne la possibilité pour le recourant de reprendre une activité professionnelle. bb) la mesure de réinsertion dans le domaine secondaire Durant la mesure effectuée par le recourant du 7 juillet 2014 au 11 novembre 2014, il a tout d'abord effectué 4h00 de travail par jour jusqu'au 23 août 2014, puis 4h30 par jour dès le

E. 8

septembre 2014, 5h30 par jour dès le 22 septembre 2014, puis est redescendu à 5h00 par jour dès le 2 octobre, et à 4h30 par jour dès le 6 octobre jusqu'à la fin de la mesure. Il était initialement prévu qu'il augmente progressivement son taux d'activité jusqu'à effectuer 7h30 par jour dès le 3 novembre. Cet objectif n'a cependant pas pu être atteint. Les autres objectifs de la mesure, à savoir l'évaluation régulière du rendement par le centre, la

ponctualité, la présence régulière et la poursuite du suivi médical ont été atteints. Les objectifs spécifiques de la consolidation des processus/habitudes de travail ainsi que celle de la stimulation au travail étaient encore en cours (cf. rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 274). Les activités physiques ne semblent toutefois pas adaptées à sa situation, ce qui avait par ailleurs déjà été établi lors du stage d'observation: « Son aptitude à supporter un effort physique prolongé est très faible, il a peu d'endurance. Malgré une position assise, l'augmentation du temps de travail n'a pas pu se faire au-delà de 5h30. Il est même revenu à 4 heures par jour sur certificat médical. Nous signalons que durant la mesure, son temps de travail a été scindé en deux. Il fait une pause prolongée à midi pour se reposer. Les autres aptitudes répondent aux exigences des activités » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 272). Le recourant n'est pas non plus à l'aise dans les travaux manuels, même ceux qui ne demandent pas une grande mobilité: « Son aptitude à exécuter des séquences de gestes complexes est très moyenne. Il manque de coordination, il a parfois de la peine à faire les tâches de sous-traitance. Il ne montre pas une bonne dextérité, due au fait qu'il ne semble pas habitué à réaliser des travaux manuels. Il a peu de sens pratique et il semble plus à l'aise face à un ordinateur. Son aptitude à mouvoir le tronc est limitée. Il ne se penche pas en avant pour travailler » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 272). Le recourant est également incapable de maintenir la position debout: « La position debout n'est pas possible. Ses déplacements se font aussi avec difficulté, il marche lentement, en tanguant, et parfois s'aide d'une canne » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 272).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Lors de cette mesure, le centre Orif a ainsi eu des difficultés à occuper le recourant en raison de ses douleurs: « Dès lors, il nous est difficile de lui donner une activité, car même un travail à l'établi fait qu'il doit se pencher en avant. Nous l'avons évalué en faisant la répétition de certains exercices. Les activités que nous pouvons lui proposer ne répondent pas aux limitations qu'il nous évoque. Le constat est identique quel que soit l'horaire » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 272). Cette mesure de réinsertion a paru démontrer que le recourant ne peut pas exercer une activité qui demande de sa part une mobilité importante ou le port de charge, étant donné que tout effort physique lui est très pénible et difficile à fournir. cc) la mesure de réinsertion dans le domaine bureau commerce Comme exposé plus haut, le recourant ne paraît pas apte à exercer une activité qui requiert une motricité importante: « Comme évoqué lors de sa mesure précédente, l'aptitude de votre assuré à exécuter des séquences de gestes complexes est très moyenne. Nous avons dû stopper l'activité de sous-traitance. Il ne parvient pas à obtenir un résultat de qualité et produit trop de déchets. Il ne montre pas une bonne dextérité et présente des tremblements lorsqu'il doit se montrer précis. Il semble nettement plus à l'aise face à un ordinateur avec des activités de bureau-commerce » (rapport du 20 janvier 2015, dossier OAI, pièce 283). C'est la raison pour laquelle une deuxième mesure de réinsertion a été ordonnée du 17 novembre 2014 au 1er mars 2015 dans le domaine bureau commerce. Le centre Orif a cependant eu des difficultés à tirer des conclusions de cette mesure au niveau de la capacité de travail du recourant: « Avec les augmentations fréquentes du taux horaire et ses nombreuses absences, il est très difficile de pouvoir attester une capacité à supporter un effort mental prolongé. Cependant, nous pouvons relever que les deux premières semaines se sont bien déroulées au niveau des présences. A partir du mois de décembre et un taux avoisinant 60%, les choses se sont compliquées. Dès lors, il n'est plus parvenu à effectuer une semaine complète de travail » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 283). Le recourant a indiqué mettre fin à la mesure avec effet au 9

