

BVGer C-6843/2017 vom 20. April 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6843_2017

FR: TAF C-6843/2017 du 20 avril 2021

IT: TAF C-6843/2017 del 20 aprile 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). En vertu des art. 31 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Aux termes de l'art. 40 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers - dans le cas concret, il s'agit de l'OAI Canton B._____, le recourant ayant travaillé en tant que frontalier à (...) (cf. let. A ci-dessus), dans le canton B._____. En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rendu les décisions contestées. En conséquence, le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du recours contre les décisions de l'OAIE, les exceptions de l'art. 32 LTAF n'étant du reste pas réalisées.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (RS 172.021 ; art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

Dans la mesure où le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF doc 5), le recours est recevable.

E. 2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, le cas échéant au degré de la vraisemblance

prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445). En l'occurrence, le recourant a déposé une demande de rente d'invalidité en décembre 2006, sur laquelle l'autorité inférieure a statué par décisions du 27 octobre 2017. Il s'ensuit que le droit à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 (voir notamment la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI [4e révision], entrée en vigueur le 1er janvier 2004 [RO 2003 3837, FF 2001 3045]) et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5e révision de la LAI (RO 2007 5129, FF 2005 4215), puis, dès le 1er janvier 2012, selon les dispositions de la LAI telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet [RO 2011 5659, FF 2010 1647]). S'agissant des modifications de la LAI et de son règlement d'exécution qui n'apportent pas de changements déterminants pour le cas d'espèce, le présent arrêt citera les versions de la loi et de son règlement actuellement en vigueur.

E. 3.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où celles-ci ont été rendues, soit, en l'espèce, le 27 octobre 2017. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et réf. cit.).

E. 3.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant français domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004

du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4

Par décisions du 27 octobre 2017, l'autorité inférieure a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps, pour la période du 1er janvier au 31 août 2007 et pour celle du 1er janvier 2015 au 31 janvier 2016. Pour le reste, elle a calculé que le recourant présentait, en dehors de ces périodes, un taux d'invalidité de 21%, ce qui ne lui ouvrirait pas droit à une rente d'invalidité. Le recourant conteste en l'espèce le taux de 21% retenu et requiert, à cet égard, la mise en oeuvre d'une expertise médicale.

E. 4.1

Le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus d'une année (AI doc 2 p. 1) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 [RO 1987 447]). Il reste à examiner si, et dans quelle mesure, il est invalide au sens de la LAI.

E. 4.2

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 6 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

E. 4.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins.

E. 4.4

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (RO 1987 447), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle : l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2) ; il en résulte que, dans la grande majorité des cas, la lettre b est applicable et qu'il y a donc invalidité après un délai d'attente d'une année. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 4.5

L'art. 48 al. 2 1ère phrase LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (RO 1987 447), prévoit que, si une personne assurée présente sa demande de prestations plus de douze mois après la naissance du droit, la rente d'invalidité n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

E. 4.6

Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2 1ère phrase).

E. 4.7

Selon l'art. 30 LAI, la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS ou si elle décède. Aux termes de l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), ont notamment droit à une rente de vieillesse, les hommes qui ont atteint 65 ans révolus (let. a).

E. 5.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents

que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (cf. ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (cf. arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (cf. ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et réf. cit.).

E. 5.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 5.2.1

Ainsi, 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 (arrêt du TF 9C_55/2016 cité consid. 3.2). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et réf. cit.). Il faut en outre que le médecin consulté dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

E. 5.2.2

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et réf. cit. ; arrêts du TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

E. 5.2.3

Les expertises commandées par un assureur à des spécialistes indépendant-e-s et externes à cet assureur, en application de l'art. 44 LPGA, se voient reconnaître une pleine valeur probante, à moins que des indices concrets ne mettent en doute leur fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). Le tribunal ne s'écarte ainsi pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou qu'une autre expertise infirme ses conclusions de manière convaincante ou encore que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. On ne peut exclure, dans ce cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et réf. cit. ; arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents aient été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 précité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). A noter encore que les expertises interdisciplinaires ordonnées par l'assurance-accidents peuvent être utilisées par l'assurance-invalidité s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. Alfred Maurer/Gustavo Scartazzini/Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3e éd. 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise. En outre, les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure où il existe une documentation médicale complète et ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. Le recours à une expertise initiée par l'assurance-invalidité n'est utilisé que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux existants, renseignements) ou encore en cas de controverses médicales sur un cas concret (cf. Stéphane Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, p. 142).

