

FR_GERICHTE 608 2016 99 vom 12. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_99

FR: FR_GERICHTE 608 2016 99 du 12 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 99 del 12 giugno 2017

Regeste

Arrêt de la IIe 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 par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 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 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). b) Selon la jurisprudence (cf. arrêt TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1 et l'ATF 127 V 294 consid. 5a cité), les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi; pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. c) Il découle de la notion d'invalidité que 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). 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 pas forcément avec le taux de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). 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). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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).

E. 3

Est litigieux le point de savoir si l'assuré a droit à une rente. a) Se pose d'abord la question de l'atteinte à la santé déterminante et/ou de ses effets sur la capacité de travail. aa) La Dresse B. _____, FMH médecine interne générale et FMH rhumatologie, a rendu son rapport d'expertise pour l'assureur perte de gain le 17 mars 2015 (dos. OAI 101). Pour cette expertise, dûment motivée, elle s'est fondée sur l'étude du dossier médical assécurologique, l'anamnèse, les plaintes subjectives et les constatations objectives lors de l'examen clinique à l'occasion duquel elle put examiner personnellement l'assuré et observer son comportement. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire; elle s'est déterminée sur d'autres pièces et avis médicaux présents au dossier, a fait des propositions thérapeutiques, posé des pronostics. Elle ne s'est pas contentée de considérer de manière abstraite la problématique et s'est prononcée

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 quant à la capacité de travail, y compris s'agissant d'une adaptée à l'état de santé et aux limitations. La Cour peut confirmer que cette expertise satisfait pleinement aux critères de la jurisprudence devant être remplis pour lui accorder valeur probante. Le recourant n'a au demeurant fourni aucun allégué, aucune pièce suffisamment détaillée et motivée susceptible de remettre en cause, du point de vue médical, le bien-fondé de l'analyse de l'experte, parce que celle-ci aurait, par exemple, ignoré des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents (de nature clinique ou diagnostique). La seule critique selon laquelle "nul n'est besoin de longs discours pour arriver à la conclusion [que l'expertise] n'est de loin pas suffisante" ne saurait suffire à la remettre en cause. Le recourant ne réclame d'ailleurs plus qu'un expert-rhumatologue se prononce, ce qui laisse penser que sur ce plan, en définitive, l'expertise précitée élaborée par un médecin ayant notamment ce titre de spécialiste, est probante et suffisante. Et s'il maintient qu'un volet orthopédique doit être mis en œuvre, il n'explique nullement pourquoi, et singulièrement pas pour quel motif s'imposerait encore le recours aux lumières de cette discipline, qui se concentre davantage sur l'approche chirurgicale, qui plus est dans un cas où les constats médicaux objectifs sont clairs et somme toute très rassurants, et dans lequel les affirmations et plaintes de l'assuré doivent être considérées avec réserve (cf. infra). Pour la Cour, le dossier médical est complet; il contient "des diagnostics précis" et définit déjà "les limitations réelles de l'assuré" (cf. recours, p. 5); nulle instruction supplémentaire, en particulier pas une expertise orthopédique, n'est nécessaire. La requête et le chef de conclusions subsidiaire du recourant allant dans ce sens seront rejetés. bb) L'experte pose le diagnostic de lombosciatalgies non déficitaires, sur discarthrose L4-L5 et arthrose facettaire aux mêmes niveaux (cf. expertise, p. 10). "L'examen clinique de ce jour est relativement peu contributif puisque la mobilité du rachis est bonne dans toutes les directions, on ne relève qu'une douleur à la palpation des épineuses localement. Les examens radiologiques récents, en particulier le CT-Scan de septembre 2014 ne montrent que des discopathies étagées avec des protrusions non compressives au niveau L4-L5 et surtout L5-S1, avec arthrose facettaire aux mêmes niveaux" (p. 9); "... les troubles dégénératifs objectivés sur l'imagerie sont relativement banals" (p. 10). De fait, les constatations objectives ressortant de l'examen clinique sont (très) rassurants (cf. p. 7s.): le déshabillage, le déplacement, la démarche, l'accroupissement, etc., ne présentent ni difficulté ni particularité, nombre d'élément du rachis dorsolombaire, notamment, sont normaux, non douloureux, etc. "Ce n'est que récemment fin février que l'assuré a été adressé à un spécialiste, le Dr C. _____, rhumatologue" (p. 3); il y a un signe de non-organicité de Waddell sur 5 (p. 8). Le traitement médicamenteux que l'assuré indique prendre est constitué de 1 à 3 comprimés de 1g de Dafalgan par jour; l'Irfen 800 mg retard est en revanche "pris irrégulièrement, ces 2-3 derniers jours, il n'en a pas pris par exemple" (cf. p. 3; s'y ajoute un relaxant phytothérapeutique pour les nerfs). "Il faut également noter que malgré que les douleurs sont décrites comme importantes l'assuré ne prend plus autant de médication antalgique qu'auparavant, ces derniers jours il se limite à 1 ou 2 cp de Dafalgan par jour" (p. 7). Le traitement thérapeutique a été constitué de 3 séries de 9 séances de thérapie; "En précisant l'anamnèse on apprend qu'il s'agit uniquement de physiothérapie passive sous forme de massages, électrothérapie et ultrasons, il n'y a jamais eu d'exercices de renforcement musculaire, ni d'exercices d'auto-étirements, ni d'enseignement d'hygiène vertébrale. La dernière séance de physiothérapie a eu lieu en janvier." "Jusqu'alors il n'y a pas eu de tentative de reprise de travail, alors que l'assuré est chef d'entreprise." L'assuré soutient que

