

FR_GERICHTE 605 2020 42 vom 20. Januar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_42

FR: FR_GERICHTE 605 2020 42 du 20 janvier 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 42 del 20 gennaio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours 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 atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 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.

E. 2.1

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. 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 équivaut à une maladie.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1. et références). En définitive, une atteinte influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4).

E. 2.2

Ce n'est toutefois pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 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.

E. 4

Selon l'art. 17 LPGGA, 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.

E. 4.1

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 4.2

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente (= rente limitée dans le temps) correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

E. 5

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).

E. 5.1

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 mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 5.2

Pour 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).

E. 5.3

L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 s'occupent du ménage (cf. Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité, ci-après: CIIAI, ch. 1058). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon

suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

E. 6

Est en l'espèce litigieux le maintien, dès le 1er mars 2019, du droit à la rente entière fixée selon la méthode dite ordinaire. Le recourant estime qu'il n'est pas en mesure de travailler au-delà de cette date. Sur le plan physique, il ne peut pas même travailler à 50% tandis que, sur le plan psychique, il est entièrement en incapacité de travail. Il s'agit de se référer au dossier médical pour voir si l'atteinte s'est ou non résorbée après le 28 février 2019.

E. 7.1

Situation personnelle Né en 1962, le recourant est marié et père de quatre enfants majeurs. Il ne bénéficie d'aucune formation qualifiante (cf. not. dossier AI, p. 31). Il travaillait depuis une quinzaine d'années en qualité de peintre dans une usine fabriquant des fenêtres. Ses tâches consistaient principalement à retirer les anciens cadres de fenêtre, poncer, peindre et poser les nouvelles fenêtres et cadres. Cette activité nécessitait des mouvements amples et le port de charges lourdes (dossier AI, p. 240).

E. 7.2

Problèmes physiques En 2016, il a commencé à ressentir des douleurs de type mécanique dans les épaules, sans notion traumatique (dossier AI, p. 11 et 12). Malgré différents traitements, les douleurs ont persisté.

E. 7.2.1

Le Dr B._____, chirurgien orthopédique, a diagnostiqué une "déchirure du tendon sus-épineux, subscapulaire et de l'épaule droite" et a opéré le recourant le 25 septembre 2017 (dossier AI, p. 64). Le 25 janvier 2018, le recourant a déposé une demande de rente. Sous "précisions sur le genre d'atteinte à la santé", il a indiqué "Post OP : DSA + susépineux + subscapulaire + biceps + PRP épaule droite" (dossier AI, p. 22).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Le 13 mars 2018, le Dr B._____ a diagnostiqué un status-post réparation de la coiffe des rotateurs avec débridement du susépineux de l'épaule droite. Il a estimé que son patient ne retrouverait pas sa capacité de travail dans son activité habituelle mais qu'il pourrait débiter une activité adaptée dans la microtechnique. Il a estimé qu'une limitation fonctionnelle se présentait dans toutes les activités (dossier AI, p. 33. Cf. ég. rapport du 2 mars 2018, dossier AI, p. 55). Le 7 mai 2018, Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une "lésion du sus-épineux et subscapulaire épaule droite et arthrose AC". Il a de plus mentionné le fait que le recourant souffrait d'un diabète de type 2 (dossier AI, p. 65).

E. 7.2.2

Le 28 août 2018, le recourant a subi une seconde opération, cette fois-ci de l'épaule gauche (dossier AI, p. 80). Un mois plus tard, le Dr B._____ a constaté la présence d'une épaule droite gelée et un statut post-réparation de la coiffe des rotateurs dans l'épaule gauche. Il a indiqué que le recourant ne parvenait plus à lever les bras au-dessus des épaules et qu'il n'était ainsi plus capable de travailler en tant que peintre. Il pourrait cependant travailler à raison de 4 heures par jour environ dans une activité adaptée, dans un bureau ou dans la

micro-technique. Le médecin a cependant relevé que le recourant se plaignait de douleurs et qu'il faudra ainsi s'attendre à une diminution de rendement (rapport du 20 septembre 2018, dossier AI, p. 80 ss).