E. 5.2.4

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des Services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur

la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 5.3.1

Depuis 2004, la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle un trouble somatoforme douloureux - ou un autre syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - pouvait être surmonté par la personne assurée par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ainsi, en règle générale, il était considéré que ces pathologies n'entraînaient pas une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de Forster), qu'il était admis qu'elle était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_689/2014 du 19 janvier 2015 consid. 2.1 avec références aux ATF 136 V 279 consid. 3, 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 5.3.2

Le 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique (ATF 141 V 281). Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 des ATF 141 V 281). Le Tribunal fédéral a entre autres considéré que cette présomption soutient à tort la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2 de l'arrêt). Le tribunal a également relevé qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). L'ancienne pratique d'évaluation de la capacité de travail de la personne concernée selon les critères de Forster est dorénavant remplacée par une procédure d'établissement de faits structurée et normative à l'aide d'un catalogue d'indicateurs, tenant compte d'une vision d'ensemble afin de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi considéré que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1). La Haute Cour a, en outre, exposé qu'eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en considération le

fait qu'un diagnostic présuppose un degré d'une certaine gravité (consid. 4.3.1.1 de l'arrêt ; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a classé lesdits indicateurs dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

E. 5.3.3

Il appert en outre que, dans deux arrêts récents, 8C_841/2016 et 8C_130/2017, du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux doit s'appliquer dorénavant à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes. Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduite du seul diagnostic. Il convient dès lors d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs susmentionnés (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie.

E. 5.3.4

La Haute Cour a encore souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait y avoir une incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influence pas la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives, qui ne sont médicalement pas explicables, ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il fallait partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique était valide (ATF 141 V 281 consid. 3.7.2).

E. 5.3.5

Dans un arrêt 9C_899/2014 du 29 juin 2015, il a spécifié que, d'un point de vue médical, il sied de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail, tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis (consid. 3.2 de cet arrêt). Afin qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, que les

limitations fonctionnelles d'un substrat médical établi, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soient mises en évidence, d'une manière concluante et libre de contradiction, au moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 574 consid. 4.2). Le cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (arrêts du Tribunal fédéral 9C_492/2014 cité consid. 6 et 9C_899/2014 cité consid. 3.2).

E. 5.3.6

Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, la Haute Cour a relevé que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdaient pas de fait leur valeur probante. Il s'agissait d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettaient une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. Le cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 6

