

FR_GERICHTE 605 2022 160 vom 21. Juni 2023

FR Kantonsgericht, 2023-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_160

FR: FR_GERICHTE 605 2022 160 du 21 juin 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 160 del 21 giugno 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité 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 recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du

E. 6

Problématique Est litigieuse, en l'espèce, l'aggravation de l'état de santé du recourant. Il convient à cet égard de déterminer si le taux d'invalidité de ce dernier s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la première décision du 7 février 2018, avec celui qui était le sien lors du prononcé de la décision querellée, soit le 18 août 2022.

E. 7

Situation personnelle Le recourant est marié et père de trois enfants, nés en 1994, en 1996 et en 2005 (doc. 332). Il travaillait en qualité de maçon jusqu'à son accident en 2007, mais n'a jamais repris d'activité professionnelle par la suite (doc. 332, p. 16). Il a bénéficié d'une mesure de réinsertion à 60% en qualité d'ouvrier polyvalent en 2015, mais celle-ci s'est soldée par un échec.

E. 8

Première demande de rente En avril 2007, le recourant a chuté d'un échafaudage et a subi une fracture intra-articulaire du poignet gauche.

E. 8.1

Le 19 février 2015, le CEMed a rendu une expertise englobant la médecine interne, la chirurgie orthopédique et la psychiatrie (doc. 178). Les experts ont diagnostiqué une algoneurodystrophie et ont conclu à une impotence quasi-complète du membre supérieur gauche. L'activité habituelle de maçon n'était certes plus exigible, mais le recourant pouvait exercer une activité mono-manuelle à plein temps et sans diminution de rendement. Aucun

trouble psychique n'a été constaté. L'intéressé ne rapportait aucune plainte, mais se sentait découragé par les conséquences de l'accident dont il souffrait quotidiennement. Son sommeil était perturbé et il souffrait parfois d'attaques de panique.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19

E. 8.2

Le 7 février 2018, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a admis que l'activité de maçon n'était plus adaptée depuis octobre 2007, mais qu'une activité dans l'industrie légère était exigible. L'autorité a comparé le revenu que le recourant aurait réalisé dans son activité de maçon (CHF 56'045.50) avec celui qu'il pouvait percevoir avec son invalidité en tenant compte, pour ce dernier montant, d'une réduction de 15% pour désavantage salarial au vu de l'impotence de la main gauche (CHF 59'979.00 x 15%, soit CHF 50'982.15). Elle a ainsi constaté que le degré d'invalidité s'élevait à 9.03% seulement, soit un taux insuffisant pour l'octroi d'une rente.

E. 8.3

Par arrêt du 31 août 2018, la Cour de céans a confirmé la décision de l'OAI (605 2018 71).

E. 9

Nouvelle demande de rente En début d'année 2019, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, a constaté une paresthésie avec compression C6 droite (rapport du 28 février 2019, doc. 306). Le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et spécialiste de l'appareil locomoteur, a pour sa part diagnostiqué des cervicobrachialgies déficitaires droites sur discopathie C5-C6, ostéophytose (= excroissances osseuses qui se développent au niveau des articulations) et rétrécissement foraminaux droit (rapport du 9 octobre 2019, doc. 297). Le 13 mai 2019, il a ainsi procédé à une discectomie C5-C6 (= ablation chirurgicale, totale ou partielle, d'un disque intervertébral) et à une décompression foraminale droite, et a mis en place d'une cage MT orthopédique.

E. 9.1

Le 8 juillet 2019, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations (doc. 290). Il a précisé qu'il souffrait de problèmes aux vertèbres cervicales C5-C6, qui atteignaient le bras et la main droits.

E. 9.2

Le 9 octobre 2019, le Dr D. _____ a signalé d'importantes douleurs radiculaires d'origine neuropathique C6 à droite chroniques avec une importante composante associée d'origine musculo-squelettique (doc. 297 ; cf. également le rapport du 28 octobre 2019, doc. 306). La reprise de l'activité professionnelle était envisageable à 100%, à une date qui devait être discutée trois mois plus tard, en janvier 2020.

