FR_GERICHTE 605 2022 172 vom 7. Oktober 2022

FR Kantonsgericht, 2022-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_172

FR: FR_GERICHTE 605 2022 172 du 7 octobre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2022 172 del 7 ottobre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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. 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 [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4). Ce n'est, cela étant, 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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

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. 4.1

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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. 4.2

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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur

probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV no. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

E. 5

Problématique Est en l’espèce litigieux le droit à la rente du recourant. Celui-ci estime d’abord que l’OAI aurait dû instruire la question des troubles psychiques et examiner les conséquences des gonalgies, des cervicobrachialgies et de la discopathie sur la capacité de travail. Il conteste ensuite implicitement la date du début de l’incapacité, se demandant pourquoi l’autorité n’a pas fixé celle-ci au 15 janvier 2019. Il critique de plus la capacité de gain de 90% retenue par l’OAI, et estime que celui-ci aurait dû tenir compte d’un abattement sur le revenu d’invalide au vu de son âge. Qu’en est-il ?

E. 6

Situation personnelle

E. 6.1

Le recourant est marié et père de deux enfants majeurs (arrêt TC 605 2021 211 du 29 septembre 2022).

E. 6.2

Lorsque ses problèmes de santé ont commencé, il travaillait en qualité de concierge auprès de B._____ AG. Il a toutefois été licencié pour la fin du mois de juillet 2019 (arrêt TC 605 2021 211 du 29 septembre 2022). Il aurait retrouvé un emploi de concierge à 70%, vraisemblablement en début d’année 2022, au sein de D._____ (courrier du recourant du

18 mars 2022).

E. 7

Antécédents médicaux (2013-2018)

E. 7.1

Entre 2013 et 2014, le recourant a souffert d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction mixte (doc. 2 et 19).

E. 7.2

Le 24 juin 2015, il a glissé sur une pente herbeuse alors qu'il tondait le gazon, tombant sur le coude droit. Touché à l'épaule droite (déchirure de la coiffe des rotateurs), il a dû se faire opérer le 3 octobre 2015 (arrêt TC FR 605 2021 211 du 29 septembre 2022). Le 1er mars 2018, en s'encoublant dans un câble, le recourant est tombé sur les mains. Blessé à l'épaule gauche (déchirure de la coiffe des rotateurs également), il s'est soumis à une nouvelle opération le 18 juin 2018. L'évolution au niveau des épaules était toutefois favorable, permettant même une reprise du travail le 31 octobre 2018 (rapport du Dr E._____, doc. 25, p. 64).

E. 8

Nouveaux troubles et demande de prestations AI (dès 2019)

E. 8.1

Le 24 mars 2019, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que le recourant était pris en charge pour un trouble de l'adaptation et une réaction mixte (doc. 2). Le médecin a attesté d'une incapacité de travail depuis le 15 janvier 2019 et pour une durée indéterminée. A la question de savoir si des facteurs non médicaux influenceraient la capacité de travail, il a répondu : « Difficultés interpersonnelles avec son supérieur ». Une reprise de l'activité serait envisageable « dès que possible » dans un autre environnement, éventuellement de manière progressive.

E. 8.2

Le 27 mai 2019, le recourant a déposé une demande de prestations AI, en y joignant le rapport du 24 mars 2019 (doc. 6).

E. 8.3

Le 28 juin 2019, la Dre G._____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions, ainsi qu'un trouble de la personnalité paranoïaque (doc.13). Elle a estimé que son patient serait en mesure de reprendre son ancienne activité de concierge à 100% dès le mois d'août 2019. S'agissant des limitations, elle a laissé entendre que le recourant devrait travailler plutôt seul : « le patient présente des idées de persécutions, avec désorganisation possible du comportement lors de situations relationnelles excessives, ainsi qu'un risque hétéro-agressif et passage à l'acte dans des situations frustrantes pour lui-même. Il présente des difficultés relationnelles et interpersonnelles, avec difficultés d'interprétation des situations sociales, et par conséquent des problèmes au travail en équipe ». Il serait ainsi pertinent de lui offrir un coaching afin de préparer les postulations et la reprise du travail.

E. 8.4

Le 31 juillet 2019, le recourant s’est déchiré le tendon d’Achille à gauche (doc. 25, p. 114). Il a été opéré deux semaines plus tard, le 13 août 2019 (doc. 25, p. 116).

