

# FR\_GERICHTE 605 2017 67 vom 24. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_67](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_67)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 67 du 24 janvier 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 67 del 24 gennaio 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 4

a) L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 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 (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour cent; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées). Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al.1 LAI). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière

la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas (arrêts TF 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 et 9C\_523/2008 du 25 mai 2009 consid. 2.2). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. L'assurance-invalidité a pour but d'atténuer les conséquences économiques de l'invalidité et accorde une importance primordiale à la diminution de la capacité de gain (Message du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants, FF 1958 II 1185).

## **E. 5**

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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 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).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 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 déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). c) Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid.

5.2). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C\_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3; I 761/01 du 18 octobre 2002, in: SVR 2003 IV n° 11 p. 31). 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).

## **E. 6**

Dans le cadre de l'examen du droit à la rente, en l'espèce essentiellement litigieuse la capacité de travail du recourant. a) Il s'agit à cet égard de se référer au dossier médical, composé des pièces suivantes: - Les protocoles opératoires du 5 octobre 2009 et 6 mai 2010 ainsi que les rapports médicaux des 2, 25 novembre 2009, 14 janvier et 7 juillet 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'hôpital G. \_\_\_\_\_ de D. \_\_\_\_\_, qui a effectué une cyphoplastie L1 et une fixation par longueur D12-L2 percutanée (dossier AI pces p. 1220 à 1224; dossier SUVA pces n° 39, 111). - Les rapports médicaux des 26 juillet et 29 octobre 2010 de feu le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a retenu, outre les diagnostics connus, des troubles de la personnalité type obsession-compulsion (dossier AI pces p. 1214 à 1219, 1225; dossier SUVA pce n° 39). - Les rapports médicaux des 5 et 27 août 2010 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, de l'hôpital G. \_\_\_\_\_ de J. \_\_\_\_\_, qui a noté une persistance des douleurs diffuses du rachis-lombaire et partiellement du rachis dorsal dépendantes de l'effort et sensible à diverses médications et prise en charge de physiothérapie. A ce jour, l'assuré ne suit pas de traitement médicamenteux, mais est considéré

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 comme totalement incapable de travailler en raison des dorsalgies (dossier AI pces p. 670 à 672, 1226 s., 1297 à 1299; dossier SUVA pce n° 31, 39). - Le rapport médical du 15 octobre 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a constaté une persistance de lombalgies diffuses d'origine multifactorielle. Le spécialiste a considéré qu'après le type d'intervention subie le patient pouvait reprendre un travail à plein temps dans tous les domaines, même avec port de charges lourdes, à 3 mois post-opératoires. Il a toutefois, au vu des limitations restantes, préconisé une évaluation multidisciplinaire (dossier AI pce p. 1228 s., 1232 à 1236; dossier SUVA pce n° 39). - Les rapports médicaux des 20 décembre 2010, 25 février 2011, 25 et 30 janvier 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a noté que la symptomatologie décrite par le patient ne correspondait pas à l'imagerie (dossier AI pces p. 648 à 655, 725, 1078; dossier SUVA pces n° 3, 17 à 24). - Le rapport d'expertise