E. 7.2.3

Au début de l'année 2019, le Dr D. _____ du SMR a admis que l'activité habituelle n'était définitivement plus exigible. Dans une activité adaptée toutefois, soit sans port de poids lourds, sans activité en porte-à-faux ou au-dessus du plan de l'omoplate et sans mouvements répétitifs, le recourant retrouverait une pleine capacité. Le médecin a cependant constaté que la situation médicale n'était pas encore stabilisée et qu'il faudrait se tourner vers un orthopédiste pour connaître l'évolution et l'exigibilité actuelle (rapport du 18 février 2019, dossier AI, p. 87). Durant la même période, le Dr B. _____ a signalé que le recourant se plaignait encore de douleurs aux deux épaules, celles de l'épaule gauche étant cependant en diminution, ainsi que d'une diminution de la mobilité. Il a confirmé en substance le contenu de son dernier rapport médical (rapport du 5 mars 2019, dossier AI, p. 89 ss).

E. 7.2.4

En été 2019, le Dr E. _____ de I. _____ SA, mandaté par l'AI, a réalisé une expertise orthopédique. Il a diagnostiqué un "status post chirurgical des 2 épaules sur lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs et tendinopathie du long chef du biceps" ayant une incidence sur la capacité de travail. Le recourant lui a confié qu'il ressentait encore des douleurs dans les deux épaules et qu'il avait besoin d'aide dans tous les aspects de la vie quotidienne. L'expert s'est toutefois montré critique face aux plaintes de l'expertisé. Ainsi, il a constaté que la mobilité passive était quasiment normale et qu'il n'y avait pas d'obstacle mécanique à une meilleure mobilité. De plus, il a soutenu que le recourant était bel et bien capable de faire les gestes de la vie quotidienne : "Il n'existe pas d'atrophie musculaire ou niveau des bras et des avant-bras, ce qui signifie que la personne assurée utilise normalement les épaules dans la vie quotidienne". Il a souligné que le recourant collaborait sur toutes les mesures, mais qu'il arrêta de bouger ses épaules à l'apparition d'une douleur, sans essayer de dépasser ce seuil, évoquant une autolimitation : "Il s'agit d'une autolimitation ou plutôt d'une incapacité d'aller plus loin que le seuil de la douleur pour améliorer la mobilité, comme cela est fréquemment remarqué chez les personnes peu scolarisées". Des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 mesures de réadaptation seraient possibles, à condition que le recourant change d'attitude : "il faut que la personne assurée change sa manière de percevoir les choses, qu'elle ait envie de travailler et qu'elle ne se « repose pas » dans un état algique invalidant". L'expert a estimé que le recourant ne serait plus en mesure de reprendre son activité professionnelle, mais qu'il pourrait toutefois travailler à 100% dans une activité adaptée, et cela dès le 1er mars 2019 (6 mois après la seconde opération). S'agissant des limitations, le spécialiste a estimé qu'elles provenaient avant tout des épaules : "pas de mouvement au-dessus de la ligne des mamelons des 2 côtés. Pas de charge à bout de bras. Avant-bras posés sur l'établi, une charge d'environ 1 kg est possible de chaque côté. Les travaux sur des échelles et des échafaudages sont exclus" (expertise du 27 juin 2019, dossier AI, p. 131 ss). Moins d'un mois plus tard, le Dr D. _____, médecin au SMR, a validé les conclusions du Dr E. _____ "sur toute la ligne" (dossier AI, p. 176).

E. 7.3

Troubles psychiques Dans son rapport du 7 mai 2018, Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé qu'il suivait le recourant depuis le début de l'année. Il a évoqué, sans donner plus de détails, un syndrome anxio-dépressif, qui s'améliorait (dossier AI, p. 65). Dans son expertise orthopédique du 27 juin 2019, le Dr E. _____ a également brièvement mentionné un état anxio-dépressif qui serait apparu avant la période d'incapacité de travail liée aux douleurs des épaules. Il ne s'est cependant pas penché de manière plus approfondie sur la question (dossier AI, p. 135).