les lombalgies sont présentes depuis 2010 et se seraient intensifiées suite à un accident le 23 novembre 2013. L'experte relève toutefois que "l'assuré peine à préciser pour

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11

quelles raisons d'un jour à l'autre il n'a plus été capable de travailler à partir du 25 août 2014, il était même parti en vacances auparavant et ce n'est qu'à sa rentrée de vacances qu'il a consulté et qu'une incapacité de travail lui a été octroyée" (p. 3); les douleurs paraissent ainsi n'avoir été qu'intermittentes et compatibles avec la poursuite de l'activité professionnelle entre la fin (le 27 janvier 2014) de l'incapacité de travail après l'accident et le milieu 2014, où elles deviennent prépondérantes, selon l'anamnèse – l'experte relève tout de même, dans ce cadre, qu'elles restent limitées à la région lombaire, n'irradient que rarement au niveau des membres inférieurs et qu'il n'y a jamais eu de véritable sciatique durant une longue période (cf. p. 2, 3 et 4); elle ne retient pas le qualificatif de chroniques ou persistantes pour décrire dans son diagnostic les lombalgies. Selon l'assuré (plaintes subjectives), "les douleurs sont présentes dans n'importe quelle position, exacerbées par les longues stations assises au-delà d'une heure trente par exemple en voiture", durée maximale de conduite (cf. p. 6); tout au plus peut-il sortir de chez lui pour des promenades d'environ ½ heure ou dans son jardin. "Sur demande précise l'assuré reconnaît toutefois que les douleurs sont légèrement moins intenses qu'en août 2014... Il corrige tout de suite en disant c'est parce que je ne travaille plus, j'ai moins mal" (p. 3); l'experte indique que l'assuré est demeuré assis toute la durée de l'entretien – la totalité de l'examen a duré 1h20. La nuit, les douleurs sont présentes par intermittence aux changements de positions – l'experte relève que trois semaines plus tôt, devant le Dr C. _____ (infra), il avait soutenu ne dormir qu'une heure par nuit en raison de l'intensité des douleurs. Outre ces éléments, l'experte souligne, et ce alors qu'elle n'a pas eu connaissance des éléments amenant l'assuré à avoir des doutes quant à la réalité des différentes assertions de l'intéressé, combien l'anamnèse a été "souvent très floue, aussi bien en ce qui concerne la description des douleurs qu'en ce qui concerne la description de l'activité professionnelle réelle", et propose ainsi que soient menées une enquête sur le lieu de travail, ainsi qu'une à domicile (cf. p. 11; également p. 2ss et 9). "Le pronostic est réservé, l'état douloureux étant en train de se chroniciser alors que les troubles dégénératifs objectivés sur l'imagerie sont relativement banals" (p. 10); il en va de même relativement aux mesures thérapeutiques proposées, l'intéressé étant en particulier "centré sur ses douleurs qui se chronicisent, persuadé qu'il ne peut plus fonctionner comme avant" (cf. p. 10). Au vu de ces éléments, l'experte considère que pour l'activité de gestionnaire de son entreprise (dont gérer l'entreprise, se déplacer sur les chantiers et les contrôler, effectuer les tâches administratives que demande la fonction de chef d'entreprise), l'incapacité n'est plus justifiée, la capacité de travail étant de 100% (cf. p. 9s.) – aucune perte de rendement n'est mentionnée; pour celle d'ouvrier de coffrage, elle est de 20% au maximum, dans la mesure où elle implique le port de très lourdes charges (30-40kg), les flexions antérieures du tronc ainsi que l'exposition au froid; ces taux sont valables dès l'expertise. cc) Ces constats médicaux objectifs très rassurants et banals, ainsi que les conclusions quant à la capacité de travail qu'ils entraînent s'agissant en particulier de la possibilité d'exercer à plein temps, sans perte de rendement, une activité adaptée à l'atteinte à la santé et aux limitations que celle-ci induit, ne sont remis en question, de façon pertinente et motivée, par aucune pièce médicale au dossier: Le CT-scan de la colonne lombaire, du 16 septembre 2014 (dos. OAI 24; cf. expertise p. 8), a montré qu'il n'y a pas de lésion traumatique de la colonne lombo-sacrée; l'assuré présente une spondylose lombaire avec arthrose articulaire postérieure étagée et spina bifida occulta S1; des discopathies dégénératives étagées avec

