

FR_GERICHTE 608 2016 204 vom 16. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_204

FR: FR_GERICHTE 608 2016 204 du 16 janvier 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2016 204 del 16 gennaio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

août 2016, l'OAI lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité puisqu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 30 %. Compte tenu d'un revenu de valide de CHF 46'308.55 et d'un revenu d'invalidé de CHF 53'840.05, le degré d'invalidité était inférieur à 40 % et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. C. Le 26 septembre 2016, A. _____ interjette recours contre la décision du 31 août 2016 et conclut implicitement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de sa conclusion, il met en cause le rapport d'expertise neurologique du 18 mars 2016 et conteste pouvoir lever plus de 5 kg. Il soutient encore que la polyneuropathie est très douloureuse, qu'il est très fatigué au point de souvent s'endormir, qu'il est abruti par la morphine et incapable de se concentrer, et enfin qu'il souffre de troubles de la vision et de démangeaisons. Il ne serait dès lors pas en mesure de travailler. Le 4 octobre 2016, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 4 novembre 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que la profession de cuisinier est contre-indiquée et que les lombalgies dont souffre le recourant n'entraînent que peu de limitations fonctionnelles, soit tout au plus limiter les charges à 15 kg. Enfin, les allégations de celui-ci ne sont pas justifiées par des éléments objectifs. Dans la mesure où le rapport d'expertise est probant, il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est entière avec une diminution de rendement de 30 %. Dans un second échange d'écritures, les parties maintiennent leur position.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 La Caisse de pension C. _____, caisse de pension du recourant, a été appelée en cause le 24 février 2017 en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée. Elle n'a pas répondu dans le délai imparti. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 de la LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé

physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. b) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. c) D'après l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2). La révision du droit à la rente suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). d) 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). Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 e) 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). 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 citées). 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al.

2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 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). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant et/ou son impact sur la capacité de travail s'est modifié depuis la dernière décision ayant été rendue sur la base d'une instruction complète, soit celle du 1er mars 2010. a) Par arrêt du 15 mai 2012, la Cour de céans s'est penchée sur la période allant jusqu'à cette date, soit le 1er mars 2010. Elle a confirmé la pleine capacité de travail existante dès le 1er septembre 2009 et l'absence de limitation ou diminution de rendement, de sorte que l'incapacité de travail subie était inférieure à un an. Elle a relevé que, sur le plan somatique, le dermatologue du recourant avait clairement indiqué que le prurit dont il souffrait n'était pas invalidant et que l'assuré n'avait pas satisfait à son obligation de diminuer le dommage puisqu'il ne s'était pas soumis au traitement prescrit pour soigner ses apnées du sommeil. Elle a également estimé que les troubles lombaires n'avaient entraîné qu'une incapacité de travail passagère et que ceux constatés au niveau des membres inférieurs n'avaient pas eu comme conséquence une quelconque incapacité de travail. Il en est de même de l'herpès cornéen récidivant, de la dysplasie des cordes vocales, de la hernie hiatale et de l'hypertension artérielle. Sur le plan psychique, l'expertise psychiatrique était probante et satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels, et les avis des médecins traitants de l'assuré ne remettaient pas en cause son bien-fondé. b) Par la suite, plusieurs nouveaux rapports médicaux ont été produits. La Dresse D. _____, spécialiste FMH en neurologie, diagnostique le 8 juillet 2013 une polyneuropathie sensori-motrice de probable origine mixte et une hépatopathie toxique, sans se prononcer sur la capacité de travail (dossier OAI p. 147). Elle atteste ensuite, par une simple note manuscrite du 19 mars 2014 ajoutée sur son précédent rapport, de la progression lente de la polyneuropathie et du fait que la capacité de travail est atteinte, sans toutefois indiquer dans quelle mesure ni motiver son appréciation (dossier OAI p. 148). Quant au Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, il ne se prononce pas non plus sur une modification de la capacité de travail, mais indique