E. 8.5

Le 11 septembre 2019, le Dr F._____ a diagnostiqué un trouble de l’adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions, un trouble de la personnalité paranoïaque, une baisse de la thymie, une augmentation de l’anxiété, des troubles du sommeil, une perturbation des émotions dans un contexte de difficultés interpersonnelles avec un supérieur professionnel, ainsi qu’un trouble de la personnalité paranoïaque (doc. 20). L’évolution serait peu favorable en raison de l’échec de la médiation avec l’employeur et de la persistance des difficultés interpersonnelles. L’activité habituelle serait cependant encore exigible auprès d’un autre employeur.

E. 8.6

Le 4 novembre 2019, au cours d’un entretien avec l’OAI, le recourant a expliqué que son état de santé psychique était stabilisé et qu’il ne voyait plus sa psychiatre (doc. 19).

E. 8.7

Le 17 décembre 2019, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que son patient ressentait encore quelques douleurs au tendon d’Achille lorsqu’il bougeait et qu’il avait développé en décembre une inflammation post physiothérapie (doc. 25, p. 95). Mais il ne s’est pas prononcé sur le pronostic, sur la durée prévisible du traitement, sur une éventuelle affectation à un poste approprié ou sur la persistance à terme des douleurs, estimant qu’il était trop tôt pour se prononcer à ce sujet. Un mois plus tard, le 22 janvier 2020, il a indiqué que son patient ressentait toujours quelques douleurs, notamment après une marche d’une heure (doc. 25, p. 64).

E. 8.8

Le 31 janvier 2020, le Dr H._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l’appareil locomoteur et médecin-conseil de la Suva, a estimé que l’état de santé au niveau du tendon d’Achille était stabilisée 6 mois après l’accident et qu’une reprise de l’activité habituelle était possible (doc. 25, p. 63).

E. 8.9

Le 20 février 2020, le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, a signalé des douleurs cervicales (doc. 44, p. 184).

E. 8.10

Le 7 avril 2020, le Dr E._____ a diagnostiqué un status post suture et plastie du tendon d’Achille à gauche en août 2019, une discopathie dégénérative douloureuse C5-C6, une petite hernie discale C6-C7, un status post arthroscopie du genou droit en 2007 et 2008, un status après révision de l’épaule droite et neurolyse du nerf médian le 3 octobre 2016, un status post arthroscopie du genou droit en février 2017, et un status post révision de l’épaule gauche en juin 2018 avec suture du sus-épineux (doc. 31). Le recourant présenterait une évolution favorable au niveau du tendon d’Achille, les douleurs étant minimes. Il ressentirait toutefois des douleurs au niveau du rachis et des deux épaules, rendant toute

mobilisation au-delà des épaules impossibles. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail jusqu'au prochain contrôle en mai 2020, mais a tout de même indiqué que, « à l'heure actuelle », son patient pouvait reprendre une activité professionnelle. Celle-ci devait tenir compte des troubles du rachis et des épaules ainsi que, dans une moindre mesure, du tendon d'Achille. Ainsi, une activité sans montée ni descente d'échelles, d'escaliers et d'échafaudage, sans port de charge, sans position debout prolongée, et sans activité au-dessus du plan des épaules était exigible.

E. 8.11

Le 8 mai 2020, le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, a diagnostiqué des cervicalgies mécaniques (doc. 53, p. 420). Les douleurs seraient constantes, évaluées entre 4 et 8.5 sur 10 et soulagées modérément par la prise d'analgésiques. Le sommeil serait de plus perturbé par des réveils itératifs. Le médecin a souligné la présence de facteurs extra-médicaux : « les douleurs s'inscrivent dans un contexte socio-professionnel difficile avec des manifestations de détresse et une certaine kinésiophobie [= peur d'effectuer des mouvements]».

E. 8.12

Le 20 août 2020, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la Suva, a relevé que le patient se plaignait d'une cervicalgie, d'une faiblesse et de douleurs au niveau des deux épaules ainsi que d'une certaine insécurité à la marche (doc. 53, p. 392). Il a noté une diminution des amplitudes active des deux épaules, mais également quelques incohérences notamment lors du Jamar (= instrument qui évalue la force de la main et de l'avant-bras) avec une importante diminution de force qui contrastait avec la musculature bien développée du recourant. Prenant en compte les troubles résiduels au niveau des épaules, du tendon d'Achille et des cervicales, le médecin a estimé que son patient était en mesure de reprendre une activité professionnelle évitant les efforts en porte-à-faux, le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs à hauteur d'épaule, les activités constantes et/ou continues en terrain inégal et les montées et descentes d'escaliers.

