

FR_GERICHTE 605 2018 118 vom 8. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_118

FR: FR_GERICHTE 605 2018 118 du 8 février 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 118 del 8 febbraio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 7

août 2014. Ses médecins ont attesté d'une incapacité de travail de 50% dès le 8 août 2014 et de 25% dès le 1er septembre 2014. Dès le 22 septembre 2014, les médecins considéraient que l'assuré pouvait travailler à temps plein. L'assuré a repris le travail à un taux de 10%. Dans le cadre de l'instruction du dossier, les médecins d'arrondissement de C._____, en dernier lieu le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont également été amenés à se prononcer. Lors d'un examen du 29 janvier 2016, celui-ci a conclu que les douleurs n'avaient ni substrat organique ni corrélat organique d'origine accidentelle. Par décision du 1er février 2016, confirmée sur opposition le 8 mars 2017 après nouvelle évaluation par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie, du centre de compétence de médecine des assurances, C._____ a mis fin au versement des indemnités journalières ainsi que des frais de traitement avec effet au 7 février 2016. Cette décision a été contestée devant le Tribunal cantonal (cause 605 2017 81) qui statuera sur l'affaire dans un arrêt séparé. C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 24 juin 2014. Se fondant sur les conclusions des médecins de C._____ et avis pris auprès de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a, par décision du 27 mars 2018, reprenant un projet du

E. 7.1

La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 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 des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

E. 7.2

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au

moment déterminant si elle était en bonne santé. 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 jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

E. 7.3

De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidité (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; ATFA 1968 188, 1961 39 consid. 2, 1960 249 consid. 2 p. 253; RAMA 1991 n° U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). 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'invalidité 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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. 5). 8. 8.1. Le revenu de valide doit être fondé sur le dernier revenu perçu par le recourant, tel qu'attesté par l'extrait de son compte individuel et indiqué dans la demande de prestation (cf. dossier OAI, p. 230 et 248). Celui-ci se monte à CHF 33'600.- en 2012, étant rappelé que le revenu de 2013, bien inférieur, a pu être influencé par l'accident du 21 août 2013. Ce revenu correspond à celui d'une activité exercée à un taux de 70%, mais l'on peut raisonnablement conclure qu'il aurait évolué proportionnellement avec le taux, étant rappelé que l'assuré travaillait dans l'entreprise de son épouse avec laquelle il avait convenu de travailler à 100% à moyen terme. Le revenu d'une activité à plein temps serait donc de CHF 48'000.-, montant qui devrait être adapté à l'évolution des salaires nominaux (cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction) pour atteindre CHF 48'366.15 en 2015. Ce montant est retenu au titre de revenu de valide.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 A ce stade, la Cour constate que le revenu de valide est inférieur de 29% au salaire moyen dans le secteur de la construction selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après: ESS 2014). Celui-ci correspond en effet à CHF 68'229.90, soit le revenu moyen de CHF 66'084.- (TA1_skill level, construction, homme, niveau de compétence 1) adapté à l'indexation (cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction) et à la durée usuelle de travail de 41.4 heures par semaine en 2015 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, construction). L'on ne peut pas exclure que l'assuré se soit contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre (cf.

ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325 et les arrêts cités). Dans la mesure où elle n'a aucune incidence sur la résolution du présent cas, cette différence sera néanmoins prise en considération à hauteur de 24% (29%-5%; cf. arrêt TF 9C_692/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3.3) dans le calcul du revenu d'invalidé. 8.2. S'agissant du revenu d'invalidé, il a été constaté que le recourant possède, depuis 2014, une capacité de travail entière dans une activité limitant le port de charges, permettant l'alternance des positions et sans montées répétées d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. S'il perçoit probablement un revenu de son activité actuelle à un taux de 5 à 10%, celle-ci ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible. Il convient dès lors de s'en écarter et de se référer au montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement. Ce montant correspond au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2014 (TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 63'935.20; cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, Hommes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2015 (CHF 66'652.45, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Enfin, il convient de procéder au parallélisme des revenus sur la base du taux de 24% calculé ci-avant (CHF 50'655.85; cf. consid. 5.2). Partant le revenu d'invalidé est estimé à CHF 50'655.85. 8.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 48'366.15) et d'invalidé (CHF 50'655.85) qu'il n'y a aucune perte de gain. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé de prester. A ce stade, la Cour relève que la perte de gain demeurerait bien inférieure à 40%, même s'il était tenu compte d'une réduction supplémentaire maximale au titre de désavantage salarial. En outre, en l'absence de toute perte de gain dans l'activité lucrative, un calcul basé sur la méthode mixte (30% dans les le ménage et 70% dans une activité lucrative) n'aboutirait pas non plus à reconnaître une invalidité donnant droit à une rente. 9. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. 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 8 février 2019/pte Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

octobre 2017, rejeté la demande de prestations. Il a considéré que son assuré pouvait reprendre son activité lucrative antérieure le 20 septembre 2014, soit avant l'échéance du délai de six mois à compter de la date du dépôt de sa demande. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 3 mai 2018, concluant, avec suite de frais et dépens, à la mise sur pied d'une expertise médicale par la Cour des assurances-sociales. A l'appui de sa conclusion, le recourant rappelle s'être plaint, dans le cadre de ses objections, de ce que la fin de l'incapacité de travail ne pouvait pas être fixée au 19 septembre 2014, précisant que l'assurance-accidents avait admis une incapacité totale de travail jusqu'au 7 février 2016 (cas

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 commun pur). Il regrette également que l'OAI ignore l'avis de ses médecins traitants et de ses thérapeutes, alors que ceux-ci attestent de ses limitations fonctionnelles, mais privilégie l'avis des médecins de C._____, au sujet desquels il fait part de ses doutes. Devant les contradictions entre les conclusions médicales et entre les décisions, il estime l'instruction médicale insuffisante. Dans ses observations du 12 juin 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Le dossier constitué par C._____ (cause 605 2017 81), a été versé à la présente cause, ce dont les parties ont été informées par courrier du 15 novembre 2018. Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. 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 ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, 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 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3. 3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 3.2. Pour pouvoir statuer, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 3.3. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). Enfin, la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 4. Est ici litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente de l'assurance- invalidité. 4.1. Dans sa décision du 27 mars 2018, l'OAI considère que des incapacités de travail étaient certes médicalement justifiées du 21 août 2013 au 19 septembre 2014, mais par la suite, le recourant pouvait néanmoins reprendre son activité à temps plein. Cette appréciation se fonde sur l'avis du Dr