seulement que la progression de la polyneuropathie justifierait une réévaluation par l'OAI (rapport du 25 février 2014, dossier OAI p. 150). Dans son rapport du 15 avril 2014, le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du SMR, relève que l'aggravation de l'atteinte à la santé n'est pas démontrée (dossier OAI p. 146). Enfin, le rapport du 11 juillet 2014 du Dr E. _____ est identique au rapport du 25 février 2014 (dossier OAI p. 136). Ces rapports ne se prononcent ainsi pas sur l'évolution précise des troubles ni sur leur influence sur la capacité de travail et ne sont dès lors pas de nature à rendre vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis le 1er mars 2010. c) Dans le cadre de sa nouvelle demande du 16 juin 2015, l'assuré allègue ne pas être en mesure de travailler en raison des troubles dont il souffre. Il met en cause le rapport d'expertise neurologique du 18 mars 2016 du Dr G. _____, spécialiste FMH en neurologie, et conteste pouvoir lever plus de 5 kg. Il soutient ensuite que la polyneuropathie est très douloureuse, qu'il est très fatigué au point de souvent s'endormir, qu'il est abruti par la morphine et incapable de se concentrer, et enfin qu'il souffre de troubles de la vision et de démangeaisons.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 S'agissant de l'expertise neurologique, force est de constater qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents. Le Dr G. _____ s'est en effet fondé sur un entretien personnel avec l'assuré, sur les résultats de l'électromyogramme ainsi que sur l'étude du dossier médical. Il a également tenu compte des plaintes du recourant et procédé à une étude fouillée de son état de santé. Enfin, ses conclusions sont claires et motivées de manière convaincante. Le Dr G. _____ pose les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de polyneuropathie sensitive et douloureuse d'origine éthylique, et de lombalgies communes dans le cadre de troubles dégénératifs mineurs sans syndrome radiculaire. Les plaintes actuelles sont les suivantes: douleurs dans les pieds décrites comme une sensation de serrement, une impression d'avoir les pieds dans un étau, associée à des sensations électrisantes, démangeaisons diffuses, douleurs lombaires surtout à l'effort, douleurs dans les cuisses et douleurs aux gencives. L'expert précise qu'il existe des lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs minimes sans répercussions radiculaires, ce qui n'entraîne que peu de limitations fonctionnelles, tout au plus une limitation des charges à 15 kg. Quant à la polyneuropathie, elle est documentée sur le plan électrophysiologique, cliniquement sensitive et douloureuse dans le cadre d'un éthyliste chronique et, bien que l'anamnèse ne puisse mettre en évidence de nette modulation mécanique, il estime justifier de limiter la position debout et la marche prolongée, ce qui a pour conséquence une incapacité totale de travail dans la profession de cuisinier. Il évalue encore à 30 % la diminution de rendement consécutive à la fatigue engendrée par le syndrome d'apnée du sommeil et la médication antalgique. Par ailleurs, il observe que les allégations de l'assuré ne sont objectivement pas justifiées et qu'il n'y a pas de cohérence entre son comportement et l'intensité des douleurs mentionnées, dès lors qu'il ne semble nullement souffrant. L'expert ajoute enfin qu'il dispose de ressources suffisantes pour entretenir un réseau social jugé satisfaisant, s'occuper de ses affaires, entretenir une ferme et conduire un véhicule, le tout malgré une addiction au tabac et à l'alcool. Il retient dès lors que l'assuré est en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, avec limitation des charges à 15 kg, en évitant la position debout prolongée et les marches prolongées, avec un rendement de 70 %, la profession de cuisinier étant inexigible. Le Dr E. _____ considère quant à lui que la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue par l'expert est surestimée compte tenu de la polyneuropathie avec une médication sédatrice à base d'opiacés et de la fatigue liée à un

syndrome d'apnées du sommeil certes non traité (rapport du 13 juillet 2016, dossier OAI p. 12). Auparavant, il avait également diagnostiqué diverses atteintes somatiques, à savoir de l'arthrose à la cheville gauche posttraumatique, une gonalgie droite suite à méniscectomie au genou droit, une chondropathie stades 3 et 4, des lombalgies sur discopathies L4-S1 et de l'arthrose avec canal étroit, ayant à son sens une influence sur la capacité de travail (rapports du 4 mars 2015 et du 3 septembre 2015, dossier OAI p. 130 et 68). La Cour constate toutefois que la polyneuropathie, la médication sédatrice à base d'opiacés et le syndrome d'apnées du sommeil, avec leurs conséquences notamment sur la fatigue de l'assuré, ont été discutés dans l'expertise. Quant aux autres atteintes somatiques, elles avaient déjà été examinées dans l'arrêt du 15 mai 2012 de l'autorité de céans, qui avait constaté qu'aucune ne limitait la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Les rapports médicaux ultérieurs n'attestent par ailleurs pas d'une aggravation de ces troubles ou d'une quelconque incapacité de travail. Seule la Dresse D._____ indique le 8 juillet 2013 que la capacité de travail est diminuée à cause des insomnies provoquées par la douleur, sans toutefois préciser