E. 8.13

Le 2 octobre 2020, le Dr C._____, spécialiste en médecine privée et rhumatologie, également formé en ultrasonographie (SGUM), pratique du laboratoire au cabinet médical (KHM), traitement interventionnel de la douleur (SSIPM), en radioprotection en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie (SSMPR / SSR), a rendu une expertise (doc. 51). Il a retenu la présence d'un syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C5-C6, C6-C7), des lombopygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie L5-S1, status post-infiltration lombaire le 5 février 2020), des omalgies bilatérales sur probable arthropathie acromio-claviculaire (status post-révision de la coiffe des rotateurs droit en 2016 et gauche en 2018), des achillodynes sur status post-suture et plastie du tendon d'Achille. Selon le médecin, les résultats de l'examen seraient compréhensibles concernant les lésions des épaules et du tendon d'Achille, qui ont évolués favorablement suite aux différentes opérations. Il n'en irait toutefois pas de même avec le rachis cervical et lombaire. Les discopathies resteraient en effet modestes et ne montreraient aucun conflit disco-radiculaire. Il n'y aurait en outre pas de signe d'instabilité, le recourant présentant une trophicité musculaire dans les normes.

Le recourant présentait une capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle de concierge. Dans une activité adaptée cependant (sans port de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg, sans mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale, sans mouvements répétitifs de préhension des deux mains et sans déplacement en terrain accidenté), il pouvait travailler à un taux de 90%, et ce une année après l'intervention chirurgicale au tendon d'Achille.

E. 8.14

Du 22 septembre 2020 au 16 octobre 2020, le recourant a séjourné à la CRR (doc. 53, p. 347). Le 27 octobre 2020, les Drs L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M._____, médecin assistant, ont diagnostiqué une rupture du tendon d'Achille du 31 juillet 2019, un traumatisme de l'épaule droite du 24 juin 2015, un traumatisme de l'épaule gauche du 1er mars 2018 et des cervicobrachialgies dans un contexte de discopathie C5-C6 avec une réaction inflammatoire des plateaux (Modic 1) et une uncarthrose C5-C6 et C6-C7.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Les médecins n'ont cependant retenu aucun nouveau diagnostic durant le séjour, notamment psychopathologique. Le recourant a certes été examiné par le psychiatre, qui n'a constaté que des ruminations liées à la perte de son emploi, un sentiment d'injustice et des difficultés à faire face à l'incertitude. Le recourant se plaignait d'ailleurs principalement de douleurs dans les deux épaules (3/10 au repos et 4-6/10 à l'activité), parfois nocturnes au point de le réveiller, et d'un manque de mobilité global. Il se plaignait également de cervicobrachialgies de type serrement, ainsi que de douleurs dans le tendon d'Achille (0/10 au repos et 2-3/10 lors d'une activité). Du point de vue fonctionnel, il était capable de marcher une heure sans canne et de conduire 45 minutes avant de ressentir des douleurs au niveau des épaules. Les plaintes et limitations ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectivables, des facteurs contextuels influençant également un assuré anxieux. Celui-ci serait centré sur ses douleurs qu'il surévaluerait, présentait un catastrophisme modéré et une légère à moyenne kinésiophobie. Les différents examens auraient permis de constater que la situation était sur le point de se stabiliser. Le recourant devait éviter le port de charges de plus de 10-15 kg, le port répété de charges de plus de 10 kg, les positions prolongées accroupies ou à genoux, les positions prolongées avec les membres supérieurs au-dessus ou au niveau des épaules, les positions statiques debout prolongées. Le pronostic pour une reprise du travail habituel était sombre, tant pour des facteurs médicaux qu'extra-médicaux, mais une reprise de travail adaptée serait possible.

E. 8.15

Le 2 novembre 2020, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, a estimé que l'expertise reposait sur une bonne connaissance du dossier, qu'elle présentait une anamnèse complète, et que ses conclusions étaient cohérentes et plausibles (doc. 52).

E. 8.16

Le 18 janvier 2021, le Dr K._____ a examiné le rachis et les épaules du recourant et a estimé que la situation pouvait être considérée comme stabilisée (doc. 56, p. 557). Une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans un emploi adapté, sans port de charges de plus de 10-15 kg, sans maintien des membres supérieurs au-dessus des épaules, sans positions accroupies maintenues de façon prolongées et sans déplacements de longue durée

sur terrain inégal.