pluridisciplinaire du 12 juillet 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, et du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de M. \_\_\_\_\_ de la Clinique N. \_\_\_\_\_, qui ont retenu, au plan neurochirurgical, les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de status post-ostéosynthèse lombaire suite à une fracture SPLIT de L1, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse D12-L2 le 3 mai 2010, une discopathie L4-L5 et une spondylarthrose L5-S1. L'expert compétent a considéré que l'assuré pourrait reprendre son activité de vendeur en accessoires et pièces automobiles. Il a estimé que l'assuré pourrait même exercer l'activité de réparateur automobile, pour autant qu'il existe un équipement adapté pour éviter de se baisser et de porter du poids, les lombalgies limitant le port de charges à 5 kg souvent et 20 kg occasionnellement. S'agissant de la capacité de travail dans une activité de substitution, il a noté que « la question tombe car il n'y a pas lieu d'en proposer. L'exploré ayant été licencié, il lui est donc fortement conseillé de travailler dans le même type d'emploi, ou à défaut, dans un emploi allégé afin de se préserver pour le futur. Comme nous l'avons dit, il faudrait idéalement que le poste de travail futur soit allégé, sans port de charges, idéalement avec alternances de position et sans position de porte-à-faux en raison des dégénérescences ». Concernant les limitations fonctionnelles, l'expert a retenu que « D'un point de vue clinique et paraclinique, les limitations retenues par l'expert en neurochirurgie sont principalement en relation avec un déconditionnement physique. Au niveau lombaire, les lésions ont un caractère dégénératif et peuvent entraîner des douleurs chroniques lombaires, mais elles existaient probablement avant l'accident. Les limitations fonctionnelles sont minimales, mais en raison d'une tendance aux lombalgies avec la présence de modifications dégénératives lombaires, même si les plaintes actuelles ne correspondent pas avec les résultats radiologiques, celles-ci seront maintenues à titre préventif. A noter que le léger œdème L2 cité dans le rapport du 20 décembre 2010 est une découverte neurologique fortuite n'expliquant pas les plaintes » Par ailleurs, il a exposé n'avoir retrouvé aucun point ou critère de fibromyalgie. D'un point de vue psychiatrique, aucun diagnostic n'a été retenu. Le diagnostic de retard mental léger a été rejeté par l'expert avec la motivation suivante: « Sa pensée est vive, rapide, mais à aucun moment, il n'y a eu émission d'idées bizarres ou délirantes. [...] Au cours de l'entretien, l'intégration entre les dates, les lieux, les personnes et les circonstances s'est révélée bonne. Les facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme sont conservées. [...] En outre, ses capacités de jugement, d'abstraction et d'association sont préservées, constatation clinique correspondant à ce que l'on pouvait attendre. Comme au cours de l'observation directe, l'investigateur note la rapidité de la pensée émise et l'élocution permettant d'évoquer un discours logorrhéique sans

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 altération de l'humeur. Il existe un niveau immature émergent dans le discours sur la vie quotidienne et dans une difficulté à trouver une bonne distance avec ses interlocuteurs. Enfin, le niveau global moyen d'intelligence de l'exploré est congruent à son niveau d'éducation, permettant une interaction convenable et une compréhension satisfaisante entre la personne examinée et l'expert, ceci au moyen d'un vocabulaire usuel, sans qu'il y ait besoin de corrections, c'est parfois la vélocité du discours qui a nécessité la répétition de quelques propos. L'expert note un niveau fruste de la qualité des relations interpersonnelles, mis en évidence par le discours empressé et le vécu et la difficulté à trouver une distance correcte dans les relations. [...] Compte tenu de la conservation des fonctions cognitives, aucun examen neuropsychologique approfondi n'a été réalisé. [...] Compte tenu de la qualité du discours et de la conservation des qualités

