

FR_GERICHTE 608 2017 94 vom 28. Mai 2018

FR Kantonsgericht, 2018-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_94

FR: FR_GERICHTE 608 2017 94 du 28 mai 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 94 del 28 maggio 2018

Regeste

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

Erwägungen

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

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. On rappellera que 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 citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

E. 2.2

D'après l'art. 28 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 (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 C'est l'application de la méthode ordinaire, dite classique, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI).

E. 2.2.1

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine 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; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu 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 et la référence). 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). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

E. 2.2.2

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

E. 2.3

Pour pouvoir décider, 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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). 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 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).

E. 3

avril 2013, dossier OAI, p. 301, 323 et 362; cf. ég. p. 276, 279 et 281). Depuis 2013, fixant la capacité de travail à 30% dans une activité d'aide de cuisine, le médecin a considéré que la reprise d'une activité adaptée n'était possible qu'à un taux inférieur à 50% en raison de "gros problèmes psychologiques". Avec cette cautèle, il estimait qu'une activité sans port de charges de plus de 10-15 kg, sans mouvements répétitifs de la colonne et permettant l'alternance des positions était adaptée (rapports des 22 novembre 2013, 20 décembre 2013 et 24 juillet 2014, dossier OAI, p. 160, 196 et 206). Par la suite, suggérant la réalisation d'une opération, l'orthopédiste a continué à fixer le degré d'incapacité de travail à 30% dans l'ancienne activité et à 50% dans une activité adaptée (rapports des 8 mai 2015, 24 juin 2015

et

E. 3.1

Dans la décision litigieuse, l'OAI se réfère aux conclusions de l'expert qu'il a mandaté, le Dr E._____. Dans son rapport, l'expert fait état d'un "status post décompression L5/S1 gauche, ablation du kyste, herniétomie et microdiscectomie le 21.12.11" et d'un "status post spondylodèse L4/L5/S1 avec PLIF L5/S1 le 03.09.12" comme seuls diagnostics invalidants. Les autres atteintes – notamment à l'articulation sacro-iliaque gauche, au rachis et au membre inférieur gauche – n'ont, à ses dires, aucune incidence sur la capacité de travail. En raison de ces atteintes invalidantes, l'expert estime que l'assurée n'est pas en mesure d'exercer une activité de cuisinière. Cependant, à ses yeux, une activité adaptée peut être exercée sans restriction, hors périodes opératoires (du 20 décembre 2011 au 15 mars 2012, du 3 septembre 2012 au 3 décembre 2012 et du 25 mai 2014 au 23 juin 2014). Dans une telle activité, le port de charges est limité aux charges légères à moyennement légères (5-15 kg), certaines positions sont déconseillées (s'accroupir, ramper, grimper), la colonne lombaire doit être préservée (pas de mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou torsion) et les déplacements doivent satisfaire certaines conditions (pas de montée d'escaliers, pas de marche en terrain accidenté ou glissant). Le rapport, rédigé par un spécialiste en orthopédie, est fondé sur l'étude du dossier assécurologique, ce qui a permis à l'expert d'avoir une pleine connaissance du contexte et de l'historique médical. A ce stade, les erreurs ou imprécisions relevées par la recourante (not. sur ses enfants) n'apparaissent pas avoir d'incidence sur l'examen du cas, voire sont même corrigées dans le cadre de la discussion du cas par l'expert. Elles peuvent, tout au plus, être comparées à des coquilles typographiques qui ne remettent pas en cause les conclusions de l'expert. Lors d'un entretien du 26 novembre 2014 avec l'assurée, l'expert a été en mesure de procéder à un examen complet de cette dernière. A cette occasion, il a pu constater qu'elle avait un comportement très contradictoire. Il soulignait, par exemple, que lors de l'examen du rachis, la recourante a une amplitude "considérablement diminuée" alors qu'en "position assise, [elle] se penche sans douleur apparente afin de fermer la fermeture éclair de ses bottes". Néanmoins, même en constatant cette amplification des plaintes, il retient que les cervico-lombalgies ont une incidence sur la capacité de travail: il atteste de l'existence de troubles suffisamment graves pour être invalidants mais, également, amplifiés. Force est de constater que l'expert procède à une appréciation claire et motivée de la situation médicale, mettant en lien ses constats, les plaintes de l'expertisée et les éléments ressortant du dossier assécurologique. Cela étant, la recourante a immédiatement contesté le contenu de cette expertise. En effet, dès le lendemain de l'entretien avec l'expert, elle a déclaré avoir été mal reçue, que l'expert l'avait, notamment, accusé de cacher des radiographies et qu'il était "arrogant, parfois même agressif". Elle s'est aussi plainte de ce que l'expert a trop mis l'accent sur la quantification de ses heures de travail au détriment de l'organisation de sa vie personnelle (dossier OAI, p. 82 et 123). Par ses critiques, la recourante n'établit cependant pas en quoi l'expert n'aurait pas apprécié son cas de manière objective. On relèvera que le fait que le caractère et la personnalité du médecin n'aient pas été conformes aux attentes de l'expertisée ne remet nullement en cause ses conclusions ou la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 qualité de l'examen. Au demeurant, si l'expert estime avoir suffisamment d'informations sur le déroulement des journées de la recourante, il est normal que celui-ci change de sujet ou pose des questions en rapport avec d'autres problématiques qu'il estime également pertinentes, telles que la description de son travail

