

FR_GERICHTE 605 2016 227 vom 26. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_227

FR: FR_GERICHTE 605 2016 227 du 26 septembre 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 227 del 26 settembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

décembre 2015. La décision de la SUVA a été confirmée sur recours de l'assuré par la Cour de céans, dans un arrêt du 16 mars 2017 (605 2016 125). B. Le 10 juillet 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour ses problèmes du genou droit. Par décision du 7 septembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) lui a accordé une rente entière provisoire du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. Se fondant notamment sur une expertise réalisée sur mandat de la SUVA, l'OAI a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le 16 septembre 2015 et lui permettait d'exercer une activité adaptée en tant qu'ouvrier dans l'industrie légère à 100% à compter du 1er janvier 2016, soit 3 mois après l'amélioration constatée. Son taux d'invalidité ne se montait plus qu'à 4.19% à partir de cette date, de sorte qu'il ne pouvait plus prétendre à une rente. C. Le 7 septembre 2016, A. _____, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours contre cette dernière décision. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer la diminution de sa capacité résiduelle de travail découlant essentiellement des troubles psychiatriques. Il demande également qu'une nouvelle décision soit rendue, prenant en compte un revenu de valide supérieur ainsi qu'un abattement de 20% sur le salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé. Dans ses observations du 26 avril 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il estime notamment qu'en présence d'un cas commun avec l'assurance-accidents, les troubles psychiques n'ont pas à être pris en considération par l'assurance-invalidité s'ils ont été écartés par l'assurance-accidents. Il se réfère également à l'arrêt de la Cour de céans pour écarter les griefs du recourant concernant le revenu de valide retenu. Le 5 juillet 2017, le recourant a produit des contre-observations, dans lesquelles il critique le refus de l'OAI de procéder à des mesures d'instructions supplémentaires concernant les troubles psychiques. Enfin, le 11 août 2017, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr B. _____, médecin psychiatre chef de clinique auprès du Centre psychosocial, à Fribourg. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 en droit 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. Dûment représenté, 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. 2. 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. 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 malade, 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose en particulier la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est 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 (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 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. b) La méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 physique, mentale ou psychique. 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). L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. 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). Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). d) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. En outre, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Par ailleurs, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Enfin, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour la même

raison (arrêt TF 8C_490/2011 précité consid. 4.2). 4. a) 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 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves, ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). 5. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause S. [I 511/03] du 13 septembre 2004 consid. 2 et les références citées). b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et

les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b/VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71). 6. Est en l'espèce litigieuse la suppression de la rente entière provisoirement octroyée, principalement sous l'angle de la détermination de la capacité de travail résiduelle retenue par l'OAI. Qu'en est-il ? a) Accident et procédure LAA L'assuré travaillait dans le secteur du bâtiment par le biais d'une société de placement temporaire lorsqu'il a été victime d'un choc léger sur le genou gauche en été 2013, qui a engendré une incapacité de travail de quelques mois. Le 16 décembre 2013, alors qu'il se trouvait toujours en arrêt de travail, il a été renversé par une voiture en traversant un passage pour piétons. Il a subi notamment une fracture avec enfoncement du plateau tibial externe du genou droit. Une première intervention chirurgicale du genou droit a été réalisée le 19 décembre 2013 par le Dr C._____, médecin adjoint à la Clinique orthopédique du HFR. L'assuré a ensuite séjourné à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA (CRR), à Sion, du 4 juin au 9 juillet 2014. Une nouvelle opération fut ensuite effectuée par le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 14 janvier 2015. Cet évènement a été pris en charge par la SUVA, qui a notamment versé des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2015. Estimant qu'à compter de cette date, l'assuré était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée, la SUVA a refusé le versement d'une rente d'invalidité en vertu d'un taux d'invalidité insuffisant. Se basant sur le rapport du 17 septembre