G._____, spécialiste en anesthésiologie, médecin au sein de son Service médical régional (ci-après: SMR). En substance, dans ses deux rapports, le médecin affirme se baser sur les conclusions des médecins de C._____, et de la Clinique D._____ pour conclure "qu'il s'agit d'un cas commun pur LAA; [...] que l'instruction médicale est exhaustive [et] qu'il n'y a aucune atteinte à la santé objectivable justifiant une incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré" (dossier OAI, p. 1236 et 1383). Cependant, il ne faut pas perdre de vue le fait que l'assurance-accidents n'examine la demande de prestation que sous l'angle des suites de l'événement du 21 août 2013. Elle n'a à prester que pour les troubles qui sont en lien, direct ou indirect, avec cet événement. Cette perspective imprègne les appréciations des médecins qu'elle a interrogés, en particulier s'agissant de l'existence d'une atteinte à la santé objectivable. Or, on constate d'emblée que ces médecins attestent de l'existence d'une autre atteinte qui n'est pas en lien avec l'événement du 21 août 2013, soit, en substance, une détérioration du ménisque interne du genou droit. Ainsi, ils indiquent que leur "Beurteilung der Zumutbarkeit erfolgt aus unfallkausaler Sicht" et soulignent qu'il existe des "vorbestehend[e] degenerativ[e] Veränderungen am rechten Knie" (dossier C._____, pièce 140). De même, le Dr E._____ précise que "les douleurs dont se plaint l'assuré n'ont pas de corrélat organique d'origine accidentelle" en renvoyant aux conclusions de la Clinique D._____, ce qui ne saurait exclure une éventuelle origine dégénérative (dossier C._____, pièces 330 et 349). Enfin, le Dr F._____ relève que, "s'il est probable que l'accident du 21.08.2013 [a] entraîné une détérioration déterminante du ménisque interne du genou D de l'assuré, il est certain que lors de cet accident[,] le genou D de l'assuré présentait déjà des troubles dégénératifs" (rapport du 23 janvier 2017, dossier C._____, pièce 379). C'est donc de manière erronée que le Dr G._____ retient l'absence de toute atteinte à la santé objectivable, absence fondant son raisonnement quant à l'absence d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Dans ces circonstances, il se justifie de s'écarter des conclusions du médecin du SMR et de se référer aux autres pièces du dossier. 4.2. A l'issue du séjour du recourant dans leurs services du 7 juillet au 7 août 2014, les médecins de la Clinique D._____ retiennent, dans la rubrique diagnostic, la formule suivante: "Unfall vom 21.08.2013: Beim Tragen von schweren Lasten auf der Treppe das rechte Knie verdreht A1 Kniedistorsion rechts", à laquelle ils ajoutent une liste des interventions et investigations réalisées. Ils précisent que "fast ein Jahr nach Kniedistorsion mit medialem Meniskusriss, 8 Monate nach Teilmeniskektomie und kernspintomographisch stationärer Retropatellararthrose sowie leicht progredient verschmälertem Knorpel medial lässt sich das Ausmass der Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären". Sur cette base, statuant sur la problématique de la capacité de travail "aus unfallkausaler Sicht", ils estiment que le recourant est en mesure de travailler la journée entière dans l'ancienne activité "in der Innen- und

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 Aussenrenovation". Cependant, compte tenu des "vorbestehend[e] degenerativ[e] Veränderungen am rechten Knie", ils conseillent à long terme que l'assuré exerce une activité permettant l'alternance des positions, sans montées répétées d'escaliers ou d'échelles ainsi que sans postures forcées pour le genou droit (dossier C._____, pièce 140). Pour sa part, dans son rapport du 29 janvier 2016, le Dr E._____ conclut que, "après la consultation pluridisciplinaire approfondie incluant un séjour dans la Clinique [D._____] du 7.7 au 7.8.2014, il a été clairement énoncé que les douleurs dont se plaint l'assuré n'ont pas de substrat organique. Les examens

pluridisciplinaires complémentaires n'ont apporté aucun élément nouveau. Aujourd'hui encore, l'inaptitude du membre inférieur droit démontrée de différentes manières n'est pas un signe pertinent de ménagement. Les douleurs dont se plaint l'assuré n'ont pas de corrélat organique d'origine accidentelle" (dossier C. _____, pièces 330 et 349). Enfin, examinant le cas sur la base du dossier, le Dr F. _____ complète les conclusions de son confrère. Il précise ainsi que, "en ce qui concerne les lésions structurelles au niveau du genou D de l'assuré, il y a, en relation de causalité pour le moins probable avec cet accident, un status après ménissectomie partielle interne dans un genou présentant des lésions dégénératives stables depuis l'accident. Un tel status ne justifie à lui seul, comme l'ont du reste conclu nos collègues de [la Clinique D. _____], aucune limitation fonctionnelle particulière dans une activité professionnelle à charge physique moyenne telle que celle qu'exerçait l'assuré lors de son accident d'août 2013". Tout au plus le médecin admet-il que, dans l'avenir, "l'évolution des troubles dégénératifs du genou D, mais également du genou G, entraîneront qu'une activité adaptée sera une activité ne sollicitant pas de manière répétée les genoux (pas d'activités répétées à genoux ou nécessitant de fréquentes genuflexions, pas de fréquents et nombreux escaliers ou échafaudages, pas de marches répétées avec port de lourdes charges)" (rapport du 23 janvier 2017, dossier C. _____, pièce 379). En résumé, les précités s'accordent sur le fait que les troubles du recourant ne s'expliquent que partiellement par les atteintes objectivables. Même en tenant compte de leur aspect dégénératif sur le long terme, ces troubles n'ont, selon eux, aucune incidence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, soit une activité limitant le port de charges, permettant l'alternance des positions et sans montées répétées d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages.