actuel. Enfin, l'on retiendra que les informations citées par le Dr E. _____ concordent avec celles – certes plus détaillées – figurant dans l'expertise du Dr D. _____, étant rappelé que les deux experts ont produit des conclusions communes dans un document séparé (cf. dossier OAI, p. 114).

E. 3.2

Reste à examiner si les conclusions du Dr E. _____ peuvent être remises en cause par les autres pièces du dossier et, en particulier, par l'avis des autres médecins interrogés.

E. 3.2.1

Suite aux interventions de 2011 et 2012, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considérait que sa patiente était, après une reprise progressive, en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein. Il estimait que sa patiente devait éviter le port de charges de plus de 15 kg et éviter les flexions-extensions à répétition. Il relevait alors que la motivation de sa patiente à reprendre le travail n'était pas bonne et qu'il existait un risque moyen d'absentéisme (rapports des 26 avril 2012, 12 décembre 2012 et

E. 3.2.2

Au cours des mois de septembre et octobre 2013, la recourante a consulté le Dr G. _____, chiropraticien. Celui-ci a procédé à 7 traitements, lesquels ont échoué et n'ont conduit à aucune amélioration des douleurs. Il estime que sa patiente est en mesure de travailler sept heures par jour en position assise et quatre en position debout, avec un rendement de 60%. Le port de charges est quant à lui limité à 10 kg (dossier OAI, p. 208). Le chiropraticien n'a pourtant plus été consulté depuis octobre 2013.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dans ces circonstances, il ne saurait clairement être en mesure de contredire les conclusions – bien plus actuelles – du Dr E. _____.

E. 3.2.3

Sur le plan du diabète, les Drs H. _____ et I. _____, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, indiquent que cette maladie n'a qu'une incidence marginale sur la capacité de travail de leur patiente. En effet, tout au plus estiment-ils que le diabète nécessite un horaire permettant des pauses régulières – pour les mesures glycémiques, d'adapter le traitement et prendre des collations – et que la maladie peut créer des complications – pour l'heure absentes – pouvant entraîner une diminution de rendement. Mais ils précisent que la capacité de travail est surtout influencée par les "discopathies pour lesquelles elle a bénéficié de multiples interventions chirurgicales et pour lesquelles elle présente encore à ce jour des douleurs limitantes" (dossier OAI, p. 49, 299 et 325). L'incapacité de travail en lien avec le diabète doit donc s'ajouter aux limitations retenues par le Dr E. _____.

E. 3.2.4

Enfin, les autres médecins interrogés ne statuent pas sur l'existence ou l'absence d'une capacité de travail dans une activité adaptée, étant rappelé qu'il n'est pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer à temps plein son ancienne profession d'aide de cuisine et, par conséquent, de restauratrice. Ainsi, dans ses rapports médicaux le Dr J. _____, médecin praticien, attestait que sa patiente n'était plus en mesure d'exercer son ancienne activité, sans pour autant jamais évoquer quelle serait sa capacité de travail dans

une activité adaptée ni les éventuelles limitations à retenir (cf. dossier OAI, p. 30, 35, 67, 278, 282 et 284). La Dresse K. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, n'indique, pour sa part, pas l'existence d'une incapacité de travail mais uniquement que sa patiente travaille deux heures par jour "avec beaucoup de peine" et qu'elle "ne peut rester assise ni debout" (dossier OAI, p. 56).

E. 3.3

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour retient que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire diligentée auprès du Dr E. _____ et du Dr D. _____ peuvent être suivies. Le dossier étant suffisamment instruit, il n'est pas nécessaire de donner une suite favorable à la requête de mesure d'instruction complémentaire. 4. En présence d'une capacité de travail résiduelle, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la recourante sur la base d'une comparaison des revenus d'invalidité et de valide. Ces deux revenus sont déterminés au moment de la naissance du droit à la rente à la mi-décembre 2012, soit un an depuis qu'une incapacité de travail est médicalement attestée, respectivement six mois après le dépôt de la requête de prestations. 4.1. S'agissant du revenu d'invalidité, on ne saurait tenir compte, au regard du caractère apparemment peu adapté de cette activité, du gain que pourrait obtenir la recourante dans une activité dans la restauration. Cependant, la recourante doit se voir reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Sur le plan orthopédique, cette activité doit restreindre le port de charges, ne pas occasionner de positions accroupies ou à genou, préserver la colonne