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 2015 de son médecin d'arrondissement, le Dr E._____ (dossier OAI, p. 369-372), elle a considéré qu'une activité légère dans un secteur industriel était exigible, compte tenu des seules limitations fonctionnelles découlant de l'accident. Les troubles psychiques, à défaut d'un lien de causalité adéquate avec l'accident, n'ont en revanche pas été pris en compte. L'assuré a attaqué la décision de la SUVA y relative auprès de la Cour de céans. Dans son recours, il a uniquement contesté le gain de valide retenu par la SUVA, alléguant notamment que ce dernier devait être calculé sur la base d'une classification salariale supérieure dont il aurait automatiquement bénéficié à compter du 1er janvier 2016. Ni l'amélioration de son état de santé ni le revenu d'invalidité retenu par la SUVA n'ont en revanche été remis en cause. Par arrêt du 16 mars 2017 (cause 605 2016 125), la Cour de céans a rejeté le recours et a confirmé qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte un hypothétique passage en classe salariale supérieure pour déterminer le gain de valide de l'assuré. Le taux d'invalidité retenu par la SUVA a ainsi été confirmé. Cet arrêt, non contesté, est dès lors entré en force. b) Procédure AI A l'issue de son séjour à la CRR, le 10 juillet 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Dans sa demande, il indique que l'atteinte à la santé a été causée par un accident et consiste en un « accident de la voie publique, renversé par une voiture, traumatisme de la jambe droite ». Il déclare être en traitement auprès du Dr F._____, médecin généraliste, du Dr C._____, orthopédiste, ainsi que du Dr G._____, spécialiste en réadaptation de l'appareil locomoteur auprès de la CRR (dossier OAI, p. 744-749). Les troubles psychiques ne sont ainsi pas mentionnés dans sa demande initiale de rente auprès de l'OAI. Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI lui a accordé une rente entière provisoire du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. Se fondant notamment sur le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA, l'OAI a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le 16 septembre 2015 et a considéré qu'une activité adaptée dans l'industrie légère était exigible à 100% dès le 1er janvier 2016, soit 3 mois après l'amélioration constatée, portant le taux d'invalidité à 4.19% à partir de cette date. c)

Apparition de troubles psychiques aa) Immédiatement après l'accident, l'assuré a demandé un suivi sur le plan psychique. Avant même la première intervention chirurgicale, il a bénéficié le 18 décembre 2013 d'une consultation psychiatrique avec le Dr H. _____, médecin-assistant. Son rapport de consultation pose les diagnostics de réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) et épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.01), et relève que le patient « se dit actuellement plus déprimé que anxieux. Il ne se sent pas traumatisé mais il a néanmoins subi un choc suite à cet accident. Il présente surtout des troubles de l'humeur liés au chômage et à l'incertitude pour son avenir et celui de sa famille », et préconise un suivi psychiatrique ambulatoire au Centre psycho-social (dossier OAI, p. 663). Le suivi auprès de la Dresse I. _____, Médecin assistante au Centre psycho-social (CPS), a ainsi débuté le 27 janvier 2014. Dans un rapport du 28 novembre 2014 à l'attention de l'OAI, elle