cognitives et compte tenu de l'anamnèse socioprofessionnelle (scolarité et apprentissage), l'expert réfute le diagnostic de retard mental ». Le diagnostic de trouble de la personnalité type obsession- compulsion a été rejeté par l'expert avec la motivation suivante: « selon les critères généraux d'un trouble de la personnalité au sens de l'ICD-10, l'expert n'a pas retrouvé dans l'histoire de [l'assuré] des troubles qui se seraient manifestés dès l'âge de jeune adulte ou l'enfance. De plus, il n'y a pas eu de situation personnelle ou sociale ayant entraîné une souffrance personnelle ou un impact nuisible sur l'environnement social. L'expertisé ne présente donc pas de déviation pouvant conduire à l'affirmation d'un trouble de la personnalité. Il n'a pas personnellement souffert de sa personnalité durant son enfance et adolescence. En conclusion, aucun autre trouble psychiatrique ne peut être mis en lien avec des manifestations relatives à l'affirmation faite lors d'un précédent examen clinique établi par le Dr H. \_\_\_\_\_, médecine générale, ayant conduit ce dernier à poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type obsession-compulsion ». Quant au diagnostic de persistance de lombalgies diffuses multifactorielle ou trouble apparenté de type syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert l'a également rejeté en notant essentiellement ce qui suit: « Douleur inorganique ou allant-delà d'affections somatiques pouvant l'engendrer: [...] Le rapport du chirurgien orthopédiste indique une origine somatique des douleurs, reprise aussi par l'expert en neurochirurgie, lequel indique que les plaintes sont aussi en relation avec un déconditionnement. Par ailleurs, l'assuré a fait part d'une amélioration significative récente. [...] La douleur dont se plaint l'exploré [...] n'est pas à l'origine d'un sentiment de détresse ayant pu conduire l'intéressé à solliciter de nombreuses consultations ou des investigations répétées auprès de nombreux spécialistes. [...] L'expert ne constate pas de refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de cause organique, pouvant rendre compte des symptômes somatiques ». Enfin, sur la base d'examens psychologiques, biologiques et psychométriques, l'expert a récusé un autre diagnostic médicalement attestable. Les experts ont finalement retenu une capacité de travail de 100% horaire et rendement dans un poste allégé depuis le 21 février 2011 (dossier AI pce p. 1122 à 1189; dossier SUVA pce n° 40). - Le rapport médical du 17 août 2011 du Dr H. \_\_\_\_\_, qui a formulé diverses critiques à l'encontre de l'expertise de la Clinique N. \_\_\_\_\_: « La méthodologie choisie est celle d'une expertise analytique par diagnostic. Les experts vont ressortir les diagnostics retenus chez ce patient et tester leur valeur. Si le diagnostic évoqué dans le dossier ne remplit pas les critères de l'expert, il est rejeté. Pourtant, il appartient à l'expert de donner un diagnostic précis. [...] Un retard léger correspond à un âge mental entre 9 et 12 ans, cite le Dr L. \_\_\_\_\_, expert-psychiatre. N'est-ce pas le cas de ce patient qui vit toujours chez ses parents, sans profession bien déterminée et dont le seul emploi continu a été celui de gardien de la déchetterie de la commune de son domicile, soit une activité à visée de réadaptation sociale dans une commune rurale. [...] L'expert n'a pas estimé utile d'effectuer un examen neuropsychologique, alors même que c'était la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 chose à faire pour quantifier les capacités cognitives du patient. [...] En affirmant que l'assuré ne se plaint pas de relations qui auraient été difficiles avec son environnement, l'expert néglige le fait que le patient vit en milieu clos et protégé dans sa famille et qu'il n'y a en fait aucune relation extra-familiale ou extra-communale. [...] Après avoir réfuté le diagnostic de troubles obsessionnels compulsifs, l'expert ne propose pas d'autre diagnostic caractérisant le patient. [...] L'absence de diagnostic permet à l'expert de ne répondre à aucune des questions qui lui sont posées. Cela s'appelle passer à côté de la mission ». En conclusion, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que « Le ton et la forme de

cette expertise pluridisciplinaire sont de bonne qualité, le plan général de l'expertise est compréhensible, le déroulement de l'expertise peut être qualifié de standard ». Il a enfin souligné que le fait que l'assuré avait obtenu un CFC de réparateur automobiles devait être contrôlé, « cette question [étant] cruciale car elle sert de point de départ à l'évaluation de l'expert psychiatre qui conclut en l'absence de retard mental léger » (dossier AI pce p. 1112 à 1116; dossier SUVA pce n° 41). - La prise de position du 7 octobre 2011 de la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui, en se fondant exclusivement sur l'expertise et les objections du Dr H.\_\_\_\_\_, a considéré que l'expertise de la Clinique N.\_\_\_\_\_ présentait des lacunes méthodologiques objectives dans le domaine de la médecine d'assurance. Elle a contesté que l'assuré pouvait travailler comme réparateur de voitures avec une adaptation du poste de travail, parce que les mouvements très importants du tronc auxquelles doivent se prêter les réparateurs en automobile sont incompatibles avec un status après cyphoplastie de D12 à L2. Elle a ajouté que la capacité de travail et le rendement dans une activité adaptée n'avaient pas été précisés par les experts et qu'il était de leur ressort de procéder à un examen neuropsychologique ainsi qu'à un examen du QI. Elle en a conclu qu'il convenait de procéder à un stage d'observation professionnelle et que les limitations fonctionnelles étaient les travaux en positions statiques, le port de charges supérieur à 10 kg, les mouvements de flexion rotation itératifs du tronc et la marche en terrain irrégulier (dossier AI pce p. 1105 s.). - Le rapport médical LAA du 28 novembre 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui a confirmé les diagnostics somatiques connus (dossier AI pce p. 1077; dossier SUVA pce n° 3). - La prise de position du 12 mars 2012 de la Dresse O.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a noté ce qui suit: « Cette expertise comporte un résumé du dossier médical, professionnel et asséculogique; elle a été menée par des spécialistes des disciplines concernées, soit un neurochirurgien et un psychiatre. Elle tient compte des plaintes de l'assuré; l'examen physique et psychiatrique est exhaustif. Les conclusions sont argumentées et compréhensibles. Elle est par conséquent probante. L'assuré présente un status après cyphoplastie de D12 à L2. Il a retrouvé une mobilité complète de la colonne vertébrale, et une absence de toute contracture musculaire, qui serait la traduction objective d'une souffrance persistante du rachis et qui corroborerait les allégations de [l'assuré]. Le bilan radiologique confirme l'absence d'anomalie vertébrale. Le psychiatre constate que [l'assuré] n'a aucune atteinte psychiatrique remplissant les critères de diagnostic nécessaires et n'a pas non plus de retard mental. Pour preuve, [l'assuré] a réussi une formation de niveau CFC. L'expert relève néanmoins des particularités de son caractère, qui n'atteignent pas un degré ayant la valeur de maladie. L'expertise et le dossier AI comportent en eux-mêmes le démenti aux assertions du Dr H.\_\_\_\_\_. La copie du CFC obtenu par l'assuré figure au dossier, et les diagnostics retenus par le médecin traitant ont été valablement démentis par l'expert. Les limitations fonctionnelles sont d'ordre somatique; il convient d'éviter les travaux en position statique, le port de charges supérieur à 10 kg, les mouvements de flexion rotation itératifs du tronc,