protrusion foraminale droite L4-L5 générant une sténose foraminale potentiellement conflictuelle avec la racine L4 droite; sténose foraminale gauche L5-S1

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 générant un conflit avec la racine L5 gauche; une protrusion discale postéro-médiane inférieure L5-S1 affleurant le bourgeon d'émergence de la racine S1 gauche sans véritable conflit; à noter que les dimensions canalaire sont dans la norme; des infiltrations sont proposées – elles le seront par d'autres médecins également, mais l'intéressé n'y donnera pas suite; pas davantage qu'à de la physiothérapie de type dynamique en centre thermal. L'experte a expressément relativisé la portée et la gravité des atteintes (dégénératives) mis en évidence par cet examen (cf. supra et p. 8s.); elle n'est contredite par nul médecin s'étant prononcé. En particulier pas par le Dr C. _____, médecine physique et réadaptation, médecin chef, auquel l'intéressé a été adressé par le médecin traitant "dans le cadre de ses lombosciatalgies chroniques, évoluant depuis le mois d'août 2014 avec un arrêt de travail depuis cette date" (cf. rapport du 25 février 2015, dos. OAI 26). Ses constats objectifs sont rassurants également: si le jour de l'examen, le patient se plaint de lombalgies avec une échelle douloureuse à l'EVA de 7/10, ce malgré le traitement médicamenteux, il n'y a pas de fessalgies ou de radiculagies, pas de signe d'impulsivité; l'examen clinique ne retrouve pas de déficit neuromoteur, les réflexes sont présents, les hanches sont libres et indolores, la marche est réalisée, harmonieuse, tout comme sur la pointe et les talons; la palpation du rachis et des articulaires postérieures dans la région lombaire basse est douloureuse "de manière plus sélective" que s'agissant du dorsal haut. S'agissant des infiltrations proposées, l'assuré semble les redouter ou se complaire dans le système actuel. Le médecin traitant, le Dr D. _____, FMH médecine interne générale, dans son rapport du 17 février 2015 (dos. OAI 27), souligne que le CT-scanner a mis en évidence essentiellement des éléments dégénératifs; son diagnostic de lombosciatalgies bilatérales persistantes sur troubles dégénératifs (en sus, status après cervico-brachialgies après distorsion cervicale sur AVP, accident sur la voie publique, le 24 septembre 2010) ne s'écarte pas de ce que retiendront les autres médecins. Consulté par l'assuré le 25 mars 2015, soit juste après l'expertise, il ramène, sans explication, de 100% à 80% le taux d'incapacité de travail, ce dès le 30 mars 2015. Dans son rapport du 23 juin 2015 (dos. OAI 74 et 77), il indique que les lombosciatalgies créent des douleurs à la station debout ainsi qu'aux charges, et que seul du "travail de bureau" à 20% est possible dans l'activité habituelle; et il coche négativement (et sans autre explication ou précision) toutes les rubriques relatives aux travaux encore exigibles suivant l'activité et la position, ne retenant pour exigibles que les activités effectuées dans différentes positions, et ce uniquement au taux précité de 20%, le tout depuis l'hiver 2014-2015 (sans précision à cet égard, à nouveau; les différentes capacité [de concentration, etc.], la résistance et l'aptitude à se déplacer ne sont pas limitées). Pour la Cour, cependant, ce médecin traitant ne peut être suivi sur ces points, en particulier s'agissant de l'incapacité absolue quasi-totale pour toute activité et position: aucune motivation (suffisante), singulièrement aucune explication et détermination par rapport aux autres médecins s'étant prononcés ne soutiennent cet appréciation; le praticien ne dit notamment pas pourquoi le patient ne pourrait faire une activité adaptée (et uniquement du "travail de bureau") qu'à 20% (cf. également le pv d'entretien précoce du 2 avril 2015, dos. OAI 8: seul le port de charges est mentionné au titre de "Limitations et difficultés dans la vie quotidienne et au travail"). Avec l'assureur perte de gain (cf. courrier du 13 juillet 2015, p. 1, dos. OAI 176; pv du 16 juin 2015, dos. OAI 146, p. 3), il faut plutôt et surtout y voir l'entérinement de l'incompréhension de l'assuré des propos de l'experte, qui a cru que celle-ci avait retenu une capacité de travail de