E. 9.3

Le 22 janvier 2020, le même médecin a indiqué que l'état de santé s'était aggravé et que les diagnostics avaient changé (doc. 299). Il a ainsi signalé une ré-acutisation de brachialgies droites radiculopathie C6 et de douleurs neuropathiques persistantes sur un territoire C6.

E. 9.4

Au printemps 2020, il a confirmé ses diagnostics (rapport du 17 mars 2020, doc. 306). Le recourant se plaignait de fourmillements dans le dermatome C6 droit associés à une perte de

force. Il rapportait également des douleurs à l'avant-bras gauche, conséquences de l'accident subi il y a 10 ans.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 Une reprise de travail à 100% était envisageable dès novembre 2019 pour ce qui était des suites de l'opération du 13 mai 2019. Le médecin a cependant précisé que le recourant n'était plus apte à reprendre une activité professionnelle vu les troubles du poignet gauche et qu'une reconversion dans une activité légère était ainsi nécessaire.

E. 9.5

Le 30 avril 2020, il a diagnostiqué des cervicobrachialgies résiduelles et en aggravation à droite avec une dénervation C6 (doc. 303). Le recourant relevait une aggravation des douleurs cervicales avec irradiation jusqu'au milieu du dos et des douleurs de type brachialgies aux membres supérieurs droits. Le médecin a estimé que la symptomatologie pouvait être liée à la guérison suite à l'intervention qu'il avait effectuée et qui visait la fusion osseuse entre deux vertèbres.

E. 9.6

En été 2020, le Dr D. _____ a constaté que le recourant souffrait de cervicobrachialgies persistantes à droite et d'un syndrome douloureux au bras gauche (rapport du 25 juin 2020, doc. 307 et 308). Le pronostic pour la reprise du travail en tant que maçon était défavorable, mais le recourant pouvait, dès octobre 2020, se reconvertir professionnellement à 50% dans une activité évitant la position debout durant plus de 2 heures par jour, les postures immobiles prolongées, les alternances de position, les postures à genou ou accroupie, les inclinaisons du buste et l'utilisation des bras, le port de charge, le travail irrégulier, le travail en hauteur, et les déplacements sur le sol irrégulier ou en pente. Le pronostic de réadaptation était cependant mauvais vu les troubles psychologiques et neurologiques, pour lesquels l'intéressé devait être évalué.

E. 9.7

En automne 2020, le même médecin a indiqué que l'état de santé était stationnaire mais que le recourant souffrait nouvellement d'une baisse de moral et d'une apathie (rapport du 5 octobre 2020, doc. 311 et 312). Il a répété que le recourant pouvait reprendre une activité adaptée à 50%. L'intéressé devait éviter d'utiliser des deux bras vu les cervicobrachialgies, de porter des charges de plus de 10 kg, de mouvoir les membres ou du dos, de travailler en hauteur, et de se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente. La motivation pour une reprise était faible et la santé mentale avait une influence sur l'absentéisme.

E. 9.8

Au printemps 2021, le Dr C. _____ a estimé que les douleurs au bras droit (post discectomie) et du bras gauche (post algoneurodystrophie) ainsi qu'un état dépressif influençaient défavorablement la capacité de travail (rapport du 10 mars 2021, doc. 317 et 318). Il n'a d'abord donné aucune réponse au sujet de la capacité de réadaptation, relevant tout de même ensuite, dans une annexe au rapport, qu'il ne pensait pas que l'intéressé pouvait exercer une autre activité.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19

E. 9.9

Le 25 mai 2021, le Dr E. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué des cervicobrachialgies droites et une algoneurodystrophie du membre supérieur gauche (doc. 323). Le recourant n'était plus en mesure de reprendre une activité adaptée. Interrogé au sujet du potentiel de réadaptation de son patient, le médecin a répondu « aucune chance », l'intéressé ne pouvant utiliser ses membres supérieurs pour le travail fin ou répétitif (l'écriture du médecin est peu lisible à cet endroit).