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 affirme que son patient « ne présente pas de troubles de la lignée psychotique, pas de troubles de la perception. Le tableau clinique montre des signes anxieux, de type PTSD (intrusion, évitements, agitation intérieure) et des symptômes de type dépressif ». Elle précise également qu'il présente « une thymie triste, isolement social, anxiété quant à l'avenir, sentiment d'incapacité à se projeter dans le futur. (...) La thymie est légèrement dépressive, le dynamisme dans la norme. Le cours de la pensée est imprégné par l'anxiété et des ruminations quant à ses problèmes somatiques. Il reconnaît n'avoir confiance en personne et avoir des difficultés majeures de communication dans la famille » (dossier OAI, p. 574-579). Lors de son séjour à la CRR, le recourant a également fait l'objet d'un suivi sur le plan psychique. Ainsi, le rapport du 10 juillet 2014 du Dr J. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose le diagnostic de « trouble de l'adaptation avec réactions mixtes, anxieuses (de type PTSD) et dépressive (F43.22) ». Il constate que « la thymie est légèrement abaissée, avec une tristesse mêlée de colère, alimentée aussi bien par les circonstances de l'accident que par la résurgence de rancœurs avec son ex-employeur au Portugal (qui lui doit encore de l'argent) ». En revanche, aucun état dépressif ne serait à signaler: « pour le reste, on n'a pas de signe orientant vers un trouble dépressif ou un trouble de la personnalité avéré », mais uniquement « quelques réactions de type dépressif, alimentées par des inquiétudes quant à ses ressources futures, dépendantes de sa capacité de travail, fragilisée aussi en raison de facteurs contextuels défavorables (âge, emplois intérimaires) » (dossier OAI, p. 677-678). Dans un second rapport du 2 avril 2015 à l'attention de l'OAI, la Dresse I. _____ relève que « le patient présente des angoisses et une anxiété quant à l'avenir, avec un sentiment d'incapacité à se projeter dans le futur. (...) Ses symptômes sont alimentés par des inquiétudes quant à ses ressources futures dépendant de sa capacité de travail fragilisée, également en raison des facteurs contextuels défavorables (âge, emplois intérimaires) ». S'agissant du trouble PTSD diagnostiqué précédemment, une amélioration semble être constatée: « Le patient présente des symptômes en rémission de son trouble PTSD, en particulier des phénomènes vespéraux et des reviviscences de son accident, une peur des confrontations à la circulation routière qui met le patient en retrait, préférant s'isoler socialement et passer ses journées fermé à la maison avec les stores baissés » (dossier OAI, p. 462-465). bb) C'est ensuite le Dr B. _____, Médecin chef de clinique adjoint au CPS, qui reprend le suivi du recourant au CPS. Dans son rapport du 4 décembre 2015, il confirme les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble mixte de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Sans autre explication, il affirme que ces diagnostics engendrent une incapacité de travail à 100% depuis le 16 décembre 2013 et

que le pronostic est « très réservé, probable état stationnaire à moyen et long terme » (dossier OAI, p. 341). Sur demande de l'OAI, le Dr K. _____, anesthésiologue FMH à L. _____ s'est prononcé sur le cas dans un rapport le 17 décembre 2015. Celui-ci affirme que « l'état de stress post- traumatique depuis décembre 2013 attesté par les psychiatres du RFSM ne remplit pas les critères de la CIM-10, ni en ce qui concerne les circonstances déclenchantes, ni en ce qui concerne les symptômes présents, ni en ce qui concerne l'évolution dans le temps. De plus, il est annoncé comme présent depuis décembre 2013, alors que, lors du consilium psychiatrique à la CRR le