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 la marche en terrain irrégulier, la station assise prolongée de plus d'une heure, port de charge jusqu'à 10 kg occasionnellement, exposition au chaud ou froid à éviter, ne pas travailler avec des engins vibrants. Après un reconditionnement à l'effort une activité à plein temps est exigible » (dossier AI pce p. 1042 s.; dossier SUVA pce n° 63). - Le rapport médical du 23 mars 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait état « de troubles de l'adaptation, de l'attention, reconnus de tous les participants à la réunion ORIF dont le responsable AI

présent ». Il a exposé que l'assuré était déconditionné et, à moins d'une thérapie cognitivo-comportementale efficace auprès de spécialistes de qualité, ne pourra jamais évoluer (dossier AI pce p. 1032 à 1036). - Le rapport COPAI-CEPAI du 29 mars 2012 de l'ORIF Intégration et formation professionnelle, qui a constaté l'échec du stage à cause d'un manque de motivation et d'investissement de l'assuré et a en particulier noté qu'il ne pouvait « émettre des pistes pour un reclassement, tant l'attitude négative ainsi que le comportement de votre assuré se trouvent être actuellement aux antipodes des exigences professionnelles » (dossier AI pce p. 1023 à 1031; dossier SUVA pce n° 64). - La prise de position du 28 juin 2012 du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a exposé que le Dr P. \_\_\_\_\_ avait retenu un trouble de l'adaptation et de l'attention sans exposer les éléments médicaux sur lesquels reposerait ce diagnostic. A son sens, l'avis non étayé d'un médecin non spécialiste en psychiatrie n'est pas de nature à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expertise psychiatrique de la Clinique N. \_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 1021; dossier SUVA pce n° 63). - Le rapport d'examen du 10 octobre 2012 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ainsi que médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a recommandé d'effectuer une imagerie complète de la colonne (dossier AI pce p. 875 à 880, 955 à 960; dossier SUVA pce n° 66). - Le rapport d'examen du 28 février 2013 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a noté qu'« en l'état et sur la base des documents radiologiques et de l'IRM effectués le 14.11.2012, la situation de l'ancienne fracture de L1 est parfaitement stabilisée sans aucune évidence de déplacement notamment du ciment de la kyphoplastie. Le seul élément qui pourrait expliquer en partie les douleurs résiduelles, ce sont les signes de discopathie étagée, mais qui sont modérés. Au total, il n'y a aucune lésion surajoutée chez cet assuré permettant d'expliquer la persistance des douleurs » (dossier AI pce p. 637 à 643; dossier SUVA pce n° 82). - La prise de position du 27 septembre 2013 du Dr Q. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a estimé que le rapport d'examen du 10 octobre 2012 du Dr R. \_\_\_\_\_ était probant (dossier AI pce p. 612; dossier SUVA pce n° 120). - Les rapports médicaux des 26 octobre 2013, 14 et 26 mars 2014 du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a noté le diagnostic de fracture instable B3 de L1 opérée et conclu à une incapacité de travail totale (dossier AI pces p. 597 à 600, 607; dossier SUVA pces n° 107, 124, 131). - Le rapport d'examen intermédiaire du 15 mai 2014 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a proposé un séjour à la Clinique S. \_\_\_\_\_ pour y effectuer un bilan complet et une évaluation de la capacité de travail résiduelle (dossier AI pce p. 586 à 590, 592 à 596; dossier SUVA pce n° 135). - Les rapports médicaux des 12 et 27 août 2014 du Dr T. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a estimé que bien qu'il n'y ait actuellement pas de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 psychopathologie avérée, et en particulier aucun trouble associé à son accident, ce patient présente des singularités de personnalité, dont une psychorigidité, qui limitent d'autant ses capacités d'adaptation à son problème de santé (dossier AI pces p. 523 à 525, 569 à 571; dossier SUVA pce n° 156). - Le rapport d'évaluation de l'efficiences intellectuelle du 12 août 2014 de l'Unité de neuropsychologie de la Clinique S. \_\_\_\_\_, duquel il ressort que l'indice du quotient intellectuel global de l'assuré se situe à 75, à savoir globalement à la limite inférieure de la norme. Le rapport conclut qu'une activité simple et répétitive, dénuée de prise de décision, de stress ou de pression temporelle est envisageable avec un soutien approprié (dossier AI pce p. 521 s., 576 s.; dossier SUVA pce n° 156). - L'avis de sortie du 18 août 2014 ainsi que les rapports médicaux des 18 août et 26 septembre 2014 du Dr U. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH

en médecine physique et réadaptation, de la Clinique S.\_\_\_\_\_, qui n'a pas posé de nouveau diagnostic, mais seulement relevé des singularités de personnalité dont une personnalité psychorigide (dossier AI pces p. 552 à 561; dossier SUVA pces n° 153, 156). - Le rapport d'examen final du 10 février 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a noté que « mis à part un antalgique ou un anti-inflammatoire non stéroïdien de 2ème génération en réserve en cas de douleur importante, l'assuré n'a besoin d'aucun traitement particulier ni physio ni ergothérapie ni autre approche actuellement en ce qui concerne les seules suites de son accident du 30.09.2009. On est clairement passé dans un contexte de douleur chronique du rachis de type syndrome somatoforme douloureux qui n'a plus de lien de causalité directe avec l'accident qui nous concerne, raison pour laquelle la poursuite de traitement doit être imputée est à la charge de l'assurance-maladie ». S'agissant de la capacité de travail, il a exposé qu'« une appréciation a été effectuée lors de mon examen du 15.05.2014. L'incapacité de travail est et reste à 100% et l'exigibilité est nulle dans l'activité qui avait cours lors de l'accident. Par contre, dans toute activité adaptée et tenant compte de la problématique du dos, l'assuré pourrait sans autre travailler normalement avec 100% de rendement dans toute activité industrielle légère à moyenne. Les limitations d'exigibilités par rapport aux problèmes du dos ont déjà été stipulées dans mon examen du 15.05.2014 et sont toujours valables » (dossier AI pce p. 544 à 547; dossier SUVA pce n° 179). - La prise de position du 22 mai 2015 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en, du SMR, qui a noté que « Selon la prise de position du médecin d'arrondissement de la SUVA, l'état de santé est stable depuis au plus tard le 31.12.2012, de sorte qu'en date du 28.02.2013, il a fixé une exigibilité médicale de 100%, horaire et rendement, dans une activité adaptée [...]. Depuis lors, il n'y a eu aucun nouveau diagnostic, aucune modification du traitement, pas de modification des plaintes de l'assuré et pas de changement de la capacité de travail médicalement exigible » (dossier AI pce p. 541 s.; dossier SUVA pce n° 193). - Le rapport médical du 15 février 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité avec traits paranoïaques et schizoïdes (F60.0). Le psychiatre a précisé que la situation n'avait pas évolué depuis l'accident. Il a conclu que l'assuré était en mesure d'assumer une activité professionnelle simple, sans pression ni rendement (dossier AI pce p. 516 à 520; dossier SUVA pce n° 206). - La prise de position du 24 août 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a exposé que le rapport E.\_\_\_\_\_ se réfère à une prise en charge psychiatrique temporaire entre juin 2014 et juin 2015