E. 9.10

En été 2021, le Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin du Service médical régional de l'AI (SMR), a remarqué, sur la base du dossier, que le recourant présentait un syndrome douloureux chronique cervico-brachial droit sur troubles dégénératifs du rachis cervical opéré en mai 2019 (rapport du 16 juillet 2021, doc. 324). Ces douleurs semblaient se répercuter sur le moral, dans une mesure qui ne ressortait cependant pas du dossier. Le médecin a suspecté des facteurs contextuels (niveau de scolarisation, absence de formation, âge, difficultés financières, etc.). Il a ainsi demandé à l'autorité intimée de s'informer au sujet d'un éventuel suivi psychiatrique et, à défaut, de mandater une expertise psychiatrique.

E. 9.11

En automne 2021, le Dr D. _____ a exclu, après une IRM cervicale et un bilan neurologique, une neuropathie périphérique chronique (rapport du 16 septembre 2021, doc. 351). Il n'a pas pu expliquer les douleurs persistantes du recourant : « le tableau clinique avec des douleurs chroniques neurogènes reste présent même s'il n'y a pas de corrélation avec l'imagerie ni de lésions structurelles nerveuses ». Il a proposé une consultation en rhumatologie pour exclure une origine inflammatoire des douleurs et a conseillé un suivi multidisciplinaire auprès d'un centre de la douleur ainsi qu'un soutien psychologique.

E. 9.12

Le 2 novembre 2021, le CEMEDEX a rendu une expertise bidisciplinaire (doc. 332).

E. 9.12.1

Le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte. Le recourant se défendait d'être triste et évitait de parler d'une telle émotion, mais le psychiatre a ressenti une thymie basse, une perte d'élan vital, d'intérêt et d'estime de soi. L'intéressé présentait des idées suicidaires et a indiqué que, sans sa famille, il aurait mis fin à ses jours. Il montrait de plus un léger ralentissement psychomoteur et des éléments anxieux, et avait souffert de courtes crises de panique sans impact sur son mode de fonctionnement. L'expert n'a pas retenu de trouble somatoforme vu que les douleurs pouvaient être expliquées par un processus somatique sous-jacent, que le recourant n'avait pas tendance à se présenter comme une victime et qu'il ne présentait pas de dramatisation des douleurs.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 Il a estimé que la symptomatologie était identique à celle retenue en 2015 par le CEMed. Le recourant avait cependant perdu nombre de ses contacts sociaux, les attaques de panique se sont accentuées et la tristesse s'était installée. Le recourant bénéficiait d'un traitement de Cymbalta, mais le taux plasmatique était indétectable, ce qui suggérait soit une mauvaise compliance, soit un métabolisme rapide. Il était ainsi souhaitable de vérifier la compliance et, éventuellement, d'augmenter la posologie. Un soutien psychothérapeutique était aussi nécessaire. D'un point de vue

psychique, la capacité de travail restait entière dans toute activité.