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 11.06.2014, le psychiatre a mentionné « quelques signes anxieux de type PTSD ». Il n'a toutefois pas retenu le diagnostic de PTSD F43.1 mais celui de « trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive F43.2 » ». Il souligne le fait qu' « il existe des facteurs contextuels n'ayant pas valeur d'invalidité, qui risquent de compromettre la reprise d'une activité adaptée. Il s'agit notamment de l'âge, l'absence de formation, l'absence de maîtrise de la langue et l'absence de projection dans l'avenir » et affirme ainsi que « les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale à retenir sont celles définies dans le rapport d'examen final du 17.09.2015 » (dossier OAI, p. 338-340), à savoir le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA. cc) A la demande du recourant, le Dr B. _____ a répété dans un rapport du 13 janvier 2016 que « les troubles psychiques sont suffisamment considérables pour causer une incapacité de travail à 100% » (dossier OAI, p. 335). En réponse à cette affirmation, le Dr K. _____ a rendu un second rapport médical le 23 mars 2016. En premier lieu, il répète que les critères diagnostiques d'un état de stress post-traumatique au sens de la CIM-10 ne sont pas remplis en l'espèce. Quoiqu'il en soit, un tel état ne pourrait pas constituer une atteinte invalidante: « De plus, les critères asséurologiques d'appréciation de la valeur invalidante de l'état de stress post- traumatique, définis au ch. 1016.1 CHAI, ne sont pas non plus remplis ». Quant au « Trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive », il relève que, « d'une part, ce diagnostic correspond à une affection de faible gravité qui ne saurait justifier une incapacité de travail de longue durée, d'autre part, il ne peut pas être maintenu au-delà de 6 mois selon la définition ci-dessus ». En conclusion, le Dr K. _____ estime que « le rapport du 13.01.2016 n'atteste aucun fait nouveau sur le plan médical. Les atteintes à la santé attestées ne sont pas conformes aux critères d'une classification nosologique reconnue. Les conclusions de ce rapport concernant l'incapacité de travail ne sont par conséquent pas valides » et déclare qu'aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est nécessaire (dossier OAI, p. 338-340). Le Dr B. _____ a réagi à ce rapport le 9 août 2016. Il conteste tout d'abord la position du Dr K. _____ s'agissant des critères et des symptômes de la CIM-10 qu'il estime remplis. Il relève d'ailleurs à ce propos qu'il convient de tenir compte « des circonstances de vie de ce patient, dont il me semble légitime de tenir compte, et qui favorisent de fait la survenue du trouble ». Comme la Dresse I. _____ dans son précédent rapport, il admet une certaine amélioration: « quant à l'évolution dans le temps, on peut observer chez le patient, de façon attendue, une amélioration partielle (moins de phénomènes de reviviscence, d'angoisses vespérales, de cauchemars, de troubles du sommeil}. Les autres symptômes mentionnés plus haut restent cependant présents et à mon avis handicapants. De plus, une modification durable de la personnalité (F62.0) est possiblement en cours » (dossier OAI, p. 77). Un dernier rapport privé émanant du Dr B. _____ a encore été produit (rapport du 5 juillet 2017, échange des écritures). Ce dernier retient qu'il se produit « une chronification de l'état dépressif suite au syndrome de stress post-traumatique » et estime la capacité médicale de travail à 20-30%

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 dans une activité adaptée, tout en précisant que « l'âge du patient et le contexte économique semblent cependant en rendre la réalisation particulièrement difficile ». d) Discussion aa) L'OAI refuse la prise en considération des troubles psychiques du recourant au motif qu'en présence d'un cas commun pur avec l'assurance-accidents, l'exigibilité médicale arrêtée par la SUVA et confirmée par le Tribunal cantonal doit être considérée comme définitivement arrêtée. En d'autres termes, l'OAI part du principe que l'analyse du lien de causalité naturelle et adéquate effectuée par l'assureur-accidents, visant à déterminer si les troubles psychiques doivent être pris en compte, peut être reprise par l'assurance-invalidité. Comme le souligne à juste titre le recourant, les critères jurisprudentiels stricts applicables à l'assurance-accidents s'agissant de l'examen du lien de causalité naturelle et adéquate pour les troubles psychiques ne concernent pas directement l'assurance-invalidité. Toutefois, l'assurance-invalidité doit malgré tout examiner l'existence d'un lien de causalité entre, d'une part, la perte de gain invoquée, et, d'autre part, une atteinte invalidante au sens de la loi. Dans le cadre de cet examen, comme en matière d'assurance-accidents, le lien de causalité peut être nié en présence de facteurs extérieurs prépondérants. C'est bien là, manifestement, la thèse de l'OAI. bb) La question est donc de savoir si les troubles psychiques dont souffre le recourant doivent être mis en relation avec une atteinte invalidante au sens de la loi, ou si, au contraire, ils ressortent d'autres difficultés qui ne sauraient engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Il convient de rappeler en effet, comme indiqué au considérant 2 ci-dessus, que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. En l'espèce, tous les rapports médicaux relèvent la problématique de la précarité sociale et professionnelle du recourant. Même les médecins traitants du recourant, pourtant naturellement plus enclins à aller dans le sens du recourant, mentionnent à l'appui de leurs conclusions des éléments qui sortent clairement du champ de la médecine. Le dossier regorge ainsi d'indices en faveur de la part prépondérante prise par la précarité sociale et professionnelle du recourant dans la survenance de ses troubles. Dans ces conditions, force est de constater que le tableau est majoritairement influencé par les angoisses du recourant face à son avenir, compte tenu de son âge, de son statut en Suisse et de la perte de son emploi. Or, de tels facteurs ne peuvent être assimilés à une atteinte invalidante au sens de la loi, mais évoquent bien plutôt un contexte de précarité sociale, vis-à-vis duquel la responsabilité de l'assurance-invalidité ne saurait être engagée. Le fait que le recourant n'ait aucunement fait mention de ses problèmes psychiques dans sa demande AI ne fait que confirmer ce qui précède. Dès lors, même si la survenance d'une perte de gain subie par le recourant est probablement réelle, celle-ci ne découle manifestement pas d'une atteinte invalidante au sens de la loi, dont devrait répondre l'assurance-invalidité. Cette assurance ne saurait en effet devoir assumer le