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 et n'atteste pas d'incapacité de travail. Par ailleurs, les troubles de la personnalité apparaissant toujours, par définition, dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte, il ne peut s'agir d'un fait nouveau. Ledit rapport n'est donc pas de nature à modifier son appréciation (dossier AI pce p. 492 s.). - D'autres pièces médicales et prescriptions de physiothérapie (dossier AI pces p. 572 à 575, 578 à 580, 679, 814, 843, 868 à 870, 872, 874, 925 à 927, 961 s., 1040, 1051, 1251 à 1254, 1304 à 1306; dossier SUVA pce n° 17, 41, 54, 56, 69, 83 à 88, 126). b) En l'espèce, formellement, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique N.\_\_\_\_\_ répond parfaitement aux exigences jurisprudentielles relatives aux expertises. Il se fonde en effet sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu le recourant. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le patient et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des médecins sont dûment motivées. La qualité de ladite expertise a d'ailleurs été mise en avant par la Dresse

O.\_\_\_\_\_, du SMR. En effet, si, dans un premier temps dans sa prise de position du 7 octobre 2011, apparemment sans avoir pris connaissance du dossier AI de l'assuré, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a mis en cause la valeur probante de l'expertise de la Clinique N.\_\_\_\_\_ et requis un stage d'observation personnelle, dans un second temps dans sa prise de position du 12 mars 2012, après avoir consulté le dossier AI de l'assuré et le rapport ORIF nouvellement produit, elle a expressément confirmé la pleine valeur probante de ladite expertise et estimé qu'il n'était pas nécessaire de procéder à des examens complémentaires. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, sollicité ensuite, a également implicitement confirmé la valeur probante de l'expertise. Enfin, le Dr H.\_\_\_\_\_, pourtant critique par rapport à certaines conclusions, a estimé que l'expertise était de bonne qualité et que son déroulement pouvait être qualifié de standard. Le rapport d'expertise remplit par ailleurs les conditions de la récente jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Appelés à se prononcer sur une pathologie assimilée par la jurisprudence à la fibromyalgie et autres syndromes sans étiologie claire et sans constat de déficit organique, les experts ne sont en effet manifestement pas partis de la présomption révolue selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, mais ont chacun dans leur domaine de compétence respectif examiné les limitations fonctionnelles et la capacité du recourant. Par conséquent, il convient d'accorder pleine valeur probante et foi aux conclusions de l'expertise de la Clinique N.\_\_\_\_\_. L'autorité intimée a par ailleurs, dans la décision attaquée, fixé à bon droit le début et la fin du délai d'attente d'une année respectivement au 3 mai 2010 et au 1er mai 2011. Ceci n'a pas été contesté par le recourant. c) Au plan somatique, un status post-ostéosynthèse lombaire suite à une fracture SPLIT de L1, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse D12-L2 le 3 mai 2010, une discopathie L4- L5 et une spondylarthrose L5-S1 ont été diagnostiqués. L'expert neurochirurgien de la Clinique N.\_\_\_\_\_ a estimé que ces diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré et que ce dernier pourrait reprendre en plein son activité de vendeur en accessoires et pièces automobiles, voire exercer une activité de réparateur automobile allégée. Cette appréciation est confirmée par le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique ayant opéré l'assuré, qui a exposé qu'après le type d'intervention subie le recourant pouvait reprendre un travail à plein

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 temps dans tous les domaines, même avec port de charges lourdes, à 3 mois post-opératoires. Elle l'est en outre par la Dresse O.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a explicitement noté que l'assuré avait retrouvé une mobilité complète de la colonne vertébrale et qu'il ne présentait plus aucune contracture musculaire. L'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, qui sans étayer sa position a conclu à une incapacité de travail totale pour des motifs apparemment strictement somatiques n'emporte dès lors pas la conviction des juges de céans. Il sied, à l'égard de ce dernier avis, de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour lui. Au plan psychique, aucun diagnostic n'a été retenu par l'expert psychiatre de la Clinique N.\_\_\_\_\_. Les critiques formulées par le Dr H.\_\_\_\_\_ ne convainquent pas. Tout d'abord, ainsi que l'a relevé la Dresse O.\_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 12 mars 2012, l'expertise et le dossier AI comportent en eux-mêmes le démenti aux assertions du Dr H.\_\_\_\_\_. Il a ainsi été établi que le recourant avait obtenu un CFC, point que le généraliste estimait crucial. Ensuite, il est erroné de prétendre que l'expert psychiatre de la Clinique N.\_\_\_\_\_ s'est borné à examiner les diagnostics qui avaient précédemment été retenus, sans en rechercher d'autres. Ledit expert, selon la