E. 9.12.2

Le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué une algoneurodystrophie dans le contexte d'une fracture du poignet gauche en 2007, des cervicobrachialgies sur conflit radiculaire C6 droite et un état douloureux persistant non expliqué par une origine radiculaire ou neuropathique périphérique du membre supérieur droit. L'expert a estimé que l'ampleur et la persistance des douleurs du membre supérieur gauche (entre 8 et 9/10) restaient difficiles à objectiver. Il a cependant pu constater le manque d'utilisation de ce membre, le port d'une attelle permanente pour en diminuer l'utilisation, une amyotrophie brachiale et antébrachiale, une légère tuméfaction de la main et une diminution de pilosité. Ces constatations étaient cohérentes avec le diagnostic d'algoneurodystrophie séquellaire de type 1. En ce qui concerne le membre supérieur droit cependant, l'ampleur des douleurs (5/10) était difficilement cohérente avec une radiculopathie ou une neuropathie non objectivée. Les signes objectifs cliniques allaient contre une telle atteinte. Le caractère ultra exacerbé des douleurs à la moindre sollicitation mécanique ou au toucher semblait dépasser largement le cadre d'une affection neurologique. Le manque de collaboration lors de la sollicitation de la nuque en rotation flexion, quasiment nulle, ne cadrait pas avec l'observation des mouvements. L'expert a également noté la présence d'une lombosciatalgie, sans toutefois déceler de substrat anatomique. Suite à l'accident de 2007, la reprise de l'activité de maçon était impossible mais, six mois plus tard, le recourant avait retrouvé une pleine capacité de gain dans un emploi adapté. Il a à nouveau été incapable de travailler en raison de l'intervention du 13 mai 2019 et ce durant 6 mois, soit jusqu'au 30 novembre 2019. A partir de cette date, une pleine capacité de gain a été retrouvée, avec toutefois une diminution de rendement de 20% au vu des douleurs ressenties en permanence au membre supérieur droit, même si celles-ci ne trouvaient pas de cohérence neurologique.

E. 9.13

En début d'année 2022, le Dr D. _____ a procédé à divers examens (ENMG et IRM) mais n'a pas été en mesure d'expliquer les douleurs (rapport du 18 janvier 2022, doc. 366).

E. 9.14

Le 26 janvier 2022, le Dr E. _____ a estimé que le recourant, qui n'avait plus exercé d'emploi depuis 2007, n'était plus en état de travailler (doc. 366). Avec son bras gauche, il était tout au plus capable de stabiliser des petites pièces. Les mouvements répétitifs ont cependant engendré des décompensations douloureuses, puis des douleurs au niveau du membre supérieur droit et de la région cervicale.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 Dans ce contexte, après l'échec des traitements et des lourds effets secondaires générés par le traitement antalgique, le médecin ne voyait pas comment une reprise à 100%, même avec une diminution de rendement de 20%, était possible.

E. 9.15

Le 15 février 2022, le Dr C. _____ a analysé l'expertise (doc. 366). Il a d'abord été surpris qu'aucun avis neurochirurgical et rhumatologique n'ait été demandé. Il a ensuite constaté que les experts avaient omis certaines plaintes du recourant, notamment les lombalgies et discopathies, et sous-estimé le problème cervical et les conséquences de la mise en place de la cage MI orthopédique. De plus, le médecin n'a pas compris comment

l'expert psychiatre pouvait retenir une capacité de travail entière alors que le patient souffrait, selon lui, d'une nette dépression chronique. Il avait d'ailleurs prescrit du Citalopram en février 2021, mais l'intéressé a cessé de prendre ce médicament au motif qu'il ne le supportait pas et n'a pas voulu en tenter un autre. Le médecin traitant a estimé que la capacité de gain était nulle en raison des cervicalgies, des lombalgies, des douleurs aux bras et de la dépression chronique. Le bras gauche, atrophié, était inutilisable et le bras droit était douloureux lors des mobilisations régulières ou du port de charges. Une reconnaissance par l'OAI de l'invalidité ne changeait rien à l'état de santé physique du recourant, mais pouvait améliorer sa santé psychique par la reconnaissance de sa souffrance. Une contre-expertise d'un point de vue de la psychiatrie, de la neurochirurgie et éventuellement de la rhumatologie pourrait être utile.

E. 9.16

Le 25 février 2022 (date de réception), le recourant s'est plaint du déroulement de l'expertise (doc. 366). L'expert psychiatre s'était présenté au rendez-vous avec une heure de retard, s'était attardé sur les « problèmes de jeunesse » et n'avait pas approfondi les problèmes actuels. L'expert neurologue a aussi eu du retard, et il ne s'est pas même excusé. Une heure plus tard, la traductrice a été libérée alors que l'expertise n'était pas terminée. L'expert avait alors changé de comportement, « trop agressif par rapport [aux] problèmes de santé », effectuant un examen physique douloureux qui s'apparentait à de la torture. Il avait ainsi piqué l'expertisé sur tout le corps avec une épingle à nourrice rouillée et non désinfectée, sans se soucier de la douleur provoquée, accentuée par l'algodystrophie et l'allodynie.