E. 7.3.1

Suite à l'expertise précitée, le recourant a informé l'OAI qu'il était suivi par le Dr F. _____, psychiatre (dossier AI, p. 127). Le 2 juillet 2019, celui-ci a indiqué que ce dernier était incapable de travailler dans l'activité de peintre depuis le début de l'année. Il a constaté une symptomatologie dépressive : "Episode dépressif moyen psychorigidité est présente : soit dépression sévère soit trouble de la personnalité" et a prescrit du Cymbalta 90mg. Au sujet du pronostic sur la capacité de travail, il a répondu qu'il lui faudrait des consultations plus fréquentes pour qu'il puisse se prononcer. A la question de savoir quel était le potentiel de réadaptation, il a indiqué "échec. Le patient est en attente d'une rente", estimant que la psychorigidité faisait obstacle à une réadaptation (dossier AI, p. 171). Le 19 mars 2020, soit après le dépôt du mémoire de recours, le Dr G. _____, psychiatre qui aurait pour sa part été mandaté par l'assurance perte de gain, a rendu une expertise psychiatrique. Il a relevé que l'expertisé était suivi par le Dr F. _____ depuis janvier 2019 avant de se tourner en janvier 2020, au vu des absences fréquentes du psychiatre, vers H. _____ à Fribourg. Rien ne suggérait jusqu'alors la présence de problèmes psychiques plus anciens: "Jusqu'aux faits qui nous occupent, rien ne laisse supposer dans les documents en notre possession ou au vu des éléments anamnestiques que Monsieur ait souffert de troubles psychiques" (p. 8 de l'expertise, pièce 6 du bordereau de pièces complémentaires du 21 octobre 2020). Le second expert a posé le diagnostic suivant, sans influence sur la capacité de travail : "Trouble dépressif (DD : plutôt trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive léger), majoration des symptômes

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 psychiques et ou physiques pour des raisons psychologiques" (p. 14 de l'expertise). Il a relevé que l'expertisé était autocentré et plaintif. Il a mentionné un déconditionnement, qui n'a pas valeur de maladie : "Vu la durée de l'incapacité de travail, il peut exister un déconditionnement [...]. Cela peut expliquer aussi cette évolution délétère marquée par la prédominance de plaintes plus subjectives qu'objectives en relation avec des facteurs extra-médicaux" (p. 22 de l'expertise). Ainsi, il a estimé que le trouble était survenu en relation avec le refus de prestations de l'OAI. S'agissant du pronostic, il a estimé qu'il était mauvais, l'expertisé ne s'imaginant pas retravailler : "D'un point de vue objectif le pronostic est bon, d'un point de vue subjectif, il est mauvais. Monsieur étant très réticent en excluant toute possibilité de reprise d'une activité" (p. 25 de l'expertise). Il a de plus remarqué que l'expertisé ne semblait pas ou plus suivre de traitement : "[Monsieur] ne se rappelle pas ou ne mentionne pas la prise d'un antidépresseur". D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière, avec une baisse de rendement de 20% compte tenu des symptômes anxiodépressifs (mémoire de recours, bordereau de pièces complémentaires du 21 octobre 2020).

E. 8

Discussion Il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler dans son activité de peintre, les médecins étant unanimes à ce sujet. Ainsi, seule est litigieuse la question de savoir si, et dans quelle mesure, le recourant peut travailler dans une activité adaptée.

E. 8.1

Sur le plan physique, les médecins sont favorables à ce que le recourant travaille dans un emploi adapté à ses limitations.

