

FR_GERICHTE 608 2016 128 vom 27. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_128

FR: FR_GERICHTE 608 2016 128 du 27 avril 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 128 del 27 aprile 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

janvier 2013. Pour sa part, l'OAI a demandé l'avis des médecins de l'assuré et du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR). Il a également organisé un stage d'orientation professionnelle auprès de G._____ entre le 1er juillet 2013 et le 18 octobre 2013. Il a enfin mandaté le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr I._____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise bidisciplinaire. Dans leurs rapports du 27 août 2014 et du 30 septembre 2014, les médecins ont conclu que l'assuré possède une capacité de travail de 40% dans l'ancienne activité et de 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Par projet de décision du 19 juin 2015, l'OAI lui a octroyé une rente entière pour la période du 1er décembre 2010 au 31 décembre 2014. Dès le 1er janvier 2015, cette rente a été supprimée en raison d'un degré d'invalidité de 29%. Malgré les objections de l'assuré, l'OAI a confirmé ce projet par décision formelle du 4 mai 2016. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 6 juin 2016 concluant, avec suite de frais et dépens, au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelles mesures d'instruction dont, notamment, la mise sur pied d'une nouvelle expertise. L'assuré se prévaut d'abord des rapports émis par ses médecins, dont les conclusions diffèrent de celles des experts mandatés. A ses dires, ses médecins attestent de son incapacité à exercer toute activité lucrative, tant pour des motifs somatiques que psychiques. Sur cette base, il estime que l'OAI aurait au moins dû diligenter une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail. Il reproche aussi à l'autorité le fait que son dossier "ne comporte quasiment aucune appréciation médicale approfondie et actuelle".

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Le 16 juin 2017, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 25 juillet 2016, l'OAI propose le rejet du recours. L'office soutient que "les médecins sont unanimes quant au fait que [le recourant] présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée". Cela étant, il critique les rapports médicaux dont se prévaut le recourant, rapports qu'il a soumis au SMR et au Dr H._____. Il estime qu'ils ne représentent qu'une appréciation différente de la même situation médicale. A ses dires, il convient, quoi qu'il en soit, de les prendre avec réserve dans la mesure où ils proviennent des médecins de l'assuré. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures entre les parties. Invitée à se déterminer, en sa qualité de fonds LPP à qui la décision attaquée a été notifiée, J._____ s'en rapporte à l'appréciation de la Cour et, relevant que le recourant ne lui est plus assujéti, se réserve le droit de nier sa compétence. Il sera fait état des arguments que les parties ont développés à l'appui de leurs

conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose en particulier la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). b) 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle

générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V

75 consid. 5 p. 78 ss). Enfin, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de diminuer le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. A cet effet, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé à près de 60 ans. Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision attaquée (cf. arrêt TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références). d) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde, comme en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). Tout changement important des circonstances propre 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 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). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'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 soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RAI; RS 831.201; cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5). 3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé

(ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 4. En l'occurrence, le recourant conteste la suppression de la rente entière qui lui a été octroyée entre le 1er décembre 2010 et le 31 décembre 2014, soit, en substance, l'amélioration de son état de santé. Pour fonder à la fois cet octroi et cette suppression de rente, l'OAI se réfère à l'expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) du Dr H. _____ et du Dr I. _____ dont les rapports sont datés du 27 août 2014 et du 30 septembre 2014 (cf. dossier OAI. Pièces 608 et 645). Il convient d'en examiner la valeur probante. 5. a) Sur le plan somatique, le Dr I. _____ fait état d'"omalgies droites persistantes sur possible conflit sous-acromial résiduel modéré" comme unique diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Selon lui, ces troubles empêchent l'assuré d'exercer son ancienne activité à un taux supérieur à 40%. Par contre, dans une activité limitant les mouvements répétés au dessus de l'horizontal et de rotation avec l'épaule droite, la capacité de travail est entière sans perte de rendement. L'exercice d'une telle activité aurait raisonnablement pu être exigé depuis janvier 2013 (dossier OAI,