E. 9.17

Le 29 avril 2022, les experts se sont positionnés (doc. 368). L'expert neurologue n'a pas pu se rappeler s'il avait été en retard, et a indiqué qu'il était désolé si cela avait été le cas. Il a en revanche nié tout changement d'attitude après le départ de l'interprète, qui a vraisemblablement été libérée vu le retard et car sa présence n'était plus nécessaire. L'expert a indiqué qu'il avait exploré les mouvements du recourant et ses limitations mais a nié toute « torture », relevant qu'il avait notamment utilisé, avec précaution, une épingle en acier inoxydable.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 S'agissant de la proposition du Dr C. _____ de demander un avis neurochirurgical et rhumatologique, il ne s'y est pas opposé, conseillant plutôt un avis rhumatologique vu le caractère non contraignant sur les racines nerveuses du status cervical et non déficitaire lombaire. L'expert psychiatre a pour sa part relevé que l'examen s'était déroulé normalement, qu'il n'avait pas été accéléré malgré le retard et que les remarques du recourant avaient été prises en compte. Revenant sur la question de la capacité de travail, les experts ont rappelé que les médecins traitants n'avaient constaté ni lésion structurelle nerveuse, ni dénervation radiculaire. Les douleurs restaient ainsi inexplicables. Pour le reste, les experts ont écarté les reproches formulés à leur encontre. Ils ont notamment admis que les lombalgies avaient été omises dans le diagnostic, mais ont rappelé que celles-ci n'étaient pas au premier plan dans les plaintes de l'expertisé et qu'elles ne constituaient en soi pas un diagnostic neurologique.

E. 9.18

Le 25 juillet 2022, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin SMR, s'est prononcé (doc. 369). Il a d'abord relevé que le Dr C. _____ n'était pas

spécialiste en psychiatrie mais qu'il n'était toutefois pas nécessaire d'en être un pour se référer à la CIM-10 et constater que le trouble anxiodépressif diagnostiqué par l'expert ne justifiait pas d'incapacité de travail. Ensuite, il a estimé qu'il n'était pas nécessaire de recourir à des avis supplémentaires, le Dr D. _____ étant parvenu à des conclusions similaires à celles de l'expert neurologue. Ce médecin traitant a certes proposé un avis rhumatologique pour exclure une maladie inflammatoire chronique, mais une telle hypothèse était peu probable en l'absence d'indices en ce sens au dossier. La consultation par un rhumatologue pouvait amener des bénéfices sur le plan thérapeutique mais ne modifiait pas les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail.

E. 10

Discussion au sujet des troubles physiques Il est d'abord constaté que les troubles au bras gauche n'ont pas évolué, le recourant souffrant toujours des mêmes douleurs et de la même impotence quasi-totale à cet endroit. Les conclusions ressortant de la décision de l'OAI du 7 février 2018 sont ainsi toujours d'actualité. A cette occasion, l'autorité a en effet estimé que les problèmes du bras gauche – le bras non dominant – n'empêchaient pas la reprise d'une activité mono-manuelle. Il convient donc d'examiner la gravité des nouvelles atteintes, lesquelles concernaient cette fois-ci les cervicales et le bras droit, et d'en évaluer l'impact sur la capacité de travail.

E. 10.1

Au début de l'année 2019, lorsque que ces troubles sont apparus pour la première fois, les médecins ont diagnostiqué des cervicobrachialgies déficitaires droites sur discopathie C5-C6, ostéophytose et rétrécissement foraminal droit (doc. 297). Ils ont ainsi opéré le recourant en mai 2019.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 Il n'est ainsi pas contesté que le recourant était alors en convalescence pour plusieurs mois et qu'il n'était ainsi plus en mesure de travailler. Par la suite cependant, force est de constater que les médecins n'ont plus été en mesure d'expliquer les douleurs persistantes, malgré de nombreux examens et l'intervention de différents spécialistes.