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 risque, certes bien réel, de l'âge et du statut précaire du recourant sur le marché de l'emploi en Suisse. Bien que n'étant pas à proprement parler psychiatre, le Dr K. _____, médecin, avait en revanche toute compétence pour identifier, parmi les plaintes de l'assuré, celles reposant sur un substrat non-médical, manifestement prépondérantes en l'espèce. Il découle de ce qui précède que l'existence d'une atteinte invalidante, limitant la capacité de travail dans une activité adaptée, n'est médicalement pas prouvée. Une expertise judiciaire visant à clarifier la nature et l'ampleur des troubles psychiques dont souffre le recourant ne saurait ainsi s'avérer nécessaire. La requête de mise en œuvre d'une telle expertise doit donc être rejetée; y donner suite n'aurait au demeurant

guère de sens au vu du contexte extra-médical prépondérant. Partant, c'est à bon droit que l'OAI a refusé de prendre en considération les troubles psychiques dans la détermination de sa capacité de travail résiduelle. Celle-ci n'étant pour le surplus pas contestée sous l'angle des atteintes physiques, il n'y a pas lieu d'y revenir. 7. Le recourant critique enfin les chiffres pris en considération par l'OAI pour effectuer la comparaison des revenus. a) Il conteste tout d'abord le revenu de valide retenu, estimant qu'un hypothétique passage dans une classe salariale supérieure aurait dû être pris en considération. Il convient de relever que ce grief avait déjà été invoqué par le recourant à l'appui de son recours contre la décision de refus de rente de la SUVA et a d'ores et déjà fait l'objet d'un examen spécifique par la Cour de céans dans son arrêt du 16 mars 2017 (cause 605 2016 125), désormais entré en force. Le caractère vraisemblable de l'augmentation de revenu alléguée par le recourant ayant été nié, ce grief peut être d'emblée rejeté, de sorte que le revenu de valide retenu par l'OAI doit être confirmé. b) Quant à l'abattement de 20% que le recourant fait valoir sur le revenu d'invalidé retenu par l'OAI, on relèvera ce qui suit. Au vu du salaire de valide qui vient d'être confirmé (CHF 68'568.85), même en tenant compte d'un tel abattement sur le salaire avec invalidité (CHF 65'696.50 – 20%), le degré d'invalidité du recourant serait de 23.35%, soit largement inférieur au degré d'invalidité de 40% donnant droit à une rente. Par ailleurs, il apparaît peu probable qu'il faille encore procéder à un abattement sur le salaire de valide, lequel ne ferait en l'espèce probablement que répercuter encore l'un ou l'autre des facteurs étrangers décelés plus haut. Ce dernier grief est ainsi écarté. 8. Au vu de tout ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être intégralement rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Des frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont compensés avec son avance de frais. Il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 7 septembre 2017 est confirmée. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de frais du 25 mai 2014. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 26 septembre 2017/isc Le Président La Greffière

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