méthodologie choisie, s'est certes dans un premier temps focalisé sur les diagnostics qui avaient déjà été évoqués par ses confrères, il a toutefois dans un second temps – sur la base d'examens psychologiques, biologiques et psychométriques – renoncé à poser un autre diagnostic. Par ailleurs, les diagnostics de retard mental léger et de troubles de la personnalité type obsession-compulsion ont été rejetés de manière tout à fait convaincante par l'expert psychiatre de la Clinique N.\_\_\_\_\_. C'est le lieu de relever qu'un stage d'observation professionnelle et un examen du QI ont été effectués postérieurement à l'expertise. Or, le stage n'a pas pu être effectué à cause du manque de motivation et d'investissement de l'assuré; et le résultat obtenu par le recourant au test de QI, soit 75, est supérieur à la limite en dessous de laquelle l'intelligence peut avoir une incidence sur la capacité de travail, soit 70 (cf. arrêt TF 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2 et les références citées). Enfin, il sied de noter que le Dr H.\_\_\_\_\_ était le médecin traitant du recourant et qu'il n'était pas spécialisé en psychiatrie (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. l'arrêt TF 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées). S'agissant ensuite du rapport médical du 23 mars 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_ et du rapport médical du 15 février 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, il convient de noter, à titre liminaire, que ce dernier a exposé que la situation clinique du recourant n'avait connu aucune évolution depuis l'accident. Une aggravation postérieure à l'expertise de l'état de santé psychique du recourant a ainsi explicitement été exclue par un psychiatre. Ceci a d'ailleurs été confirmé par le Dr T.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_. Les avis des Drs P.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ et celui de la Clinique N.\_\_\_\_\_ constituent donc des appréciations médicales distinctes d'un état de fait demeuré identique. Il s'agit dès lors de les confronter. Le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble de l'adaptation et de l'attention. Les conclusions de l'expertise de la Clinique N.\_\_\_\_\_ ne sauraient valablement être remises en cause sur la base de cet avis, attendu qu'il n'expose pas sur quels éléments médicaux il s'est fondé pour retenir ce diagnostic, qu'il ne prend pas de conclusion relative à la capacité de travail du recourant et que ledit rapport émane d'un médecin traitant du recourant, non spécialisé en psychiatrie. La Cour de céans rejoint en cela l'avis exprimé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 28 juin 2012.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 Le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_, qui a retenu l'existence de troubles mixtes de la personnalité avec traits paranoïaques et schizoïdes, ne résiste pas non plus à l'examen. Ainsi que l'a souligné le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 24 août 2016, ces troubles apparaissent toujours, par définition, dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte. Or, l'expert psychiatre de la Clinique N.\_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé dans l'histoire de l'assuré des troubles qui se seraient manifestés dès l'âge de jeune adulte ou l'enfance. De plus, ledit rapport se réfère à une prise en charge psychiatrique temporaire entre juin 2014 et juin 2105 et n'atteste pas d'incapacité de travail. Au plan psychosomatique enfin, les experts de la Clinique N.\_\_\_\_\_ ont, sur la base d'indices et de critères concrets, exclu l'existence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux permanent; aucun point de fibromyalgie, ni aucun signe de non-organicité de la douleur selon Waddell, ni aucun critère de la personnalité anankastique n'a effet été retenu. Cette conclusion est confirmée par le Dr T.\_\_\_\_\_, chef du service de psychosomatique de la Clinique S.\_\_\_\_\_, qui, dans son rapport médical du 27 août 2014, a expressément exclu toute psychopathologie. Quant au Dr R.\_\_\_\_\_, qui, dans son rapport d'examen final du 12 février 2015, a noté un syndrome somatoforme douloureux, il n'entendait manifestement pas ce faisant poser un diagnostic,