E. 10.2

Le neurochirurgien traitant Dr D. _____ a indiqué, en mars 2020, qu'une reprise de travail à 100% était envisageable dès novembre 2019 « concernant l'intervention du 13 mai 2019 », (doc. 306). Partant, il convient d'admettre que les troubles des cervicales et du bras droit avaient objectivement évolué de manière positive et que, dès le 1er décembre 2019, le recourant avait retrouvé sa capacité de gain. Le médecin a certes soutenu, dans un même temps, que son patient n'était plus apte à reprendre son activité professionnelle vu les troubles au poignet gauche et qu'une reconversion dans une activité légère était nécessaire. Par la suite, il a répété que le travail « en tant que maçon » n'était plus exigible et a considéré que la reconversion précitée était envisageable à 50% dès octobre 2020 (rapport du 25 juin 2020, doc. 307 et 308 ; rapport du 5 octobre 2020, doc. 311 et 312). Ses conclusions ne sauraient cependant être suivies, le médecin les justifiant par les troubles du bras gauche présents depuis 2007. Or, comme relevé ci-dessus, il a déjà été établi que ces troubles n'empêchaient pas la reprise d'une activité mono-manuelle. De plus, malgré ses efforts et de nombreux examens qui se sont poursuivis jusqu'en 2022, le médecin n'est pas parvenu à comprendre l'origine des douleurs exprimées par son patient après l'opération du 13 mai 2019. On ne saurait ainsi retenir une incapacité de gain sous cet angle au-delà du 1er

décembre 2019.

E. 10.3

L'expert neurologue a exprimé un avis similaire, estimant qu'une activité qui excluait l'utilisation du membre supérieur gauche pouvait être exercée à 100% dès le 1er décembre 2019 avec une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs ressenties en permanence au membre supérieur droit. La valeur probante de son expertise doit être confirmée. Le neurologue a en effet exposé les circonstances dans lesquels il avait été mandaté et a exposé les sources utilisées pour son rapport. Il s'est entretenu avec le recourant, l'interrogeant de manière étendue sur son parcours privé et professionnel ainsi que sur son quotidien. Il a procédé à différents examens et a de manière plus générale répondu de manière claire aux questions posées par l'OAI. De plus, il a justifié ses conclusions en constatant, comme l'a d'ailleurs fait le Dr D. _____ avant lui, qu'il ne parvenait pas à objectiver les douleurs au bras droit. Son avis doit ainsi être considéré comme étant constant et cohérent.

E. 10.4

Le Dr C. _____ ne partage pour sa part pas l'avis de ses confrères.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 Dans son premier rapport de mars 2021 (doc. 317 et 318), il s'est montré plutôt vague, diagnostiquant des « douleurs » dans les bras sans en indiquer l'origine et estimant, sans plus de détails, qu'il ne « croyait pas » que l'intéressé pouvait exercer une autre activité. En février 2022, le médecin s'est montré plus affirmatif, critiquant les conclusions de l'expertise, soutenant que son patient présentait des cervicalgies, des lombalgies et des douleurs aux bras ainsi qu'une dépression chronique et estimant qu'il ne pouvait plus travailler (doc. 366). Son avis ne saurait cependant être suivi. Premièrement, il n'a pas pu expliquer les douleurs au bras droit, pas plus d'ailleurs que l'expert dont il critiquait le rapport. Deuxièmement, le médecin a diagnostiqué un l'état dépressif, alors qu'il n'est pas un spécialiste dans ce domaine. Enfin, on s'étonne de la référence faite à des lombalgies qui seraient invalidantes, alors même que ce trouble n'a été que peu évoqué par le recourant. Partant, les conclusions du médecin, qui semble essentiellement se baser sur les plaintes de son patient, ne sauraient être suivies. Pour des raisons similaires, il convient d'écarter les rapports du Dr E. _____.