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 dans quelle mesure (dossier OAI p. 72). Ni la Dresse H._____, spécialiste FMH en anesthésiologie (rapport du 21 février 2013, dossier OAI p. 77), ni le Dr I._____, spécialiste FMH en pneumologie, médecine intensive et médecine interne générale (rapport du 7 février 2012, dossier OAI p. 82), ni le Dr J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie (rapport du 3 juin 2014, dossier OAI p. 86), ne se prononcent sur cette question. Le Dr E._____ lui-même n'évalue pas la capacité de travail (rapport du 4 mars 2015 et du 11 juillet 2014, dossier OAI p. 130 et p. 136), ou ne se détermine pas sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée (rapport du 3 septembre 2015, dossier OAI p. 68). Ce n'est que dans son rapport du 13 juillet 2016 (dossier OAI p. 12) qu'il estime qu'aucune activité, adaptée ou non, n'est possible. Cela étant, son rapport n'explique pas concrètement pourquoi l'expert, qui a tenu compte des troubles évoqués, aurait mal apprécié le cas. Il n'apporte pas non plus d'éléments médicaux nouveaux qui auraient pu soutenir sa propre opinion, de sorte qu'il convient de retenir qu'il apprécie dès lors différemment un même état de fait. Quant aux problèmes de peau, la Dresse K._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a posé le 27 août 2015 le diagnostic de prurit sine materia, soit des démangeaisons, depuis 2005 dans un contexte d'hémochromatose et a précisé qu'un arrêt de travail n'était pas sujet des consultations (dossier OAI p. 88). Les démangeaisons dont se plaint le recourant ne sauraient dès lors avoir une influence sur la capacité de travail, d'autant plus qu'elles ont également été prises en compte par l'expert. Enfin, le recourant se plaint de troubles de la vision, sans toutefois indiquer lesquels. Ils ne sont pas non plus médicalement attestés, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les prendre en compte. Partant, il convient de retenir que le recourant est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles – limitation des charges à 15 kg, éviter la position debout prolongée, éviter les marches prolongées – avec un rendement de 70 %. Au surplus, le recourant ne remet pas en cause le calcul des revenus de valide et d'invalidé, qui ont au demeurant été correctement établis par l'autorité intimée. En effet, selon celle-ci, et en l'absence d'activité professionnelle depuis 2008, il convient de retenir comme revenu de valide un salaire de CHF 4'230.- dans les activités d'hébergement et restauration (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 [ESS 2012], tableau TA1_skill_level, pos. 55-56, niv. 2, homme). Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 42,3 heures. Dès lors, le revenu mensuel à

prendre en considération est de CHF 4'473.25, soit CHF 53'679.- par an. Indexé à 0,3 % selon l'indice des salaires nominaux de la branche, le revenu annuel à prendre en considération est de CHF 53'840.05. Quant au revenu d'invalidé, l'assuré est en mesure d'exercer une activité dans la production industrielle légère et de réaliser un salaire mensuel de CHF 5'210.- (ESS 2012, tableau TA1_skill_level, total niv. 1, homme). La durée usuelle de travail hebdomadaire étant de 41,7 heures, le revenu à prendre en considération est de CHF 5'431.45, soit CHF 65'177.40 par an. Indexé à 1,5 % selon l'indice des salaires nominaux de la branche, le revenu annuel à prendre en considération est de CHF 66'155.05. Compte tenu de la réduction de rendement de 30 % retenue dans l'expertise, le revenu d'invalidé s'élève à CHF 46'308.55. La comparaison de ces deux revenus aboutit à un degré d'invalidité de 14 % qui n'ouvre pas le droit à une rente. 4. Partant, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 4 octobre 2016. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 4 octobre 2016. III. 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 16 janvier 2018/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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