E. 8.17

Le Dr J._____ a relevé, le 22 février 2021, que son patient souffrait de cervicalgies mécaniques, dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis (doc. 64). Il a estimé que les limitations fonctionnelles retenues par l'AI étaient raisonnables et a conseillé une reprise du travail à 50%, ce taux pouvant probablement être augmenté par la suite.

E. 8.18

Le 23 février 2021, la psychothérapeute, Mme O._____, a rapporté que son patient souffrait de troubles de l'adaptation, d'une réaction mixte anxieuse et dépressive et d'un épisode dépressif sévère, précisant toutefois qu'au vu de sa profession, elle n'était pas autorisée à poser un diagnostic officiel (doc. 64).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Elle aurait vu son patient à 10 reprises depuis mai 2020, la dernière fois en décembre 2020, soit deux mois auparavant. Il était impératif de le soutenir dans une réinsertion professionnelle avec une nouvelle formation. Dès que l'état de santé se serait stabilisé, la reprise d'un travail adapté à sa santé psychique serait possible à 100%.

E. 8.19

Le 24 février 2021, le Dr F._____ a indiqué qu'il n'avait plus vu le recourant depuis septembre 2020 et que la situation semblait être stabilisée au niveau des épaules et du tendon d'Achille (doc. 64). Il a approuvé les limitations décrites par l'AI, ajoutant tout de même qu'il se posait la question du risque de décompensation des troubles dégénératifs rachidiens en cas de positions statiques prolongées ou de mouvements répétés de rotation du tronc et de la tête. Il fallait ainsi prévoir des adaptations ergonomiques, comme par exemple un bureau réglable en hauteur. Une reprise d'activité à 80-90% était possible selon l'activité et avec les adaptations ergonomiques nécessaires, éventuellement de manière progressive pour faciliter la réintégration professionnelle

E. 8.20

Le 8 avril 2021, le Dr F._____ a répété en substance le contenu de son rapport du 24 février 2021, relevant que les troubles psychiques du recourant, soit les troubles de l'adaptation et de la personnalité paranoïaque, pourraient faire obstacle à une réadaptation (doc. 72).

E. 8.21

Le 19 mai 2021, le Dr N._____ a estimé que les nouveaux rapports ne remettaient pas en question les conclusions de l'expertise du Dr C._____ (doc. 77). Analysant plus particulièrement le rapport de Mme O._____, il a rappelé que celle-ci n'était pas un médecin et qu'elle présentait une hypothèse de diagnostic incohérente, le trouble de l'adaptation ne pouvant exister en même temps que l'épisode dépressif mixte. La fiabilité de ce rapport serait ainsi douteuse. Il a rappelé que le RFSM avait diagnostiqué un trouble de l'adaptation, lequel n'aurait pas empêché une reprise du travail en août 2019. Il ne figurerait au dossier aucun nouveau rapport qui laisserait suggérer la présence d'une nouvelle atteinte psychique avec influence sur la capacité de travail. Partant, il ne serait pas nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique ou un complément d'instruction. Le médecin a finalement relevé que le rapport d'expertise était un peu vague sur la question de

l’incapacité de travail. Celle-ci aurait débuté le 15 janvier 2019 pour des raisons psychiques, et se serait poursuivie pour des raison orthopédique dès le 31 juillet 2019. L’expertise ne donnait pas plus de précisions.

E. 8.22

Le 15 juin 2021, le recourant aurait chuté dans les escaliers après avoir perdu l’équilibre, subissant des fractures au poignet droit et une déchirure au muscle de la cuisse droite (mémoire de recours, p. 6). Il serait en incapacité de travail depuis lors.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Selon la déclaration d’accident du 19 juin 2021, il aurait toutefois subi une « chute sur les escaliers après perte de connaissance », qui aurait provoqué un « hématome » au poignet droit et à la cuisse droite (pièce 12 du bordereau de recours).

E. 9

Discussion

E. 9.1

Troubles psychiques Le recourant a initialement justifié sa demande AI du 27 mai 2019 par le fait qu’il souffrait de troubles psychiques qui l’ont empêché de travailler depuis le 15 janvier 2019. Selon le rapport du 24 mars 2019 du Dr F._____, il souffrait d’un trouble de l’adaptation et d’une réaction mixte (doc. 2). La Dre G._____ a ensuite complété ce diagnostic en juin 2019 en constatant un trouble de la personnalité paranoïaque (doc.13), ce qu’a admis en septembre 2019 le Dr F._____ qui a encore rapporté une baisse de la thymie, une augmentation de l’anxiété, des troubles du sommeil et une perturbation des émotions dans un contexte de difficultés interpersonnel avec un supérieur professionnel (doc. 20).