pièce 645). On remarque d'emblée que l'expert écorche les noms de la quasi-totalité des médecins ayant examiné l'assuré (cf. [...]). Il ne semble en outre reprendre qu'une dizaine d'avis médicaux alors que le dossier en comporte beaucoup plus, occultant apparemment même l'avis émis par certains médecins (cf. not. dossier OAI, pièces 68, 203, 236, 252, 268 et 617). Toutefois, la présence de telles coquilles – ou, plus globalement, d'erreurs de détail – ne saurait, en principe, mettre en cause la valeur probante d'un document dont la finalité est essentiellement médicale. A cet égard, le contenu des avis médicaux – même ceux apparemment manquants – est examiné par l'expert dans les différents considérants de son rapport. Ces manquements – certes regrettables – ne sauraient remettre en cause ses conclusions. Cela étant, l'expert a procédé à un examen de l'assuré le 24 septembre 2014. Ayant le dossier asséculo-logique à sa disposition, il a pu avoir une connaissance exhaustive de l'anamnèse et de la situation médicale, les examens radiologiques présents au dossier ayant en outre été complétés par de nouvelles radiographies et ultrasonographies. Pour sa part, lors de l'entretien, l'assuré a pu décrire ses troubles, notamment indiquer les mouvements exacerbant les douleurs, les sensations de gonflements ou de crépitements. L'expertise apparaît être probante, ce qu'admet par ailleurs le Dr K. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR (dossier OAI, pièce 650). b) Au demeurant, les conclusions de l'expert sont confirmées par d'autres avis médicaux figurant au dossier asséculo-logique. Devant la persistance des douleurs et sur conseil d'un médecin d'arrondissement (dossier OAI, pièce 216), un premier séjour au sein de F. _____ a été organisé entre le 23 février 2011 et le

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 5 avril 2011. Les médecins de l'établissement ont alors notamment diagnostiqué une rupture partielle de la coiffe des rotateurs, une lésion des rameaux sensitifs cutanés et un CRPS type II du membre supérieur droit. Ils estimaient que le recourant était en incapacité totale de travailler et proposaient une reprise de la cicatrice à l'épaule droite (dossier OAI, pièces 256 et 262). Un second séjour a eu lieu entre le 12 décembre 2012 et le 16 janvier 2013, également sur conseil du médecin d'arrondissement. Les médecins de la clinique estimaient alors que l'état de santé devait prochainement se stabiliser et que l'assuré serait en mesure d'exercer à 100%, sans perte de rendement, une activité adaptée. Celle-ci devrait se faire en dessous du plan horizontal des épaules, avec un niveau d'effort inférieur à 10-15kg, sans travail en porte-à-faux du membre supérieur droit. Les médecins recommandent dès lors que le recourant soit soutenu pour un nouveau projet professionnel (dossier OAI, pièces 432 et 434). E. _____ a fait examiner son assuré par le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, le 6 novembre 2012. Celui-ci considérait alors que le recourant n'était plus en mesure d'exercer son ancienne activité. Par contre, il fixait la capacité de travail à 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Il devait s'agir d'une activité remplissant les conditions suivantes: "légère à moyenne toute la journée, sans mouvement répétitifs au-dessus de la tête durant toute la journée, des ports de charges proches du corps et à la hauteur des hanches jusqu'à 10kg, à hauteur du thorax jusqu'à 5kg et s'il s'agit d'activités répétitives, des poids de maximum 1kg à porter. Eviter les vibrations et les à-coups, toute activité sur des échelles ou des échafaudages, pour des questions de sécurité" (dossier OAI, pièce 406; cf. ég. avis du SMR, dossier OAI, pièce 411). Suite à un second séjour à F. _____, le Dr L. _____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré le 25 mars 2014. Il a alors confirmé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, se référant aux limitations d'ores et déjà mentionnées dans le rapport du 6 novembre 2012 (dossier OAI, pièce 562). Force est de constater que tant le médecin d'arrondissement que