mais, focalisé sur son rôle de médecin d'arrondissement de la SUVA, seulement signifier que les douleurs ressenties n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident et pouvaient tout au plus relever de l'assurance-maladie, ainsi qu'en atteste la fin de sa phrase; le médecin d'arrondissement de la SUVA n'a en effet donné aucun élément médical ayant vocation à fonder un tel diagnostic, tout au contraire, puisqu'il a considéré que, dans toute activité adaptée et tenant compte de la problématique du dos, l'assuré pourrait sans autre travailler normalement avec 100% de rendement dans toute activité industrielle légère à moyenne. Le degré de gravité requis pour un tel diagnostic n'apparaît en tout état de cause pas atteint, dans la mesure où aucun médecin n'a conclu à une incapacité de travail de l'assuré pour ce motif. Ainsi que cela ressort des rapports des Drs I. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, le recourant n'a eu recours aux offres thérapeutiques existantes pour se faire soigner sur ce plan que de manière très restreinte. En définitive, force est de constater que les singularités de personnalité, la psychorigidité et le déconditionnement, dont ont fait état nombre de médecins sollicités, apparaissent au premier plan dans le cas d'espèce. Or, ces constatations renvoient à des facteurs psychosociaux et socioculturels ne relevant pas de l'assurance-invalidité (cf. supra 3.b.aa). Dans le même ordre d'idées, il convient de relever qu'un certain nombre des éléments relevés par le médecin traitant sortent manifestement du champ médical (cf. notamment les conclusions qu'il tire du fait que le recourant vive encore chez ses parents, dossier OAI, p. 1112-1116). d) Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans considère, avec les experts de la Clinique N. \_\_\_\_\_, que le recourant pourrait reprendre, à plein temps et sans diminution de rendement, son activité de vendeur en accessoires et pièces automobiles. Il s'agit bien là de son activité habituelle, puisqu'il l'a exercée jusqu'en août 2009 alors que l'accident est survenu à peine un mois plus tard, et qu'il a cessé de la pratiquer parce qu'il a été licencié de l'entreprise qui l'employait. C'est d'ailleurs précisément à la suite de l'évènement accidentel, essentiellement susceptible de l'atteindre dans sa santé physique, qu'il a entrepris de saisir les assurances sociales. Le recourant peut, quoi qu'il en soit, également exercer, à plein temps et sans diminution de rendement, son activité habituelle de surveillant de la déchetterie qu'il exerçait lors de la survenue

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 de l'accident et exerce à jour encore. Ladite activité consiste en effet dans une activité légère dépourvue de travaux physiques (cf. à cet égard, dossier AI p. 639). En l'occurrence, les preuves figurant au dossier ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire complémentaire (appréciation anticipée des preuves). La nécessité d'effectuer des examens complémentaires a d'ailleurs été expressément exclue tant par les experts de la Clinique N. \_\_\_\_\_ que par la Dresse O. \_\_\_\_\_. C'est le lieu de préciser que, pour juger simultanément la présente cause et la cause relative au contentieux également pendante en assurance-accidents (605 2016 142), la Cour de céans s'est fondée tant sur le dossier du recourant de l'OAI que sur celui de la SUVA, dont la production avait été requise par le recourant au titre de preuves. Une production formelle du dossier SUVA dans la présente cause apparaît dès lors inutile. Dans la mesure où le recourant pourrait reprendre, à plein temps et sans diminution de rendement, ses activités habituelles, force est de conclure qu'il ne présente aucune perte de gain. Il n'a donc pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. e) Subsidiairement, même s'il fallait admettre, comme l'autorité intimée, que le recourant ne serait plus apte à reprendre son activité habituelle et qu'il devrait dès lors exercer une activité de substitution adaptée, il ne présenterait aucune perte

de gain. Le potentiel économique n'étant pas assuré, seule la perte de gain effective est déterminante (arrêt TF 8C\_607/2011 consid. 8.2 et les références citées). Or, en l'occurrence, il n'y a aucune raison de s'écarter des revenus effectivement perçus par le recourant avant l'accident pour établir son revenu de valide. Le recourant a terminé sa formation en 1998 et a depuis lors, soit 10 ans durant, sans être empêché de travailler pour des raisons de santé, réalisé des revenus annuels oscillant entre CHF 14'408.- (en 2008) et CHF 36'412.- (en 2002). Son revenu annuel d'invalidé de CHF 55'598.65, retenu par l'autorité intimée dans la décision entreprise et non contesté, apparaît ainsi largement supérieur à son revenu annuel de valide. Plus subsidiairement encore, la comparaison de revenus telle qu'effectuée par l'autorité intimée n'a pas été contestée céans. Or, elle aboutit à un taux d'invalidité de 10%, à savoir à un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente selon l'art. 28 al. 1 LAI.

#### **E. 7**

Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

#### **E. 8**

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est enfin pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_ et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 24 janvier 2018/YHO Président Greffier

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