4.3. La plupart des autres médecins interrogés témoignent des nombreuses démarches diagnostiques faites dans ce dossier sans parvenir à expliquer l'origine des troubles allégués par le recourant. Ils ne mettent pas, pour autant, en doute les conclusions des médecins de la Clinique D. _____, du Dr E. _____ et du Dr F. _____. Par exemple, en avril 2014 déjà, le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, n'avait "pas d'explication certaine aux plaintes" du recourant, relevant que "l'IRM ne rév[é]lait pas de pathologie significative et l'EMG ne montr[ait] pas non plus de signe de dénervation aiguë" (dossier C. _____, pièce 81; cf. ég. pièce 71). Par la suite, lors d'un examen du 1er octobre 2014, le Dr I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, n'examinait ainsi la situation que sous cet angle. Constatant qu'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS), bien que nié par les médecins de la Clinique D. _____, était toujours évoqué par le médecin traitant, il souhaitait "écarter définitivement ce diagnostic" en réalisant une scintigraphie osseuse 3 phases dont les résultats devaient ensuite être soumis aux médecins de J. _____. Ce n'est qu'après ces investigations, dont il charge l'orthopédiste traitant, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il proposait de statuer sur la capacité de travail, ce dont se chargera le Dr E. _____ (dossier C. _____, pièce 191). Les nombreuses investigations auprès de J. _____ entre janvier et juillet 2015 ne permettent cependant toujours pas d'expliquer l'origine des douleurs alléguées. En effet, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevaient tous deux ne pas être en mesure de trouver une structure pathologique expliquant les douleurs au genou (dossier C. _____, pièces 260 et 268). Pour sa part, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie,

résumait que "findet sich keine neurologische Ursache für die Knieschmerzen" (dossier C._____, pièce 334). Enfin, le Dr O._____, spécialiste en anesthésiologie, distinguait les douleurs "mit einer mechanisch-nozizeptiven Komponente" de celles avec un caractère neuropathique, "welche keinem Dermatome oder keiner klaren neuronalen Struktur zugeordnet werden kann". Pour ces troubles, il exclut notamment le diagnostic de CRPS, les critères n'étant pas tous remplis (dossier C._____, pièce 286). Plus récemment, en avril 2016, le recourant a consulté le Dr P._____, spécialiste en neurologie. Celui-ci a conclu que son patient souffre d'un "syndrome douloureux sensitif et moteur du membre inférieur droit sans anomalie au bilan électrophysiologique, et ce de manière concordante avec les nombreux examens effectués" mais que le "status met[tait] toutefois en évidence plusieurs signes évoquant une atteinte anorganique" (dossier C._____, pièce 369). Reprenant l'idée du Dr N._____ de contrer par un traitement d'antidépresseurs la chronification due à la longue durée du "Krankheitsverlauf" (dossier C._____, pièce 918), il propose de "discuter" d'un suivi psychiatrique (dossier C._____, p. 369).