les médecins de F. _____ – lesquels ont en particulier pu examiner l'assuré sur la durée et dans le cadre d'examens répétés et variés – présentent une thèse proche de celle défendue par le Dr I. _____. c) En vue de contester la valeur probante de l'expertise rhumatologique, le recourant se prévaut de l'avis de ses médecins, le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en allergologie et immunologie, la Dresse O. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, et les spécialistes en chirurgie orthopédique de P. _____. Il convient d'en examiner la valeur probante. aa) Le Dr M. _____ se charge depuis mi-2011 du suivi des troubles à l'épaule. Il a diagnostiqué une nouvelle rupture de la coiffe des rotateurs, atteinte qu'il a opérée le 24 novembre 2011. Durant cette période, le chirurgien estimait qu'une reprise du travail n'était pas possible (dossier OAI, pièces 252, 273, 285 et 347). En raison de la persistance des douleurs alléguée par son patient, le médecin a continué d'attester de son incapacité de travail par la suite (dossier OAI, pièces 352, 376 et 391). Dans la mesure où un travail lourd ne pouvait pas être repris, le médecin a proposé la mise sur pied d'une reconversion professionnelle. Celle-ci pouvait être faite, par exemple, dans une activité de petits montages sur établi ou de bureau. Selon le médecin, compte tenu uniquement des limitations d'ordre somatique, une activité adaptée peut être exercée avec un rendement diminué de 50% (dossier OAI, pièces 272, 391, 417, 503, 690 et 727).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 La Cour relève que les activités adaptées retenues par le Dr M. _____ sont proches de celles mentionnées par l'expert-rhumatologue, ce qui a tendance à renforcer la thèse défendue par ce dernier. Cela étant, le médecin traitant diverge surtout quant à la quantification de la capacité de travail résiduelle, estimant le rendement réduit de 50% alors que l'expert estime la capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr M. _____ se fonde en partie sur "les données du stage d'observation effectué récemment", soit les données du stage G. _____ (cf. dossier OAI, pièce 503). Or, de jurisprudence constante, les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. arrêt TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.1; ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En particulier dans le cas d'espèce, il apparaît que les résultats ont été, à tout le moins partiellement, influencés par les difficultés du recourant à "se projeter dans une activité professionnelle". Celui-ci "ne souhaite pas se diriger vers une voie complètement nouvelle au niveau de sa formation (sa retraite débutera dans huit ans)" ou "doute de ses capacités intellectuelles" (dossier OAI, pièce 544). Il s'agit de facteurs qui n'ont pas à être pris en charge par l'assurance-invalidité. En outre, il convient de tenir compte du fait que le médecin traitant, en raison du rapport de confiance qui le lie à son patient, va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de celui-ci (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc; 124 I 175 consid. 4). Tous ces éléments mettent en doute la thèse défendue par le Dr M. _____, de sorte qu'elle ne saurait être suivie. bb) Le recourant se prévaut ensuite de l'avis du Dr N. _____ lequel fait état d'une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité depuis octobre 2010 (dossier OAI, pièces 178 et 184). Dans son rapport du 11 août 2015 annexé au recours, le médecin mentionne une série de diagnostics somatiques et psychiques et indique que son patient est en arrêt de travail (bordereau recours, pièce 6). Il n'examine cependant pas en détail la question de la capacité de travail dans l'ancienne activité, ni n'indique que celle-ci serait restreinte dans toute activité. A nouveau, cet avis médical ne remet pas en cause l'avis de l'expert. cc) Le recourant produit

encore un rapport de la Dresse O. _____ du 31 mai 2015 et ses annexes. La doctoresse y affirme que la "capacité de travail et de gain est de 0%" dans toute activité.