E. 9.1.1

Si la psychiatre n’a pas donné beaucoup d’informations au sujet de son patient, le Dr F._____ a au contraire d’emblée expliqué que les troubles s’inscrivaient dans un contexte de conflit avec son supérieur hiérarchique. Ainsi, dans son premier rapport déjà, le médecin précisait qu’une reprise de l’activité était envisageable dès que possible dans un autre environnement, suggérant ainsi que l’incapacité était en réalité liée aux difficultés que rencontrait son patient sur son lieu de travail. Quelques mois plus tard, il a d’ailleurs relevé une évolution peu favorable « en raison de l’échec de la médiation avec l’employeur et de la persistance des difficultés interpersonnelles ».

E. 9.1.2

Or, dans ces conditions, on ne saurait reconnaitre une obligation de la part de l’OAI de prester. En effet, les facteurs psychosociaux ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l’art. 7 LPGA. Plus dits facteurs apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé équivaut à une maladie. 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. Dans le cas d’espèce, les troubles du recourant étaient directement liés aux difficultés qu’il rencontrait au travail. L’incapacité trouvait ainsi sa source dans des

facteurs extra-médicaux ne sachant en principe constituer une atteinte invalidante à prendre en charge par l'OAI, ce que l'examen des rapports médicaux tend du reste à démontrer.

E. 9.1.3

Le recourant se plaint du fait que la question des troubles psychiques n'a pas été suffisamment instruite, mais on ne peut le suivre.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 En effet, tant le Dr F._____ que la Dre G._____ estimaient que le recourant était en mesure de reprendre le travail (au plus tard en août 2019 selon la psychiatre). Ainsi le recourant ne présentait-il plus de troubles psychiques incapacitants. Il a d'ailleurs lui-même indiqué en novembre 2019, au cours d'un entretien avec l'OAI, que son état de santé psychique s'était stabilisé et qu'il ne voyait plus sa psychiatre (doc. 19). Par la suite, aucun médecin n'a plus évoqué des troubles potentiellement invalidants. Seule la psychothérapeute Mme O._____ a estimé que le recourant ne pouvait pas travailler en raison de ses problèmes psychiques (doc. 64). Toutefois, et comme elle l'a précisé elle-même, elle n'est pas autorisée à poser un diagnostic officiel au vu de sa profession. On ne peut ainsi se fier à son rapport. Dans ces conditions, l'OAI pouvait renoncer à investiguer la question des troubles psychiques.

E. 9.1.4

Relevons enfin que, lors de son séjour à la CRR, le recourant a été examiné par un psychiatre, lequel n'aurait retenu aucun diagnostic invalidant durant le séjour. C'est du moins ce qu'affirment les Drs L._____ et M._____ dans leur rapport du 27 octobre 2020 (doc. 53, p. 347), aucun document psychiatrique ne figurant au dossier. L'absence de ce rapport est certes regrettable, mais n'est, contrairement à ce que pense le recourant, pas problématique. Il n'y a en effet aucune raison de remettre en question les déclarations des Drs L._____ et M._____ quand ils affirment qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé. Rien au dossier ne donnerait donc à penser que le recourant souffrirait de troubles psychiques invalidants.

E. 9.2

Troubles physiques et limitations Le recourant s'est aussi déchiré le tendon d'Achille, ce qui a entrainé une nouvelle période d'incapacité de travail dès le 31 juillet 2019. Par la suite, les médecins signalaient encore divers troubles du rachis. Quant à la chute intervenue au mois de juin 2021 et qui aurait provoqué une blessure au poignet droit et à la cuisse droite, elle n'a pas fait l'objet d'une instruction de l'OAI au moment où la décision a été rendue et ne saurait concerner le présent litige.