E. 10.5

Au vu de tout ce qui précède, l'OAI pouvait se baser sur les résultats, au plan de la médecine physique, de l'expertise, qui rejoignent dans une certaine mesure les conclusions du Dr D. _____.

E. 11

Discussion au niveau des troubles psychiques Le recourant soutient que ses troubles psychologiques diminueraient sa capacité de travail. Cette allégation n'est cependant pas confirmée à la lecture du dossier.

E. 11.1

Ses médecins traitants rapportent, dès octobre 2020, une baisse de moral puis une dépression. Ils se sont toutefois montrés plutôt vagues au sujet de l'étendue de ces troubles et de leur impact sur la capacité de travail, se contentant de soutenir qu'ils influençaient, voire empêchaient, la réadaptation. Ces médecins ne sont cependant pas des spécialistes en

psychiatrie, de sorte que l'on ne saurait suivre leurs conclusions.

E. 11.2

De plus, force est de constater que, malgré la gravité alléguée des troubles, l'intéressé n'a pas consulté de psychiatre qui aurait pu, d'une part, préciser le diagnostic et en évaluer la gravité et, d'autre part, proposer un traitement approprié. Le recourant s'est bien vu prescrire du Citalopram par le Dr C. _____, mais il a cessé de prendre ce médicament au motif qu'il ne le supportait pas, et a refusé d'en tenter un autre (doc. 366). Partant, ses troubles sont certainement moins graves que ce qu'il soutient aujourd'hui.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19

E. 11.3

Il semble d'ailleurs aussi qu'ils soient en partie liés à des motifs extra-médicaux. En effet, le Dr C. _____ a précisé, en février 2022, qu'une reconnaissance par l'OAI de l'invalidité pouvait améliorer sa santé psychique par la « reconnaissance » de sa souffrance (doc. 366), admettant ainsi que des facteurs contextuels influençaient la santé psychique de son patient. Or, ceux-ci n'ont pas à être supportés par l'AI.

E. 11.4

L'expert psychiatre a pour sa part diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte, mais a nié toute incapacité de gain qui découlerait d'un trouble psychique. Il a remarqué, tout comme ses confrères, une thymie basse, une perte d'estime de soi et un léger ralentissement psychomoteur. Il a également relevé que le recourant présentait des crises de panique, lesquelles n'avaient cependant pas d'impact sur son mode de fonctionnement, et des idées suicidaires, qui appartenaient cependant au passé. D'autre part, il a également mis en évidence que l'intéressé ne semblait pas respecter le traitement de Cymbalta et qu'il aurait besoin d'un soutien psychothérapeutique. Contrairement à ce que pense le recourant, son rapport ne saurait être écarté. En sa qualité de psychiatre, il est au contraire le plus à même de juger l'impact des troubles sur la capacité de travail. De plus, à la lecture de l'expertise, on ne saurait prétendre qu'il a bâclé l'entretien, malgré son retard au rendez-vous médical. Il a en effet exposé le passé et parcours de l'intéressé ainsi que son quotidien et son ressenti actuel, et a expliqué pourquoi il écartait certains diagnostics, notamment celui de trouble somatoforme douloureux. Enfin, ses conclusions semblent cohérentes non seulement avec ses observations, mais également avec le reste du dossier de la cause. Au vu de ce qui précède, la responsabilité de l'AI n'est pas engagée à l'endroit des troubles psychiques. Partant, la décision querellée est confirmée sur ce point également.

E. 12

Discussion au sujet du taux d'invalidité Si l'on peut suivre l'OAI pour la question de la capacité de gain du recourant, ce n'est pas le cas du calcul de l'invalidité.

E. 12.1

Il est rappelé qu'en 2018, l'OAI a estimé qu'une activité adaptée dans l'industrie légère était exigible. Il a ainsi comparé le revenu que le recourant aurait réalisé dans son activité de maçon (CHF 56'045.50) avec celui qu'il pourrait percevoir avec son invalidité (CHF 59'979.00) et, sur ce dernier montant, il a procédé à une réduction de 15% pour désavantage salarial vu l'impotence de la main gauche (CHF 50'982.15). Cette manière de procéder a été confirmée par le Tribunal cantonal qui, dans son arrêt du 31 août 2018, a relevé que «

l'autorité intimée [avait] tenu compte d'un abattement supplémentaire au titre

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 de désavantage salarial, lequel est fixé à 15%. Cette réduction permet en particulier de tenir compte du fait que le recourant n'est en mesure d'exercer que des activités mono-manuelles ».