L'anesthésiologiste motive cette conclusion par le fait que "toute stimulation externe ou volontaire motrice du bras droit reste très mal tolérée" (bordereau recours, pièces 7, 8 et 9). Cet avis médical a été établi postérieurement à la décision litigieuse de sorte que les constats médicaux y figurant ne doivent en principe pas être pris en compte dans la présente procédure. Cela étant, la doctoresse fonde son avis presque exclusivement sur les plaintes de son patient, que cela soit de manière directe (à elle-même) ou indirecte (à l'ergothérapeute). Son avis n'est, en outre, manifestement pas fondé sur des examens complets. Par exemple, elle émet le diagnostic de CRPS sur la base de l'avis de l'ergothérapeute, alors même que ce diagnostic avait été écarté par un spécialiste en neurologie en 2011 (dossier OAI, pièces 202, 203, 249 et 268) et n'a pas été repris par les autres médecins depuis lors.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 L'avis de l'anesthésiologiste ne saurait suffire pour remettre en cause les constats faits par un spécialiste en rhumatologie, qui plus est dans le cadre d'examens complets. dd) Enfin, le recourant a été consulter les spécialistes en chirurgie orthopédique de P. _____. Ces médecins diagnostiquent des "chronische Schulterschmerzen rechts" et indiquent que l'état de santé ne s'est pas aggravé depuis 2013. Les médecins estiment que l'incapacité de travail est d'au moins 20% dans l'ancienne activité. Ils indiquent toutefois ne pas être en mesure de l'évaluer dans le cadre d'une activité adaptée. Selon eux, "eine genaue Arbeitsanamnese und Möglichkeiten zur Wiedereingliederung sowie Verbesserung der Arbeitsfähigkeit kann im Rahmen einer einfachen Sprechstunde nicht beantwortet werden. Dafür wäre ein grösserer Aufwand im Rahmen eines Gutachtens notwendig (dossier OAI, pièces 663, 679 et 720). De l'avis exprès des médecins de P. _____, ils ne traitent pas de la question ici litigieuse de la capacité de travail. Par conséquent, la pertinence de l'avis du Dr I. _____ n'est pas mise à néant. ee) Au final, tous ces rapports médicaux ne permettent pas de mettre en doute les avis convergents de l'expert-rhumatologue, du médecin d'arrondissement et des médecins de F. _____. d) Les rapports des autres médecins somaticiens ne permettent pas de trancher la question ici litigieuse de la capacité de travail. En effet, le Dr Q. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, et le Dr R. _____, spécialiste FMH en neurologie, n'ont pas produit de rapport depuis 2011. Leurs rapports – antérieurs à la seconde opération de l'épaule du 24 novembre 2011 – ne font, dès lors, pas état d'avis médical récent, en particulier s'agissant de l'amélioration constatée par l'expert en 2013. Cela étant, après avoir fait état d'une "tendinopathie" à l'épaule droite qui a justifié une intervention le 15 avril 2010, le Dr Q. _____ avait rapidement proposé une reprise progressive de l'ancienne activité professionnelle, jusqu'à atteindre un taux de 100%, respectivement de 50% suite au nouveau diagnostic de maladie de Sudeck (dossier OAI, pièces 39, 63, 83, 162, 183 et 188). Depuis le 8 mai 2011, il estimait que le traitement était terminé et n'avait "pas de réelle explication pour les douleurs de cette épaule" (dossier OAI, pièces 244 et 246). Quant au Dr R. _____, spécialiste FMH en neurologie, celui-ci admettait que son patient avait souffert d'une maladie de Sudeck. Mais il estimait que celle-ci avait disparue en avril 2011, les douleurs qui persistaient depuis lors étant d'origine mécanique. Il ne s'était pas prononcé sur la question de l'incapacité de travail au-delà de décembre 2010 (dossier OAI, pièces 202, 203, 249 et 268). Les deux médecins prévoient ainsi, en substance, une évolution de la situation comparable à celle constatée par l'expert-rhumatologue, du médecin