En l'occurrence, sur le plan médical, ont, dans un premier temps, été versés en cause notamment les documents suivants : - rapport médical LAA du 17 janvier 2004 établi par le Dr O._____, constatant une impotence de l'épaule droite avec limitation globale des amplitudes et impossibilité de toute rotation externe. Il pose le diagnostic de contusion scapulo-thoracique postérieure droite sans lésion osseuse visible. L'assuré a été incapable de travailler à 100% jusqu'au 25 juillet 2003. L'arrêt de travail a été renouvelé du 29 juillet au 23 août 2003 (AI doc 3 p. 90) ; - rapport médical du 3 août 2004 du Groupe Hospitalier P._____ constatant une fracture de la glène inférieure ventrale (AI doc 3 p. 81 ss) ; - rapport médical du 5 août 2004 du Dr E._____, médecin-traitant, selon lequel l'assuré a souffert, après l'accident, de luxations récurrentes et d'une fracture de la glène (AI doc 3 p. 80) ; - rapport du 13 septembre 2004 du Dr C._____, chirurgien orthopédiste, selon lequel l'assuré présente une instabilité ventrale inférieure de l'épaule droite avec une limitation douloureuse du mouvement et une atrophie musculaire croissante (AI doc 3 p. 73) ; - rapport du 1er février 2005 du département de chirurgie orthopédique et traumatologique des Hôpitaux Universitaires D._____, selon lequel l'assuré présente une instabilité ventrale post-traumatique de l'épaule droite avec un syndrome neuroalgodystrophique, pour lequel une intervention chirurgicale n'a pas été jugée possible (AI doc 3 p. 63) ; - rapport médical du 30 mai 2005 du Dr E._____, selon lequel l'assuré souffre de luxations récurrentes de l'épaule droite et d'un syndrome neuroalgodystrophique. Il présente des douleurs avec limitation fonctionnelle de l'épaule. Une reprise de travail n'est pas encore prévue (AI doc 3 p. 59) ; - rapport d'hospitalisation du 27 septembre 2005 du Dr Q._____ des Hôpitaux universitaires D._____ indiquant que l'assuré a été opéré le 23 août 2005 d'une butée osseuse pré-glénoïdienne en raison d'une instabilité antérieure chronique invalidante de l'épaule droite avec fracture de la glène. L'assuré a développé en post-opératoire une capsulite rétractile (AI doc 3 p. 54 et 36, doc 9 p. 8) ; - rapport médical du 5 janvier 2006 du Dr E._____, selon lequel une rééducation est en cours ; il existe, jusqu'à nouvel ordre, une incapacité de travail totale (AI doc 3 p. 31) ; - rapport du 24 janvier 2006 du Dr R._____, médecin auprès de la SUVA, constatant qu'il peut raisonnablement être attendu de l'assuré qu'il effectue des activités légères et pour lesquelles son bras droit est maintenu en dessous de l'horizontale. Le bras droit est clairement limité dans sa capacité d'utilisation, les activités difficiles et modérément difficiles, même avec le bras droit en dessous de l'horizontale, ne sont actuellement pas exigibles (AI doc 3 p. 24 ss)