E. 12.2

Partant, on ne comprend pas pourquoi l'autorité intimée a renoncé à l'abattement dans le cadre de la nouvelle décision. Non seulement le recourant présente toujours les mêmes atteintes du bras gauche, mais il souffre à présent également de douleurs au bras dominant droit. Il est ainsi moins en mesure de compenser efficacement le bras impotent, ce qui diminue encore l'éventail des emplois potentiellement adaptés à ses troubles. A cela s'ajoute que l'intéressé n'a pas travaillé depuis 2007 et qu'il est très vraisemblablement déconditionné, déconditionnement qui s'est d'ailleurs accentué suite à l'opération subie en 2019. Relevons en outre, même s'il ne s'agit normalement pas de circonstances permettant de justifier un abattement, que le recourant est âgé d'une cinquantaine d'années et qu'il se situe ainsi dans une tranche d'âge dans laquelle il est plus compliqué de retrouver un travail. Partant, le recourant devra faire des concessions salariales potentiellement importantes pour espérer obtenir un poste. Au vu de tout ce qui précède, il est justifié de modifier l'abattement qui a été fixé à 15% en 2018, et de l'augmenter à 25% pour tenir compte de l'évolution défavorable de la situation de l'intéressé.

E. 12.3

Dans la décision attaquée, l'OAI a tenu compte d'un revenu sans atteinte à la santé de CHF 71'552.00 et d'un revenu avec invalidité de CHF 55'188.95. En retenant un abattement de 25%, c'est nouvellement un montant de CHF 41'391.70 qui est retenu à titre de revenu avec invalidité. Partant, la perte de revenu s'élève à CHF 30'160.30, de sorte que le degré d'invalidité ne s'élève pas à 23%, mais bien à 42%, ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité.

E. 13

mai 2019 (délai d'attente selon l'art. 28 LAI).

E. 13.1

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1er juin 2020, soit une année après l'opération du

E. 13.2

La requête du recourant relative à la mise en place d'une nouvelle expertise est rejetée, les différents rapports médicaux et l'expertise du 2 novembre 2021 établissant de manière satisfaisante l'état de santé et la capacité de gain du recourant. Il n'est ainsi pas nécessaire de demander l'avis complémentaire d'un neurochirurgien et d'un rhumatologue. De plus, le recourant est suivi depuis 2019 pour ses troubles au bras gauche. Il a été examiné par des spécialistes en chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur, en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 Or, si ceux-ci avaient estimé que l'intervention d'un médecin supplémentaire, soit d'un rhumatologue, aurait véritablement pu faire évoluer la situation, ils l'auraient probablement déjà fait.

E. 14

Frais et indemnité de partie

E. 14.1

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis par moitié à la charge de l'OAI et par moitié à la charge du recourant. La part du recourant est prélevée sur l'avance de frais versée, le solde de CHF 400.- lui étant restitué.

E. 14.2

Compte tenu de l'admission partielle du recours, le recourant a droit à une indemnité de partie. Vu la difficulté et l'importance relatives de l'affaire ainsi que du fait que le recourant n'est pas représenté par un avocat indépendant, il se justifie de la fixer à CHF 700.-, éventuelle TVA comprise, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision querellée est modifiée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente depuis le 1er juin 2020. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis par moitié à la charge de l'OAI et par moitié à la charge du recourant. La part du recourant est prélevée sur l'avance de frais versée, le solde de CHF 400.- lui étant restitué. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie, fixée à CHF 700.-, éventuelle TVA comprise, mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 21 juin 2023/dhe Le Président
La Greffière

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