janvier 2015 pour cause de maladie. L'abandon de la mesure ne semble toutefois pas directement être lié au travail lui-même mais à des circonstances extérieures, à savoir l'augmentation de la prise de morphine suite à une augmentation de ses douleurs. Malgré ce dernier constat, on pouvait retenir le fait que le recourant était capable d'exercer une activité adaptée dans un tel domaine: « Avec l'articulation de son horaire, dont deux heures de pause à midi, ses aptitudes cognitives, dans l'ensemble, sont réunies. Il possède une bonne capacité à maintenir la concentration sur les activités, de bonnes capacités d'apprentissage et d'autoinformation; l'avancement et les résultats des évaluations post-formation sur la plateforme informations le démontrent » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 284). On comprend donc difficilement pourquoi la mesure n'a pas pu être menée à terme, car il semble que tous s'accordaient à dire que ce domaine est celui qui convenait le mieux au recourant. On peut en déduire que la différence entre l'appréciation médicale et l'appréciation faite au terme des stages dépend probablement de facteurs extra-médicaux.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 5. Il reste à procéder à l'examen de tels facteurs. aa) collaboration en stage Lors du stage d'observation effectué du 7 avril 2014 au 6 juillet 2014, le recourant semble avoir montré une attitude plutôt positive: « Il dit et se montre motivé à poursuivre sa vie professionnelle et à refaire une formation, pour autant qu'il parvienne à la mener à bien avec son état de santé physique. Il accepte volontiers d'effectuer deux tests psychométriques, concernant ses intérêts professionnels et ses aptitudes cognitives » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 231). Il met cependant une condition à sa réussite, ce qui peut montrer un certain manque de détermination. C'est ce qui va d'ailleurs se confirmer durant les deux mesures de réinsertion effectuées par le recourant. La première mesure dans le domaine secondaire s'est avérée compliquée pour lui, mais cela peut notamment s'expliquer par le fait qu'elle demandait des efforts physiques qu'il n'était pas forcément en mesure de fournir (cf. rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièces 274 ss). On peine cependant à comprendre les raisons pour lesquelles la seconde mesure a échoué. En effet, tous se sont accordés à dire que le domaine bureau commerce était adapté aux besoins du recourant, car il peut effectuer la plupart des tâches dans la position assise. Toutefois, le recourant a eu des difficultés à tenir l'horaire imposé et s'est souvent déclaré absent, sur présentation de certificats médicaux (cf. rapport du 20 janvier 2015, dossier OAI, pièce 285 ss). Il n'est ainsi pas parvenu à terminer la mesure. Le recourant n'a pas fait tout ce qui était en son pouvoir pour diminuer ses douleurs et rendre l'activité supportable. Comme il ressort des différents rapports, il n'a notamment pas su profiter des infrastructures mises en place pour se reposer: « Nous relevons également qu'il n'emploie pas la salle de repos de notre Centre mise à disposition » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 272). Il n'a pas non plus organisé sa journée de la façon la plus économe possible, en s'imposant des trajets susceptibles de l'épuiser: « Il choisit de rentrer à midi chez lui, afin de se reposer, ce qui lui fait quatre trajets par jour en voiture » (rapport du 8 décembre 2014, dossier OAI, pièce 271). En revanche, il n'a plus mal lorsqu'il est intéressé à sa tâche: « Il nous explique que son attention est en grande partie monopolisée par une activité qui l'intéresse, il pense moins à ses douleurs » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 230). On peut également relever que le recourant fournit des efforts contre-productifs, et aggrave ainsi lui-même sa situation physique: « En effet, il a tendance à forcer son corps, sans écouter les limites de ce dernier, sauf si l'intensité des douleurs l'y oblige, pour répondre aux attentes de toutes parts (les vôtres, les nôtres, celles de son entourage et les siennes) » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 231). Sur ce point, on peut le rappeler à son obligation de diminuer le dommage.