E. 9.2.1

Quelques mois après la déchirure du tendon d'Achille, tous les médecins estimaient que le recourant pouvait reprendre une activité adaptée. En avril 2020, c'est le Dr E._____ qui a estimé que la reprise d'une activité était possible (doc. 31). Il a été suivi par le Dr K._____ en août 2020 (doc. 53, p. 392 ; cf. ég. doc. 56, p. 557), par les médecins de la CRR et par l'expert C._____ en octobre 2020 (doc. 53, p. 347 ; doc. 51), et par les Drs J._____ et F._____ en février 2021 (doc. 64).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Les médecins précités ont tous estimé qu'une reprise à temps plein était exigible, à l'exception de l'expert C._____ et du Dr F._____ qui ont préconisé une reprise à un taux inférieur, soit à 90%. Face à ces rapports concordants, l'OAI a basé sa décision sur l'avis de l'expert C._____ et a ainsi retenu que le recourant,

après une période d’incapacité d’un peu plus d’une année, était en mesure de reprendre une activité adaptée à ses limitations à un taux de 90%. Ce choix ne saurait être critiqué, dans la mesure notamment où les conclusions de l’expert sont similaires à celles de tous ses confrères – y compris des médecins traitants – et qu’elles sont même légèrement favorables au recourant.

E. 9.2.2

Le recourant reproche à l’autorité de pas avoir traité la question des gonalgies diagnostiquées par l’expert C._____, mais on ne saurait, là encore, aller dans son sens. En effet, force est de constater qu’aucun médecin n’a mentionné ces troubles, à l’exception de l’expert C._____ qui les a assimilés à des atteintes secondaires sans influence sur la capacité de travail. Dans ces conditions, on ne voit pas pourquoi l’OAI aurait dû creuser la question. Les seules plaintes du recourant, qui ne produit aucun rapport qui appuierait ses dires, sont en effet clairement insuffisantes pour justifier une instruction complémentaire.

E. 9.2.3

Le recourant soutient également que la question des cervicobrachialgies et de la discopathie n’a pas été instruite mais, une fois de plus, force est de constater que ce grief est infondé. En effet, tous les médecins qui se sont prononcés sur la question de la capacité de travail ont mentionnés les troubles du rachis, que ce soit le Dr E._____ en avril 2020 (doc. 31), le Dr K._____ en août 2020 (doc. 53, p. 392 ; doc. 56, p. 557), les médecins de la CRR en octobre 2020 (doc. 53, p. 347), l’expert C._____ en octobre 2020 (doc. 51) et les Drs J._____ et F._____ en février 2021 (doc. 64). Les spécialistes en ont ainsi tenu compte pour déterminer les limitations physiques du recourant, reconnaissant qu’ils puissent être incapacitant dans une certaine mesure. Rien n’indique que ces troubles auraient été sous-évalués.

E. 10

Calcul du taux d’invalidité – Revenus déterminants et abattement Les revenus (avec et sans invalidité) retenus par l’autorité dans le cadre du calcul du taux d’invalidité ne soulèvent pas de critiques particulières et n’ont d’ailleurs pas été formellement contestés par le recourant.

E. 10.1

Celui-ci soutient uniquement que l’OAI aurait dû appliquer un abattement afin de tenir compte de son âge. Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (arrêt TF 8C_66/2022 du 11 août 2022 consid. 6.1.2). En l’espèce, on ne voit pas en quoi les perspectives salariales du recourant seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré à raison de son âge (55 ans en 2020, soit au moment où il a retrouvé une capacité

de gain dans une activité adaptée). L’intéressé a d’ailleurs retrouvé un travail en début d’année, et rien n’indique qu’il aurait dû diminuer ses prétentions salariales en raison de son âge pour obtenir le poste.

E. 10.2

Il convient ici de relever qu’il ne sera pas tenu compte, dans le calcul du taux d’invalidité, du revenu effectivement perçu par le recourant dans son nouvel emploi. En effet, il travaille à nouveau en qualité de concierge, alors même que ce travail n’est pas adapté à ses limitations. Partant, le taux d’invalidité doit être calculé sur la base d’un salaire théorique réalisable dans une activité mieux adaptée, ce qu’a fait l’OAI dans la décision attaquée.

E. 11

Synthèse, frais et indemnité de partie Au vu de tout ce qui précède, force est de constater que la décision attaquée ne peut être critiquée, les griefs du recourant étant infondés. L’autorité a correctement estimé que l’incapacité du recourant avait débuté en juillet 2019 suite à la déchirure du talon d’Achille, et non pas plus tôt pour des raisons psychiques, et qu’elle avait pris fin après un peu plus d’une année. Le recourant a alors retrouvé une capacité de gain de 90% dans une activité adaptée et ne saurait ainsi prétendre à une rente. 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 accordé aucune indemnité de partie. [dispositif en page suivante]

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant 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 7 octobre 2022/dhe Le Président : La Greffière :

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