d'arrondissement et des médecins de F._____. Le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et le Dr T._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, ne se sont pas vu soumettre la problématique de la capacité de travail et ne statuent pas spontanément à cet égard. Le premier n'a été consulté que pour des motifs diagnostiques alors que le deuxième a proposé une modification du traitement antidouleur, celle-ci n'ayant toutefois aucune influence sur la composante mécanique ou l'impotence fonctionnelle (dossier OAI, pièces 236 et 617).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Enfin, la Dresse U._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, n'a examiné l'assuré qu'à une seule reprise, en tant que médecin de garde, suite à l'événement du 17 décembre 2009 (dossier OAI, pièce 68). Le Dr V._____, spécialiste FMH en rhumatologie, s'est contenté d'adresser son patient au Dr M._____ en 2011 et n'a apparemment pas été consulté à nouveau (dossier OAI, pièce 252). e) Il résulte dès lors de ce qui précède que, sur le plan somatique, les conclusions du Dr I._____ sont convaincantes de sorte que la Cour peut s'y référer. Partant, la Cour retient que le recourant était en incapacité totale de travailler jusqu'à la fin de l'année 2012. Depuis le 1er janvier 2013, soit la seconde évaluation de F._____, la capacité de travail est réduite à 40% dans l'ancienne activité et entière dans une activité adaptée. Celle-ci ne doit, en substance, pas imposer de mouvement répétitif avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontal et en rotation interne-externe de plus de 5kg. 6. a) Sur le plan psychique, l'OAI a chargé le Dr H._____ d'examiner son assuré. Dans son rapport d'expertise du 27 août 2014, ce dernier diagnostique un "épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F32.01) secondaire à un problème somatique". Ce trouble n'influence pas la capacité de travail, laquelle demeure entière (dossier OAI, pièce 608). Cette expertise se fonde sur l'étude du dossier asséculo-logique – l'expert ayant pu avoir une pleine connaissance de l'anamnèse – et sur un entretien du 2 juillet 2014. Lors de cet entretien, l'assuré a été en mesure d'exposer ses plaintes, notamment sur la présence constante de douleurs au bras droit et de difficultés à accepter son handicap. L'expert a, pour sa part, effectué un dosage plasmatique des médicaments qui lui a permis de conclure à une compliance médicamenteuse très relative, en particulier les dosages des antidouleurs sont en dessous des valeurs thérapeutiques. Par l'indication de divers points de réflexion, l'expert montre avoir examiné la situation médicale existante. Il admet notamment l'existence d'une dépression apparue à la suite du problème somatique, en particulier par une acceptation difficile de l'invalidité. Cette dépression n'est cependant pas d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Au vu des douleurs et de la présence d'un sentiment d'injustice, l'expert estime que le pronostic est réservé. L'expertise constitue une base fiable de décision dont l'appréciation ne saurait être remise en cause par la Cour de céans. A ce titre, il n'est pas nécessaire de procéder à l'audition de l'expert ou de diligenter une contre-expertise. Partant, il est établi que, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est entière sans perte de rendement. b) Les conclusions de l'expert-psychiatre ne sont, au demeurant, pas contredites par les pièces du dossier. En effet, l'assuré n'est suivi par un psychiatre, le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que depuis le 16 août 2013. Auparavant, le recourant refusait tout suivi de ce type (cf. dossier OAI, pièces 436 et 492). L'absence de suivi spécialisé et de traitement médicamenteux ne plaide pas en faveur de la présence d'une atteinte invalidante durant cette période. C'est justement ce que retient l'expert. Même en l'absence de tout suivi, le recourant avait été évalué sur le plan psychique par les médecins de F._____ le 6 février 2013. Ceux-ci avaient diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique