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 lombaire et limiter les déplacements à des surfaces lisses et plates. En outre, à ces limitations, s'ajoute le besoin d'un horaire permettant des pauses régulières au vu du diabète de la recourante. C'est donc à juste titre que l'OAI s'est référé aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires 2010 de l'Office fédéral de la statistique (ci-après: ESS). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes de la recourante, sans perte de rendement (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). En outre, afin de tenir compte du fait que l'assurée ne possède que peu d'expérience dans d'autres domaines que celui de la restauration, il convient de prendre en compte un niveau de qualification 4 "activités simples et répétitives". En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de qualification et, en principe, le niveau 4 vise des personnes n'ayant pas de formation. Cela étant, contrairement au montant de CHF 4'112.- retenu par l'autorité intimée, le salaire mensuel brut s'élève, pour l'année 2010, à CHF 4'225.- (TA1, totaux, niveau de qualifications 4, femmes), soit CHF 50'700.- par année. Ce montant doit être porté à CHF 53'787.80, afin de tenir compte de la durée usuelle du travail de 41.7 heures et de l'évolution de l'indice des salaires nominaux (1% et 1%, cf. tableau T39). Enfin, on ne peut que confirmer la prise en compte d'un désavantage salarial de 10%. Partant, il convient de retenir le montant de CHF 48'409.05 au titre de revenu d'invalidité. 4.2. S'agissant du revenu de valide, l'OAI a pris en compte un montant de CHF 52'350.30, se référant au montant retenu dans le cadre d'une enquête économique pour les indépendants (enquête du 18 novembre 2013, dossier OAI, p. 218). Dans ses observations du 21 juillet 2017, l'OAI précise que "la formulation de la décision comporte une imprécision" et que le montant de CHF 52'350.30 correspond à la moyenne des revenus annuels obtenus par la recourante entre 2006 et 2010, basée sur les montants du compte individuel AVS. Il fait donc référence à une période durant laquelle elle était salariée. Certes, au moment de la survenance de son invalidité, l'assurée n'exerçait plus

d'activité dépendante. Cependant, l'exercice de l'activité indépendante a duré moins d'une année avant qu'elle ne soit atteinte dans sa santé. C'est ce qui a conduit l'enquêteur à se fonder sur les revenus qu'elle obtenait alors que son (futur) établissement était détenu par un tiers. Au vu des circonstances du présent cas, cette manière de procéder est ce qui se rapproche le plus de ce qu'elle aurait effectivement pu obtenir si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. En outre, ce montant est favorable à l'assurée dans la mesure où le revenu moyen de CHF 52'350.30 est supérieur au bénéfice réalisé par le restaurant en 2011, soit CHF 43'905.80. Il est également supérieur au montant de CHF 4'098.-, correspondant au revenu statistique mensuel dans la restauration en 2010 (cf. TA1, division 56, niveau de qualification 3, femme; compte tenu de l'indexation jusqu'en 2012, CHF 4'234.40 mensuel, soit CHF 50'818.90 annuel). Quoi qu'il en soit, si la recourante conteste ce montant, elle l'interprète comme la moyenne "du chiffre d'affaire du restaurant réalisé de 2006 à 2010" en se référant aux indications erronées figurant dans la décision. On l'a vu, tel n'est pas le cas. Le montant de CHF 52'350.30 correspond à la moyenne des revenus annuels obtenus par la recourante entre 2006 et 2010. Son unique critique peut dès lors être écartée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Indexé de 2008 jusqu'en 2012, cela correspond à CHF 55'123.80, montant qui peut être confirmé comme revenu de valide. 4.3. De la comparaison des revenus de valide (CHF 55'123.80) et d'invalidité (CHF 48'409.05), il apparaît que la recourante subit une perte de gain de CHF 6'714.70. Cela équivaut à un degré d'invalidité de 12.18%, soit 12%, insuffisant pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Même s'il était tenu compte, comme le requiert la recourante, d'un pourcentage plus important au titre de désavantage salarial, le degré d'invalidité demeurerait largement inférieur à 40%. 5. De l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance du même montant qui a été effectuée. Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés par l'avance de frais versée du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV.

Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 mai 2018/pte Le Président: Le Greffier-rapporteur:

E. 6

février 2017, dossier OAI, p. 27, 63 et 70; cf. ég. p.33, 37 et 45). Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. _____ sont identiques à celles retenues par le Dr E. _____. Ce n'est que sur la quantification de la capacité de travail dans une activité adaptée que les deux médecins ne s'accordent pas. Sur ce plan, l'on constate cependant que l'évaluation du Dr F. _____ – au demeurant positive après les interventions en ce qui concerne une activité adaptée – tient manifestement compte de l'incidence des troubles d'ordre psychique – que celui-ci considère comme particulièrement graves alors que l'expert interrogé les considère comme sans incidence sur la capacité de travail – et ne se réduit pas

strictement aux troubles d'ordre somatique. L'appréciation du Dr F. _____ ne remet dès lors pas en cause l'avis du Dr E. _____.

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