; - rapport du 28 février 2006 du Dr S._____, neurologue, selon lequel l'assuré souffre de douleurs persistantes à l'épaule droite ainsi que d'une faiblesse fonctionnelle sensorimotrice du bras. La paralysie sensorimotrice du bras droit s'inscrit dans le contexte de la problématique de la douleur. Aucune lésion du plexus ne peut être objectivée (AI doc 3 p. 19) ; - rapport opératoire du 19 janvier 2007 du Dr F._____, selon lequel l'assuré a été opéré en raison d'un syndrome douloureux exquis de l'épaule dans les suites d'une mise en place d'une butée pour une instabilité antérieure chronique récidivante de l'épaule. Une arthroscopie a été réalisée avec un débridement articulaire pour permettre d'améliorer ses rotations, limitées par une capsulite post-opératoire (AI doc 9 p. 7) ; - rapport médical du 25 janvier 2007 du Prof. G._____, selon lequel l'assuré a souffert, après l'arthrolyse de l'épaule, d'une infection accompagnée de fortes douleurs. Une arthroscopie avec lavage d'épaule a été réalisée ce jour (AI doc 9 p. 6) ; - rapport d'hospitalisation du 31 janvier 2007 du Prof. T._____ des Hôpitaux universitaires D._____, selon lequel l'assuré a été opéré le 19 janvier 2007 en raison de douleurs sourdes et persistantes depuis l'opération de 2005. Il a ainsi subi une ablation des deux vis de butée et une arthrolyse de l'épaule. Les douleurs de l'épaule ont pratiquement disparu en post-opératoire (AI doc 7 p. 14 ss) ; - rapport du 25 mai 2007 du Dr R._____, SUVA, qui note une détérioration de la situation par rapport à l'examen médical du 24 janvier 2006. Aucune activité quelconque en lien avec son bras droit ne peut plus être raisonnablement exigée de l'assuré. Seules de petites activités administratives ainsi que des emplois auxiliaires à temps plein sont exigibles (AI doc 13 p. 4 ss) ; - rapport médical du 8 novembre 2007 du Dr U._____, psychiatre, selon lequel l'assuré suit un traitement psychiatrique en raison d'une dépression réactive ; - certificat médical du Dr E._____ du 1er décembre 2009 prononçant l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 31 décembre 2009 en raison d'une rechute (AI doc 33.6 p. 2) ; - certificat médical du Dr E._____ du 1er janvier 2010 prolongeant l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 1er juin 2010 (AI doc 33.6 p. 3) ; - rapport médical du Dr E._____ du 28 juin 2010 constatant une limitation fonctionnelle persistante et douloureuse de l'épaule droite de l'assuré ; une date de reprise du travail est pour l'heure indéterminée ; la conduite de poids lourds est actuellement contre-indiquée (AI doc 34.5 p. 1) ; - rapport d'expertise interdisciplinaire du 8 juillet 2010 du ZMB (Zentrum für Medizinische Begutachtung) réalisé à la demande de la SUVA. Les experts ont notamment diagnostiqué un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite avec un trouble fonctionnel important à l'étiologie peu claire (facteurs somatiques et psychiques). En ce qui concerne la capacité de travail, les experts ont estimé que l'assuré ne pouvait plus être employé dans sa précédente activité de chauffeur de camions/opérateur de machines. Il pouvait en revanche raisonnablement être exigé de lui qu'il exerce une activité physiquement légère adaptée et qu'il fasse un effort de volonté pour surmonter sa douleur (AI doc 36.2) ; - rapport médical du 3 février 2011 du Dr V._____, selon lequel l'assuré rapporte des douleurs considérables tant le jour que la nuit. Il ne peut pas utiliser son bras droit dans la vie de tous les jours, seules des activités légères devant le corps sont encore possibles (AI doc 40.6 p. 1) ; - rapport médical du 15 juin 2011 du Dr V._____ indiquant que l'amplitude de mouvement de l'épaule droite de l'assuré demeure inchangée. La fonction des doigts est limitée en raison de la douleur mais, avec une mobilisation passive, l'extension complète des 4 faisceaux peut être obtenue (AI doc 41 p. 2) ; - rapport médical du 26 novembre 2013 du Dr W._____, médecin auprès de la SUVA, indiquant que l'assuré a développé, à titre post-opératoire, une symptomatologie de douleur chronique à l'épaule droite. L'assuré a en outre subi une opération le 6 novembre 2013 en raison d'une hernie hiatale avec oesophagite par reflux, laquelle n'est pas

consécutives à l'accident. Les plaintes psychologiques de l'assuré ne sont pas non plus liées à l'accident (AI doc 56 p. 2 ss) ; - rapport de sortie de la Clinique de réhabilitation H. _____ du 12 février 2014, dans laquelle l'assuré a séjourné du 20 janvier au 12 février 2014. Il y est relevé que, moyennant un bon effort, de meilleures performances, que celles démontrées dans les tests et dans le programme de traitement, peuvent être obtenues. L'étendue des limitations physiques démontrées ne peut s'expliquer qu'en partie par les résultats pathologiques objectivables de l'examen clinique et de la clarification par imagerie et par les diagnostics. En ce qui concerne la capacité à travailler, l'activité de chauffeur de camions n'est pas exigible. Un travail léger à plein temps est exigible avec des restrictions spéciales : pas d'activités au-dessus de la tête, pas d'utilisation de machines génératrices de vibrations, pas de travaux à des endroits exposés aux chutes, tels que des échelles hautes ou des échafaudages non sécurisés ou un toit (en raison de la fonction limitée à se retenir) (AI doc 59) ; - rapport du 8 juillet 2014 du Dr I. _____, SMR, dans lequel il note deux diagnostics étrangers à l'accident. Tout d'abord, une hernie hiatale, opérée avec succès en novembre 2013 et qui n'a donc eu aucune influence sur la capacité de travail. Puis, sur le plan psychique, un trouble douloureux chronique avec des facteurs somatiques et psychiques. Les plaintes actuelles dans la région de l'épaule et du bras droits ne peuvent pas être expliquées par les conclusions cliniques et radiologiques d'un point de vue somatique. Par conséquent, ces plaintes sont à considérer comme des symptômes sans base organique détectable, qui n'ont en l'espèce aucune influence sur la capacité de travail de l'assuré (AI doc 68) ; - prise de position du 17 novembre 2014 du Dr I. _____, SMR, selon laquelle l'assuré a, depuis 2006 déjà, une capacité de travail à plein temps avec des limitations qualitatives, en ce sens qu'il ne peut utiliser sa main droite et son bras droit que jusqu'à l'horizontale (AI doc 74) ; - prise de position du 12 janvier 2015 du Dr I. _____, SMR, selon laquelle l'opération du 6 novembre 2013 de l'hernie hiatale a entraîné une incapacité de travail d'environ 8 semaines pour une activité physique légère et de 12 semaines au maximum pour une activité plus intense (AI doc 78) ;