(F32.1), pathologie ne semblant pas avoir de répercussion sur les limitations fonctionnelles. Les médecins relevaient une péjoration sur ce plan à la fin du séjour,

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 suite au décès d'un de ses fils, et l'absence de prise de médication antidépressive (dossier OAI, pièce 436). Les constats et conclusions des médecins de F._____ sont superposables à ceux retenus par le Dr H._____ trois ans plus tard. Cela étant, suite à sa prise en charge mi-août 2013, le Dr W._____ diagnostique un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), avec effet sur la capacité de travail, et des difficultés familiales (Z63.8), sans effet sur la capacité de travail. Dans l'ancienne activité, il estime que la capacité de travail est nulle pour des motifs psychiques et somatiques. Il ne statue par contre pas, dans un premier temps, sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il estime qu'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) doit être diligentée afin d'évaluer le droit à une rente de son patient (dossier OAI, pièce 492). Ce n'est qu'à la suite du rapport du 4 mai 2015 que le médecin estime que l'état de santé ne permet plus d'envisager une réinsertion professionnelle. Suite à l'échec d'un stage PET auprès de X._____, organisé par l'assurance-chômage, le psychiatre indique notamment que l'"organisme du patient – tant du point de vue physique que psychique – fait un blocage et des surréactions à chaque stage. Ceci indique une contre-indication claire à toute activité professionnelle même adaptée, même sans rendement" (dossier OAI, pièces 684 et 721; cf. ég. bordereau recours, pièces 9, 10 et 11). Cet avis ne convainc pas. Selon la description de l'ICD 10, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte "doit être [utilisé] quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé". D'intensité réduite, de tels troubles peuvent, en principe, faire l'objet d'une thérapie et ne provoquent pas d'incapacité de travail (cf. not. arrêt TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3 et les références). Ainsi, les conclusions du Dr W._____ doivent être fortement relativisées. Emanant de plus d'un médecin traitant, dont les affirmations doivent de manière générale être interprétées avec une certaine retenue, ces appréciations se fondent manifestement sur l'observation d'un patient qui, selon toute vraisemblance, ne suit pas le traitement nécessaire à l'amélioration de son état de santé. Il ne saurait ainsi remettre en question l'avis d'un expert qui avait précisément pour rôle de se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, "l'évolution depuis le 30 juillet 2015" décrite dans le rapport du 2 juin 2015 (bordereau recours, pièce 11) est postérieure à la décision litigieuse. Une éventuelle aggravation postérieure à la décision peut, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'assurance- invalidité. 7. Il ressort de ce qui précède que la capacité de travail du recourant était nulle jusqu'à la fin de l'année 2012. Depuis le 1er janvier 2013, elle est réduite à 40% dans l'ancienne activité et entière dans une activité adaptée. En retenant que la capacité de travail était nulle jusqu'en septembre 2014, l'OAI a fait coïncider l'amélioration de l'état de santé avec la date de l'expertise, ce qui est favorable au recourant et n'a pas à être remis en cause par la Cour de céans. Reste à examiner le degré d'invalidité pour la période postérieure à l'amélioration de l'état de santé, soit depuis que le recourant est en mesure d'exercer à temps plein une activité adaptée légère qui n'impose pas de mouvement répétitif avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontal et en rotation interne-externe de plus de 5kg. a) La Cour relève que le recourant peut objectivement être tenu de changer de profession.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 En effet, que l'on retienne le moment de l'expertise (septembre 2014, âgé de 58 ans; cf. ATF 138 V 457), celui où la modification du droit à la rente prend effet (janvier 2015, âgé de près de 59 ans) ou celui de la décision litigieuse (mai 2016, âgé de plus de 60 ans), le recourant n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêt TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). En outre, au vu de l'analyse globale de la situation, notamment compte tenu du contexte personnel et professionnel, la mise en valeur par le recourant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé apparaît objectivement exigible. En particulier, la Cour retient que si le recourant a travaillé durant près de quarante ans auprès du même employeur, il a démontré une certaine capacité d'adaptation lors de son stage (dossier OAI, pièces 513 et 544; cf. ég. rapport de F. _____ du 12 mai 2011, dossier OAI, pièce 262). En outre, ayant été en mesure d'obtenir un CFC, il possède manifestement des capacités intellectuelles suffisantes pour changer de profession, laquelle ne nécessite pas de nouvelle formation. b) Sans atteinte à la santé, le recourant aurait continué d'exercer son activité de serrurier- monteur et aurait pu obtenir, en 2012, un salaire annuel brut de CHF 79'980.- (CHF 6'665.- x 12 selon attestation de l'employeur, dossier OAI, pièce 374). Dans la décision litigieuse, ce montant n'a pas été indexé, contrairement au salaire d'invalidé. Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2015 selon les statistiques (OFS, tableau T39), le montant est dès lors de CHF 81'424.75. Ce montant de CHF 81'424.75 peut être retenu comme salaire de valide. Ensuite, sur la base de la capacité de travail, l'autorité intimée s'est à juste titre référée à l'enquête suisse sur la structure des salaires dans sa version de 2010 (ESS 2010; TA1, totaux, niveau de qualification 4). Le montant statistique de CHF 4'901.- est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle en 2015 est de 41,7 heures. Compte tenu de l'indexation (OFS, tableau T39), le revenu mensuel est dès lors de CHF 5'294.85, soit annuellement CHF 63'538.30. Cela étant, il convient de prendre en considération un abattement au titre de désavantage salarial plus important que celui auquel a d'ores et déjà consenti l'OAI. En effet, la réduction de 10% ne comprend que le fait que seules des activités légères demeurent possibles. Or, d'autres limitations fonctionnelles très contraignantes pourraient être prises en compte (notamment l'usage limité du bras dominant, restriction totale de la capacité de travail entre 2009 et 2012). Il convient aussi de rappeler que le recourant a un âge avancé (près de 59 ans au moment de la suppression de sa rente, 60 ans au moment de la décision litigieuse) et que durant presque toute sa carrière – apprentissage compris – il a travaillé auprès du même employeur. L'interdépendance de ces facteurs semble justifier que l'on admette une réduction en supérieure à 10%. Si l'on tient compte de l'abattement maximal de 25%, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 50'830.65. Il découle de la comparaison du revenu de valide (CHF 81'424.75) avec celui d'invalidé (CHF 50'830.65) un degré d'invalidité de 37.6%, soit 38%. Cette différence de taux par rapport à la décision litigieuse est liée à l'indexation parallèle des salaires (dans la décision litigieuse, seul le salaire d'invalidé avait été indexé de 2.6%) et à la prise en compte d'un abattement plus élevé. Ce taux – même avec un abattement maximal de 25% – demeure néanmoins insuffisant pour l'octroi d'une rente. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a accordé une rente entière pour la période du 1er décembre 2010 au 31 décembre 2014.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 8. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont toutefois compensés avec

l'avance du même montant effectuée par ce dernier. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. 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 27 avril 2017/pte Président Greffier

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