E. 8.1.1

Le Dr B. _____ a toutefois estimé qu'il ne pouvait travailler qu'à 50% environ tandis que l'expert le Dr E. _____ est d'avis qu'il était en mesure de travailler à 100%. Relevons que le Dr D. _____ avait lui aussi estimé que le recourant retrouverait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le diagnostic du Dr B. _____ n'est pourtant pas différent de celui Dr E. _____. Ce dernier a estimé que son appréciation de la capacité de travail dans un emploi adapté était autre car, contrairement à son confrère, il ne prenait pas en considération les plaintes subjectives de l'assuré et le Dr B. _____ n'a pour sa part pas expliqué pourquoi il estimait que son patient ne pouvait travailler qu'à temps partiel. Il s'est limité à brièvement relever qu'il fallait s'attendre à une diminution de rendement en raison de "douleurs". Dans son expertise particulièrement fouillée toutefois, le Dr E. _____ a remarqué que le recourant se reposait dans un état invalidant. Il pourrait retrouver une meilleure mobilité s'il le voulait, mais s'arrêtait à la première douleur et n'essayait pas d'avancer. Par ailleurs, le médecin a constaté que les muscles du recourant, au niveau des bras et avant-bras, n'étaient pas atrophiés, ce qui signifiait selon lui qu'il utilisait bel et bien ses membres supérieurs pour les gestes de la vie quotidienne (dossier AI, p. 140). L'on peut ainsi retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12

E. 8.1.2

A cet égard, il est relevé que le Dr E. _____ a estimé que le recourant était en mesure de travailler dans une activité adaptée dès le 1er mars 2019, soit 6 mois après sa seconde opération. Cet avis n'a pas été contesté. L'on peut ainsi considérer que, sur le plan physique, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail à cette dernière date, dans une activité adaptée à ses atteintes aux épaules.

E. 8.2

Il reste à examiner s'il existe une incapacité de travail sur le plan psychique.

E. 8.2.1

Dans la demande de rente, aucune mention à des troubles psychiques n'a été faite. Le Dr C. _____ a certes relevé en mai 2018 que le recourant souffrait d'un état anxio-dépressif. S'il semble lui avoir certes prescrit des médicaments à ce moment-là, il n'a fourni aucun renseignement supplémentaire et rien dans le rapport ne laisse supposer que ce trouble ait eu un impact durable sur la capacité de travail. Dans son expertise orthopédique de juin 2019, le Dr E. _____ n'a lui aussi que mentionné le trouble, sans explication supplémentaire.

E. 8.2.2

Ce n'est qu'en juillet 2019 qu'apparaît le premier rapport médical psychiatrique. Celui-ci a été réalisé par le Dr F. _____, qui est resté très vague dans ses explications. Sous

"constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués", le psychiatre disait en effet ne pas avoir mené toutes les investigations : "la symptomatologie dépressive en plus la présence de la psychorigidité (je n'ai pas fait pour l'instant l'investigation)". Ainsi, alors qu'il suivait son patient depuis le début de l'année, il n'a pas été en mesure de poser un diagnostic précis: "Episode dépressif moyen psychorigidité est présente : soit dépression sévère soit trouble de la personnalité". Il a même admis qu'il ignorait que son patient avait demandé une rente, alors même que la procédure suivait son cours depuis une année et demie. On peut ainsi remettre en doute la valeur probante de ce rapport, ce d'autant plus que le recourant avait cessé de voir le psychiatre car celui-ci était souvent absent (p. 8 de l'expertise du Dr G._____). Le recourant est maintenant suivi par les professionnels de H._____).