4.4. Selon le recourant, le dernier spécialiste consulté, le Dr Q._____, spécialiste en spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation, attesterait de la "persistance en 2017 de limitations fonctionnelles" et objectiverait "l'origine de ses limitations" (cf. recours du 3 mai 2018). Si le médecin émet effectivement une hypothèse diagnostique ("Es besteht somit der dringliche Verdacht, dass hier ein neurogener Schmerz vorliegt, bei dem sehr wahrscheinlich der Ramus infrapatellaris des N. Saphenus involviert ist"), il n'atteste cependant pas de l'existence de limitations fonctionnelles ou d'une l'incapacité de travail (rapport du 15 mai 2017; dossier OAI, p. 1266). En outre, le Dr F._____ et le Dr R._____, spécialiste en neurologie, mettent de manière convaincante en doute le raisonnement du Dr Q._____ dans un rapport du 1er septembre 2017 (joint aux ultimes remarques de C._____ du 5 septembre 2017). Ils relèvent ainsi d'emblée que celui-ci s'est manifestement fondé sur un dossier incomplet, ignore les traitements suivis dans le passé par son patient et suggère des traitements (Pregabalin, ergothérapie, physiothérapie, etc) qui avaient tous été déjà essayés. Ils soulignent ensuite que si le recourant souffrait effectivement des troubles diagnostiqués par le médecin, il souffrirait d'une "symptomatologie dans un territoire précis", laquelle ne correspondrait pas du tout à celle dont il se plaint. Enfin, ils constatent que le médecin ne discute pas l'ensemble de ses observations, notamment l'absence de sensibilité centrale à la douleur, de dermatome ou de lésion neurologique structurelle. Partant, outre qu'il n'atteste pas d'une quelconque incapacité de gain, le Dr Q._____ ne saurait quoi qu'il en soit mettre en cause les conclusions concordantes des médecins de la Clinique D._____, du Dr E._____ et du Dr F._____.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 4.5. Au final, seul le médecin traitant, le Dr S._____, spécialiste en néphrologie et en médecine interne générale, affirme que les troubles de son patient ont une forte incidence sur sa sur capacité de travail. En effet, depuis 2014, le médecin affirme que son patient est "objectivement très handicapé, se déplace toujours avec deux cannes anglaises, doit soulever son membre inférieur D manuellement ou à l'aide de l'autre jambe pour fléchir la cuisse" et soutient ainsi que son patient souffre des restrictions suivantes: "marche dans les escaliers uniquement avec rampe ou canne. Echelles impossibles. Port de charge limité à 2-3 kg". Il atteste ainsi d'une capacité de travail 10% dans l'ancienne activité, limitée à la surveillance des chantiers délégués à des tiers (rapports des 12 mai et 12 septembre 2014, dossier C._____, pièce 188 et 172). Par la suite, le

médecin estime que c'est le "statu quo, aussi bien sur le plan des douleurs que sur le plan objectif orthopédique et neurologique", attestant d'une capacité de travail de l'ordre de 5% à 10% (dossier C._____, pièces 257, 269, 279, 287, 292, 326, 343 et 364). A ce stade, on précise que le médecin émet de nombreuses critiques à l'encontre des médecins de C._____. En particulier, il affirme que le rapport du Dr E._____ serait "partial, incomplet et ses conclusions mal fondées", relevant notamment que certains de ses rapports ne sont pas cités, que l'anamnèse est approximative, que des événements survenus lors de l'examen ne sont pas évoqués et qu'il n'a été procédé à aucun diagnostic différentiel. Il reproche surtout au médecin d'oublier "la chondropathie rétrorotulienne, donnée objectivée par résonance magnétique et donc pas sujette à la subjectivité", pour laquelle "la responsabilité de C._____ reste engagée, quelle que soit l'interprétation qu'on veut donner aux douleurs" (rapport du 17 février 2016, dossier C._____, pièce 343; cf. ég. pièce 1027). Cependant, on l'a vu, les conclusions du Dr E._____ ne sont pas isolées. Elles sont au contraire confirmées par les conclusions de la plupart des médecins interrogés qui ne parviennent pas à expliquer l'importance des troubles allégués par le recourant par les troubles diagnostiqués. Bien plus que l'avis d'un médecin pris isolément, c'est bien le faisceau d'avis concordants des médecins de la Clinique D._____, du Dr E._____ et du Dr F._____ qui rend leurs conclusions convaincantes. Dans cette optique, il n'est pas nécessaire d'approfondir les critiques portées à l'avis du Dr E._____, celui-ci étant conforté par les autres avis au dossier. En outre, l'on ne saurait ignorer que le Dr S._____ est le médecin traitant du recourant et est, de ce fait, susceptible à prendre parti pour lui vu la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Or, quand bien même il est, certes, non seulement généraliste, mais aussi spécialiste en infectiologie, l'on doit relever que son opinion a été contestée par d'autres spécialistes à plusieurs reprises. Tel est le cas du diagnostic de CRPS dont il affirme l'existence et suggère le traitement en janvier 2016, alors même que celui-ci avait déjà été nié par les spécialistes de la Clinique D._____ et ceux de J._____, à la suite d'examens approfondis (cf. dossier C._____, pièces 292 et 326). Dans ces circonstances, la Cour ne s'estime pas convaincue par la thèse défendue par le Dr S._____. 5. A ce stade, la Cour relève que le dossier de la présente cause comporte un nombre non négligeable d'incohérences. Ainsi, il est surprenant qu'une atteinte initiale comme une seule entorse au niveau du genou droit ait provoqué une incapacité de travail quasi-complète depuis