E. 6.1

A la suite du premier projet de décision du 12 mars 2015, ont été versés en cause les nouveaux rapports suivants : - rapport opératoire du 2 mai 2015 de l'Hôpital cantonal B. _____ relatif à une arthroscopie diagnostique de l'épaule droite et une biopsie subies par l'assuré le 30 janvier 2015 (AI doc 93 p. 3 ss) ; - rapport opératoire du 23 juin 2015 de l'Hôpital cantonal B. _____ relatif à la pose d'une endoprothèse totale d'épaule le 19 juin 2015 (AI doc 115 p. 2 ss) ; - rapport de sortie du 30 juin 2015 de l'Hôpital cantonal B. _____ indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 26 juin au 10 juillet 2015 en raison d'une infection post-opératoire (AI doc 115 p. 4 ss) ; - rapport de sortie du 7 août 2015 de l'Hôpital cantonal B. _____ relatif à la pose d'un cathéter à l'épaule droite le 3 août 2015 (AI doc 104 p. 2 ss) ; - rapport médical du 19 octobre 2015 du Dr X. _____, neurologue, selon lequel les résultats neuro-myographiques n'indiquent pas de lésion primaire grave des nerfs ou des muscles comme cause des restrictions de mouvements et de force alléguées par l'assuré. Le syndrome de douleur chronique ne peut pas être expliqué neurologiquement. Les examens ont révélé la présence d'une composante psychosomatique et psychosociale. En plus du suivi orthopédique, une prise en charge dans un centre anti-douleur est recommandée. Malgré une coopération du patient très limitée, des potentiels d'action musculaire isolés ont pu être enregistrés dans les muscles examinés, lesquels étaient tous normaux pour les myotomes C5 - C8 droits. Seul le muscle trapèze droit présentait une légère augmentation des potentiels polyphasiques et parfois aussi des potentiels étendus,