E. 8.2.3

Finale, il ne reste que l'expertise du Dr G._____. Si elle a été rendue après la décision querellée, il n'en demeure pas moins qu'elle se prononce sur des troubles psychiques qui ont été allégués avant celle-ci. Elle peut ainsi entrer en considération dans le cadre de la présente procédure avec laquelle elle revêt un lien évident (cf. dans ce sens arrêt TF 8C_380/2018 consid. 5.2 du 28 février 2019), cela d'autant plus qu'elle a été produite par le recourant lui-même, qui ne saurait dès lors se prévaloir à cet égard d'une violation du droit d'être entendu. Ce second expert a estimé que le recourant souffrait d'un trouble dépressif survenu en lien avec le refus de prestations de l'OAI et sans influence sur la capacité de travail. L'expertise semble cependant contenir certaines erreurs ou imprécisions. Ainsi, le Dr G._____ a relevé que le recourant ne présentait pas de problèmes psychiques par le passé et qu'il n'était suivi que depuis le début de l'année 2019. Or, comme relevé précédemment, il ressort du dossier que le recourant a souffert d'un trouble anxio-dépressif qui se serait développé avant la période d'incapacité de travail liée aux épaules. L'expertise du Dr G._____ n'en est cependant pas invalidée pour autant. En effet, l'état anxio-dépressif signalé par les Dr C._____, spécialiste en médecine interne, et E._____,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 chirurgien orthopédique s'est probablement manifesté en lien avec les affections physiques, sans toutefois générer d'incapacité de travail durable. De plus, il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait été suivi par un psychiatre en tant que tel. Ce n'est qu'en 2019 qu'une prise en charge spécialisée s'est avérée nécessaire. Au vu de ce qui précède, il convient de nier la présence d'un trouble psychique incapacitant. Cette conclusion est confirmée par la présence de facteurs extra-médicaux.

E. 8.3

Les experts ont remarqué une exagération dans les plaintes du recourant. Ainsi, le Dr E._____ a-t'il relevé que le recourant pourrait retrouver une meilleure mobilité s'il le voulait. Il s'arrêtait cependant à la première douleur et se reposait dans un état algique invalidant (dossier AI, p. 141). L'expert a ainsi conclu à une forme d'autolimitation : "Il s'agit d'une autolimitation ou plutôt d'une incapacité d'aller plus loin que le seuil de la douleur pour améliorer la mobilité, comme cela est fréquemment remarqué chez les personnes peu scolarisées". Ces constatations sont validées par le Dr G._____. Celui-ci a estimé que "les plaintes sont indiquées sur un mode assez dramatique" et a relevé une "discordance entre l'observation et la présentation de l'assuré et l'importance des plaintes exprimées" (p. 22 de l'expertise, pièce 6 du bordereau de pièces complémentaires du 21

octobre 2020). Il a rappelé que les plaintes étaient plus subjectives qu'objectives (p. 22 de l'expertise). Les deux experts ont également remarqué que le recourant ne voulait pas reprendre une nouvelle activité. Le Dr E. _____ a relevé que : "la personne assurée ne se voit plus travailler et déclare qu'elle n'a plus assez de force ni d'allant pour reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit" (dossier AI, p. 138). Le Dr G. _____ a pour sa part estimé que le pronostic était mauvais uniquement en raison de l'attitude du recourant: "D'un point de vue objectif le pronostic est bon, d'un point de vue subjectif, il est mauvais. Monsieur étant très réticent en excluant toute possibilité de reprise d'une activité" (p. 25 de l'expertise). Force est ainsi de constater que le recourant se trouve dans une forme d'autolimitation. Figé dans une posture d'invalidé, il est aujourd'hui en attente d'une rente, excluant toute reprise d'activité. Ainsi, le recourant doit être rappelé à son obligation de diminuer son dommage. Il n'est certes pas contesté qu'il est atteint dans sa santé et qu'il est limité dans ses mouvements. Il est toutefois en mesure de travailler dans une activité adaptée. Ainsi, il peut ainsi être attendu de sa part qu'il travaille à nouveau.

E. 9

Réquisition de preuve Le recourant a requis de la Cour qu'elle ordonne une contre-expertise d'un spécialiste de la chirurgie de l'épaule et qu'elle requiert en outre un rapport circonstancié de la part de son psychiatre. Au vu de ce qui précède cependant, les réquisitions peuvent être rejetées, la Cour disposant de tous les éléments nécessaires pour trancher le cas d'espèce

E. 10

Il découle de tout ce qui précède que le recours doit être rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Des frais de justice d'un montant de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Pour cette raison même, il ne lui est enfin accordé aucune indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 20 janvier 2021/dhe Le Président : La Greffière :

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