20% au plus et a indiqué, le 26 mars 2016, qu'il prenait ainsi "le risque" d'essayer de travailler à ce taux au maximum "en effectuant des visites sur les chantiers ce qui n'est pas trop dur pour mon dos", alors que l'experte considérait en réalité que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Quant au rapport du 6 février 2016 (dos. OAI 182) de l'IRM de la colonne lombo-sacrée (discopathie étagée; protrusion discale extraforaminale gauche en L2-L3, L3-L4, et foraminale gauche en L5-S1; déchirure de l'anneau fibreux en foraminal droit L4-L5), l'on peut suivre le Dr E. _____, FMH médecine interne générale, du Service Médical Régional (SMR; cf. réponse du 14 mars 2016, dos. OAI 189; également rapport du 26 novembre 2015, dos. OAI 166, dans lequel il confirmait la possibilité l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à 100%) lorsqu'il répond négativement à la question de savoir si cet examen apporte des éléments démontrant de nouvelles limitations fonctionnelles et pouvant remettre en cause la capacité de travail entière dans une activité adaptée telle que retenue par l'experte; aucun médecin, y compris en procédure de recours, n'a soutenu autre chose. dd) Lors de leur examen les médecins précités ont eu un assuré peignant un tableau très sombre de sa situation de santé, des douleurs ressenties, des limitations fonctionnelles en découlant, de sa capacité de travail. Or, l'assureur perte de gain lui a, le 13 juillet 2015, signifié qu'au vu de multiples éléments au dossier, dont notamment ceux qu'il avait postés sur les réseaux sociaux, en contradiction flagrante avec ses assertions, il était mis fin au versement des indemnités journalières ainsi qu'au contrat d'assurance, et que le remboursement de l'entier des sommes versées était demandé (cf. en particulier le pv de l'assureur perte de gain du 16 juin 2015 et sa détermination du 13 juillet 2015; également le pv d'entretien d'intervention précoce de l'OAI du 14 septembre 2015, dos. OAI 164, notamment p. 2 ss, relativement à la difficulté d'obtenir des précisions de l'assuré, au hiatus entre les très fortes douleurs et importantes limitations alléguées, ainsi que son attitude plaintive, et l'observation de son comportement durant l'entretien). L'assuré n'a pas contesté (juridiquement) cette prise de position de l'assureur perte de gain. A titre exemplatif, renvoyant pour le reste en particulier au contenu des pièces de l'assureur perte de gain, la Cour relève que sur une période de 10 mois d'incapacité de travail, ce dernier indique avoir déterminé que l'intéressé a effectué au moins sept voyages et séjours au Kosovo (pour un temps de conduite équivalent à quelque 20 heures en aller simple; en outre, pour l'assureur, alors qu'il était en incapacité totale de travail, il y a utilisé un tracteur et effectué des travaux de récolte) et un à Trieste, à bord de son véhicule, lui qui dans le même temps soutenait ne plus faire de tels trajets en automobile, ne pouvant demeurer assis sans douleurs plus de 30 minutes (cf. courrier du 13 juillet 2015, notamment p. 2 et 7). A noter que dans sa déclaration d'impôts de 2015, en dépit de ces séjours à l'étranger et d'une incapacité totale de travail attestée jusqu'à fin mars 2015, puis de 80%, il a fait valoir 220 jours (le maximum) de trajet de 60km aller-retour au siège de sa société (où il n'y aurait pourtant, en définitive, qu'une boîte aux lettres) et de frais de repas à l'extérieur. Il appert dès lors d'autant plus significatif que les médecins C. _____ et B. _____, non au courant de ces aspects et nonobstant les affirmations et doléances de l'assuré, aient exprimé une certaine réserve après l'avoir entendu et observé (cf. supra), et fait état de résultats de l'examen clinique et de constats médicaux objectifs ne présentant pas un degré de gravité et d'incidence sur l'état de santé et la capacité de travail tel que relaté par l'intéressé, l'experte retenant en tout état de cause une capacité de travail totale dans une activité adaptée. La Cour rappelle à cet égard qu'il ne saurait y avoir atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations de l'AI si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une

exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, amplification dont les indices sont notamment une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (cf. arrêt TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). ee) Au vu du caractère, au mieux, évasif de nombre des indications fournies par l'assuré, ne peuvent être déterminés son travail effectivement réalisé et si, notamment, comme il l'affirme (recours, p. 3), il exerçait "en priorité une activité physique extrêmement intense" comme ouvrier coffreur sur chantier (préparer les dalles de béton), ce qui, au passage, laisse la Cour perplexe au vu du résultat d'un test effectué par le Dr C. _____, selon lequel existerait chez un assuré travaillant durement physiquement depuis des années, après seulement 6 mois d'incapacité de travail médicalement attestée, un important déficit de ses abdominaux nécessitant un reconditionnement dynamique. L'assertion (cf. recours, p. 3) selon laquelle il effectuait un 20% au grand maximum de travail "administratif" sous forme d'activité de facturation ne convainc en outre pas, l'assuré ayant expliqué que c'est sa fiduciaire qui s'en occupait (cf. pv d'entretien avec l'OAI du 14 septembre 2015 p. 4). Des interrogations quant à l'activité, ainsi que la mention de difficultés financières depuis 2013, élément extérieur à l'AI, ressortent notamment du procès-verbal précité et de celui de l'assureur perte de gain du 16 juin 2015 (p. 2). Cela étant, au vu dossier médical, notamment de l'expertise, la Cour retient, en tout état de cause, que l'atteinte à la santé déterminante présentée par l'assuré depuis le 25 août 2014 – il n'y a aucun motif de retenir une date antérieure – ne lui permet plus l'exercice à plein temps et sans perte de rendement d'une activité telle celle de coffreur impliquant le port de lourdes charges (30- 40kg), des flexions (répétitives) antérieures du tronc ainsi que d'exposition au froid. En revanche, et ce depuis le 17 mars 2015, soit avant même l'expiration du délai d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, était exigible de lui, conformément à son obligation de tout entreprendre pour diminuer son dommage, l'exercice d'une activité adaptée respectant les (seules) limitations précitées. Telle celle de directeur technique et gestionnaire d'entreprise, avec exécution de tâches légères en sus, du type métrés, etc., ou, dans tous les cas, une autre, par exemple dans la production industrielle légère. Dans cette mesure, il pouvait être attendu de sa part que, cas échéant, il renonce à son statut d'indépendant. Ce qui, selon ce qui ressort d'une recherche au Registre (l'assuré n'en fit jamais état), paraît déjà être le cas; en effet, s'il était l'unique associé, gérant, avec signature individuelle et CHF 20'000.- de capital social de sa Sàrl, son inscription fut radiée le 23 décembre 2015 au profit d'une autre personne, avant que ne soit prononcée, le 19 avril 2016, la faillite de la société (dont le siège était toujours à l'adresse vaudoise de l'assuré), faillite suspendue faute d'actifs et clôturée le 17 juin 2016. Et si le 6 octobre 2015, soit peu après l'entretien du 14 septembre 2015 avec l'OAI, mais sans que nulle mention n'y ait alors été faite, l'épouse de l'intéressé inscrivait, toujours à la même adresse, une Sàrl au nom et aux buts très proches de la précédente, elle y figure comme seule associée, gérante et avec signature individuelle, avec l'entier d'un capital social de CHF 20'000.-. Interrogé, le 7 septembre 2016, dans le cadre de sa requête d'AJT, sur les activités déployées par son épouse et lui-même dans cette nouvelle société, le recourant s'est borné à retirer dite requête et à indiquer qu'il ne déposerait pas de contre-observations. Et si l'on ignore de quelles compétences linguistiques, de formation et professionnelles dispose cette épouse née en