compatibles avec un léger processus de dénervation chronique éventuel. Ceci étant, il est également recommandé de pratiquer une IRM unique de la colonne cervicale pour exclure une sténose de la colonne cervicale (AI doc 114 p. 2 ss) ; - rapport du 12 novembre 2015 du Dr Y. _____, rhumatologue, médecin-chef auprès de la Clinique pour la thérapie de la douleur à l'Hôpital cantonal B. _____, relevant que les douleurs de l'assuré l'ont conduit à une limitation majeure dans sa vie quotidienne et à une forte dégradation de la qualité de son sommeil. L'atrophie du trapèze pourrait être l'indication d'un problème de la colonne cervicale, bien qu'aucune autre indication n'ait été trouvée à l'examen clinique. Le plus frappant, cependant, est le fait que la mobilité active des muscles de l'épaule et du bras est massivement limitée, bien que les résultats de l'examen par électromyographie ne fournissent aucune explication à ce sujet. Le test de dépistage montre des signes de trouble dépressif, bien que le patient nie toute détresse psychosociale aiguë (AI doc 123.5 p. 2) ; - certificat médical du 18 octobre 2016 du Dr J. _____, selon lequel l'assuré présente une épaule droite raide et douloureuse due à de multiples chirurgies, dont une prothèse totale d'épaule en dernier lieu. Les douleurs sont handicapantes, nécessitant des antalgiques de classe 3. L'assuré a pris conscience que son état douloureux était chronique et définitif mais l'intensité des douleurs est tout de même atténuée par une prise en charge rééducative régulière. Cette rééducation permet également de retrouver un peu de fonction à ce membre supérieur, pour lui rendre plus d'autonomie. Une prise en charge au long cours est donc nécessaire (AI doc 137 p. 2) ; - rapport médical du 28 juillet 2016 du Dr Z. _____, médecin auprès de la SUVA, indiquant que l'assuré ne peut effectuer que des travaux légers sur le bras droit et en dessous de la hauteur de la poitrine. Un travail répétitif pendant toute une journée n'est pas non plus possible, de même que de nombreuses activités de motricité fine ou seulement dans une mesure limitée (AI doc 128) ; - prise de position du 4 août 2016 du Dr I. _____, SMR, selon laquelle, depuis le projet de décision du 12 mars 2015, une endoprothèse totale a été implantée dans l'épaule droite de l'assuré. Cette opération a occasionné une nouvelle incapacité totale de travail pendant plusieurs mois. Une amélioration de la fonction de l'articulation de l'épaule ou du moins une réduction subjective de la douleur ne s'est toutefois pas fait ressentir (AI doc 130) ; - rapport médical du 23 novembre 2016 du Dr E. _____ posant le diagnostic, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de séquelles d'instabilité persistante de l'épaule droite poly-opérée dont la mise en place d'une endoprothèse en 2015. Actuellement : douleurs constantes majorées à la mobilisation. Arrêt de travail total depuis 2005. Restrictions physiques : réduction de la mobilité de l'épaule droite. Inaptitude au travail de chauffeur poids lourds. Mobilisation de l'épaule droite réduite en lien avec les différentes interventions chirurgicales et infections. Port de charges lourdes et tractions formellement contre-indiqués. Pas de contre-indication à la station debout. Pas de limitation à la marche. Fatigabilité de l'intéressé suite aux douleurs perturbant le sommeil. Toutes les possibilités thérapeutiques ont été envisagées à ce jour. Rééducation de mobilisation et d'entretien de l'épaule en cours (AI doc 147 p. 1 ss) ; - prise de position du 24 janvier 2017 du Dr I. _____, SMR, selon laquelle les documents médicaux produits par le recourant ne présentent aucun aspect nouveau bien que le médecin-traitant certifie que l'assuré a une incapacité de travail totale et permanente dans son activité habituelle, ce qui est conforme à l'évaluation faite par la SUVA. Il ne se prononce toutefois pas sur sa capacité à travailler dans une activité adaptée. Par conséquent, l'évaluation du Dr Z. _____ du 28 juillet 2016 ainsi que la prise de position du SMR du 4 août 2016 sont toujours valables. Ainsi, aucun changement concernant la capacité à travailler n'a été enregistré depuis le projet de décision du 12 mars 2015. Il convient