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 septembre 2013. De même, la plupart des médecins interrogés, malgré de nombreuses investigations médicales, ne parviennent pas à expliquer les importantes limitations de leur patient. C'est probablement dans un autre champ que se situe l'étiologie de ces troubles. L'on ne peut, en particulier, pas totalement exclure que ces limitations découlent de facteurs extra-médicaux. C'est ce que semble, par ailleurs, relever le Dr F._____ lorsqu'il soutient que "les résultats obtenus lors des examens cliniques représentent donc bien ce que l'assuré veut bien montrer, mais pas ce qu'il peut faire en fonction de son status somatique" (dossier C._____, pièce 379). L'on constate également des difficultés financières – y compris en lien avec la société détenue par son épouse dont il est toujours l'employé à taux variable – évoquées par différents intervenants au dossier (dossier C._____, pièces 85, 91, 704 et 725; cf. ég. dossier OAI, p. 323 et 954). De tels facteurs extra-médicaux ne seraient pas en lien avec une atteinte à la santé et ne seraient, dès lors, pas à la charge de l'assurance-invalidité. 6. Quoi qu'il en soit, ainsi que relevé ci-avant, la Cour se rattache aux conclusions concordantes des médecins de la Clinique D._____, du Dr E._____ et du Dr F._____. Ceux-ci attestent depuis le 22

septembre 2014 d'une capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité limitant le port de charges (moins de 20 kg), permettant l'alternance des positions et sans montées répétées d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Cependant, l'ancienne activité d'ouvrier d'une entreprise de rénovation et transformation de bâtiments ne semble pas adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. En effet, cette activité impose des travaux de peinture, de rénovation, de montage et de pose de sols. Cela implique manifestement un port de charges élevées (pots de peintures, machines, appareils ménagers), de nombreuses tâches à genou et la montée régulière d'escaliers ou d'échelles (cf. dossier C._____, pièce 41). Dans ces circonstances, l'on ne peut pas nier le droit du recourant à une rente sur la seule base d'un dépôt tardif de la demande de prestations. Il appartenait, bien plutôt, à l'autorité intimée de procéder à la comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité de son assurée. Cela pourrait justifier un renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision avec comparaison des revenus. Il convient néanmoins de prendre en considération l'intérêt du recourant à obtenir sans délai une décision finale dans cette procédure. Pour ce motif, la Cour procède elle-même à la comparaison des revenus. Bien que travaillant à un taux de 70%, l'assuré indiquait avoir "décidé avec [sa] « femme », pour un taux de 70% en progression pour arriver à un 100% au plus tard en 2015", projet bousculé suite à l'accident d'août 2013 et l'opération du ménisque qui a suivie (cf. dossier OAI, p. 954). On peut donc raisonnablement conclure qu'il aurait travaillé à un taux de 100% depuis 2015, soit durant la période déterminante pour la comparaison des revenus. Cela justifie de privilégier la méthode de comparaison des revenus par rapport à la méthode mixte. 7.

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