1984, venue du Kosovo en Suisse en 2006, mère de trois enfants, nés en 2008, 2010 et 2012, dont un présentant un handicap, et qui n'a pas le permis de conduire, l'on ne peut s'empêcher de relever que son salaire de CHF 3'000.- joint à celui de son mari d'employé de cette nouvelle Sàrl, de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 CHF 2'250.-, versés douze fois l'an, correspondent à CHF 63'000.-, soit exactement celui relevant selon l'assureur perte de gain. Un doute apparaît, dans ces circonstances, quant à la perte de gain réelle que subirait l'assuré. b) Cela étant l'assuré a invoqué différents salaires de valide (environ CHF 108'000.- [difficilement compréhensible, parce que prenant, en sus d'un montant forfaitaire mensuel de CHF 7'500.-, CHF 798.- au titre de vacances payées, soit un système valant en principe pour le salaire horaire], dos. OAI 8 s. et 67; CHF 132'000.-, dos. OAI 34; CHF 70'000.-, dos. OAI 86 [document pour la CNA]). Selon les extraits de son compte individuel (dos. 50), pour la période de 2009 à 2013, il a obtenu un revenu moyen annuel de CHF 84'920.-. Ce montant doit toutefois être observé avec circonspection, s'agissant en particulier d'une personne qui bénéficiait aussi du statut d'indépendant de son entreprise, Sàrl dont il était le seul associé, disposant de tous les droits de représentation et de l'entier du capital social; il était ainsi en mesure d'influencer le montant inscrit à son compte individuel; en pareil cas, le résultat d'exploitation de l'entreprise est davantage significatif. Or, des difficultés financières paraissent avoir existé depuis 2013 environ (du fait, selon l'assuré, d'un crédit de CHF 100'000.- pour "payer mes ouvriers", assuré qui a acquis une maison à cette époque, et qui indiquait ignorer combien de véhicules il avait, mais possédait en tout cas une voiture d'un coût et d'une marque respectables, cf. pv du 16 juin 2015, p. 1 s.), et peu après avoir été cédée fin 2015, la Sàrl a été mise en faillite. Les montants de CHF 63'000.- et 70'000.- susmentionnés paraissent dès lors plus vraisemblables. Ce point n'a pas à être davantage tranché cependant. En effet, même en retenant la solution la plus favorable à l'assuré, soit un revenu de valide de CHF 84'920.-, force est de constater qu'avec un revenu d'invalide de quelque CHF 66'357.- en 2015 (basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012", tableau TA1_skill_level, total niveau 1, CHF 5'210.- mensuels; CHF 5'530.- environ compte tenu de l'indexation et de la durée normale du travail; montant qui serait encore supérieur en retenant celui valant pour l'industrie manufacturière), le taux d'invalidité serait inférieur à 22%, soit de toute façon bien moindre que celui de 40% ouvrant le droit à un quart de rente.

E. 4

Au vu de tout ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté, et la décision attaquée, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais d'un même montant. Il ne sera pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront prélevés sur son avance de frais, d'un 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 12 juin 2017/djo Président Greffier-rapporteur

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