toutefois de noter que, pendant l'hospitalisation et la convalescence respective après les opérations (environ 4 semaines), il y a eu une incapacité totale de travail, y compris pour une activité adaptée (AI doc 150) ; - prise de position du 8 mars 2017 du Dr Aa._____, SMR, qui conclut, sur la base des rapports médicaux au dossier, que les données médicales clés n'indiquent aucune restriction fonctionnelle qualitative ou quantitative selon des critères fonctionnels-ergonomiques qui pourraient justifier une limitation significative et permanente de la capacité de l'assuré à travailler dans une activité physiquement adaptée. Cette évaluation est également étayée par les données clés concernant les activités encore possibles pour celui-ci, telles qu'elles ressortent du rapport du 12 novembre 2015 du Dr Y._____, à savoir conduire et nager. Aucune restriction significative et permanente ne peut en outre résulter du test de dépistage montrant des signes de trouble dépressif, à défaut d'analyses plus approfondies (AI doc 155) ; - prise de position du 20 mars 2017 du Dr Aa._____, SMR, selon laquelle, d'un point de vue orthopédique, l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle est de 100% depuis le 23 août 2005 au plus tard (première opération à l'épaule droite). Dans une activité adaptée, elle est de (AI doc 157) : 0% dès le 3 juillet 2003 (contusion à l'épaule droite, apparemment toujours en fonction, développement secondaire d'une instabilité de l'épaule droite) ; 100% d'incapacité de travail à partir du 23 août 2005 (stabilisation chirurgicale de l'épaule, traitement de suivi post-opératoire en raison de constatations incohérentes [neurologiques]) jusqu'au 24 janvier 2006 (plaintes neurologiques atypiques... CTS droite (bon pronostic) raideur secondaire de l'épaule) ; 0% d'incapacité de travail du 25 janvier 2006 au 17 janvier 2007 ; 100% d'incapacité de travail du 18 janvier 2007 (hospitalisation, retrait de métal le 19 janvier 2007, évolution compliquée (infection), réopération le 25 janvier 2007, rapport du Prof. G._____ du 29 mars 2007 : capsulite réactive) jusqu'au 24 mai 2007 ; 0% d'incapacité de travail à partir du 25 juillet 2007 (SUVA : 100% de capacité à travailler dans une activité adaptée. Expertise interdisciplinaire du ZMB : bras droit utilisable dans la vie quotidienne - hernie hiatale, oesophagite, partie psychosomatique plainte) jusqu'au 19 janvier 2014 ; 100% d'incapacité de travail du 20 janvier 2014 au 12 février 2014 (Clinique de réhabilitation H._____) ; 0% d'incapacité de travail du 13 février 2014 au 28 janvier 2015 ; 100% d'incapacité de travail du 29 janvier 2015 (arthroscopie de l'épaule droite le 30 janvier 2015, suivie de la pose d'une prothèse d'épaule le 19 juin 2015) jusqu'au 7 octobre 2015 ; 0% d'incapacité de travail depuis le 8 octobre 2015 (date du rapport médical du Dr X._____, médecin-chef en neurologie auprès de l'Hôpital cantonal Bb._____, 19 octobre 2015 : trouble du mouvement multifactoriel, le syndrome de douleur chronique ne peut finalement pas être expliqué neurologiquement (composante psychosomatique-psychosociale), en raison d'un syndrome de douleur subjectivement dominant, résistant à toute tentative de thérapie mais sans troubles trophiques (cf. rapport médical de la clinique pour la thérapie de la douleur Dr Y._____, 2 février 2015), autres incohérences dans les conclusions également dans le rapport de la SUVA Dr Z._____ du 28 juillet 2016 (confirmation de la capacité de travail illimitée dans l'activité adaptée) ;

E. 6.2

A la suite du nouveau projet de décision du 6 juillet 2017, ont été versés en cause les rapports suivants : - rapport médical du 21 septembre 2017 de la Dresse K._____, rhumatologue, selon lequel l'assuré présente des douleurs cervicales, avec irradiations au niveau du bras droit. Il souffre toujours de son épaule droite malgré une prise en charge antalgique et kinésithérapique, avec également des cervicalgies et des douleurs cervicales et para-vertébrales droites. Actuellement, à l'examen clinique, il existe des douleurs associées