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 Cette attitude semble provenir du fait que le recourant a des difficultés à accepter le regard des autres, qu'il estime « très jugeant » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 231): « Ayant une famille à entretenir, il est extrêmement inquiet pour la suite de son avenir professionnel. De plus, sensible au regard des autres, votre assuré a tendance à en faire trop, tout en sachant qu'il en paie la note ensuite » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 228). Il n'assume pas l'image qu'il dégage et ne semble pour cette raison même pas prêt à prendre toutes les mesures pour atténuer ses douleurs: « Pour la position assise, de grands aménagements sont nécessaires pour obtenir finalement, lors du travail, une position un peu couchée vers l'arrière. Cette position dérange votre assuré qui n'aime pas l'attitude nonchalante qu'elle suggère » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 232). Il semble également avoir des difficultés à admettre sa nouvelle situation vis-à-vis de lui-même: « de nature responsable, votre assuré a de la peine à accepter devoir faire moins qu'auparavant. Il y a là clairement un deuil qui n'est pas encore entrepris ou du moins non encore abouti » (rapport du 15 juillet 2014, dossier OAI, pièce 228). bb) manque de motivation général A 44 ans, le recourant se considère trop vieux pour envisager la reprise d'une activité professionnelle. Il estime qu'il devra recourir à l'aide sociale jusqu'à l'âge de sa retraite, soit durant plus de 20 ans. Il est évident que son âge ne peut pas constituer une limite à sa réinsertion professionnelle à l'heure actuelle et que ses propos ne font ici que dénoter son manque flagrant de conviction. Il n'est pas contesté que le recourant a subi une atteinte à sa santé susceptible de diminuer ses capacités physiques et qui rendent l'exercice d'une profession difficile. Cependant, les deux expertises menées à son sujet n'ont pas révélé de trouble suffisamment grave pour admettre une incapacité de travail. On peut attendre de quelqu'un de son âge et dans sa situation qu'il fournisse encore des efforts pour tenter de diminuer son dommage au maximum et reprendre une vie professionnelle. Ce d'autant plus que les expertises psychiatriques n'ont pas non plus mis en avant une quelconque atteinte psychique entravant ce processus, ce qui n'a par ailleurs jamais été contesté par le recourant lui-même. 6. Il découle de tout ce qui précède que l'OAI était bien en droit de retenir une capacité de 100% dans une activité adaptée sur la base du rapport du Dr H. _____, combinant les plans psychiatrique et rhumatologique. Il pouvait notamment en l'espèce se fonder sur le rapport d'expertise plutôt que sur les rapports médicaux et les synthèses des stages, conformément du reste à la jurisprudence. 7. a) Dès lors, on peut retenir avec lui que le recourant est pleinement capable dans une activité adaptée et que son taux d'invalidité n'excède pas 17,75%. Mal fondé, le recours doit partant être rejeté et la décision du 14 octobre 2015 confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 b) Les frais de justice à hauteur de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés étant donné que le recourant a demandé à bénéficier de l'assistance judiciaire partielle en raison de sa situation financière précaire. Il convient de la lui accorder. Il bénéficie en effet de l'aide sociale. c) N'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. L'assistance judiciaire partielle est octroyée. III. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Toutefois, vu l'octroi de l'assistance judiciaire partielle, ils ne lui sont pas réclamés. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. V. 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 22 août 2016/mbo/sal Président Greffière-stagiaire

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