à une raideur importante au niveau de son épaule droite ainsi que des douleurs avec limitation à la mobilisation du rachis cervical. Il n'existe pas de signe déficitaire au niveau des deux membres supérieurs. La symptomatologie douloureuse actuelle est certainement en partie liée à la pathologie de l'épaule droite et aux séquelles post-traumatiques malgré les différentes interventions chirurgicales (AI doc 163 p. 4) ; - certificat médical du 26 septembre 2017 du Dr L._____, psychiatre, selon lequel l'assuré est suivi pour la prise en charge d'une pathologie psychique sévère. Celui-ci nécessite un suivi régulier et un traitement psychotrope. Son état clinique actuel ne lui permet pas la reprise d'une activité professionnelle (AI doc 163 p. 3) ; - prise de position du 3 octobre 2017 du Dr Aa._____, SMR, selon lequel le traitement psychiatrique que suivrait l'assuré depuis peu ne laisse pas à penser à une détérioration inédite du point de vue de la médecine des assurances ; l'on peut en outre supposer que la pathologie est traitable. Il en va de même du rapport d'examen rhumatologique, lequel se limite à une évaluation plutôt descriptive des plaintes subjectives sans les traduire par des constatations et des résultats d'examen objectifs ni même justifier médicalement ces postulats. Aussi, le médecin du SMR conclut que l'on ne peut poser aucun diagnostic comportant des limitations fonctionnelles qualitatives et/ou quantitatives concrètes, qui prouveraient une détérioration importante pouvant conduire à une évaluation différente du SMR (AI doc 166) ;

E. 6.3

Dans le cadre de la procédure de recours devant le tribunal de céans, le recourant a produit, dans un premier temps, les nouveaux documents suivants : - rapport d'examen scanographique du rachis cervical du 16 octobre 2017 du Dr Cc._____ concluant à des cervicarthroses avec discopathies dégénératives prédominant au niveau de la partie moyenne et de la base du rachis notamment en C4-CS, CS-C6, C6-C7 (TAF doc 1, annexes) ; - certificat médical de la Dresse K._____, rhumatologue, du 26 octobre 2017 constatant une douleur, raideur résiduelle après la mise en place d'une prothèse de l'épaule pour fracture et prescrivant des séances de rééducation de l'épaule droite et du rachis cervical (TAF doc 1, annexe) ; - certificat médical du 18 novembre 2017 du Dr E._____, attestant que l'assuré reste à ce jour handicapé par son épaule droite, avec des limitations fonctionnelles surtout à l'effort et un syndrome algique nécessitant la prise d'antalgiques. Une reprise du travail paraît inenvisageable (TAF doc 1, annexe) ;

E. 6.4

Au cours de la procédure, le recourant a encore produit les documents médicaux ci-après : - un rapport médical du 30 décembre 2019 (TAF doc 13, annexe), un rapport opératoire du 15 mars 2020 (TAF doc 17, annexe), un rapport de sortie de la clinique orthopédique de l'Hôpital cantonal B._____ du 19 mars 2020 (TAF doc 14, annexe), un rapport médical du 14 mai 2020 (TAF doc 17, annexe), un rapport opératoire du 28 mai 2020 (TAF doc 19, annexe), un rapport de sortie du 3 juin 2020 de la clinique orthopédique de l'Hôpital cantonal B._____ (TAF doc 17, annexe), un rapport médical du 11 août 2020 (TAF doc 19, annexe), un rapport de consultation du 21 août 2020, des rapports opératoires des 2 octobre et 3 novembre 2020, des rapports de sortie de la clinique orthopédique de l'Hôpital cantonal B._____ des 22 octobre et 2 novembre 2020 (TAF doc 22, annexes) et un rapport médical du 22 janvier 2021 (TAF doc 24, annexe) ;

E. 6.5

Enfin, l'autorité inférieure a produit devant le tribunal : - la prise de position du 30 juin 2020 du Dr Aa._____, SMR, selon laquelle il estime que l'assuré disposait d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée jusqu'à la mi-2019 environ et que l'on peut ensuite supposer une détérioration progressive, dont l'évolution exacte n'est pas documentée mais qui est évidente en raison de l'intervention d'octobre 2019. Sur la base de la situation actuelle du dossier, l'évaluation précédente du SMR est modifiée comme suit : Depuis la réopération de l'épaule droite du 18 octobre 2019, l'assuré ne dispose plus de la capacité de travail résiduelle exigible jusque-là (incapacité de travail de 100%) car le déroulement postopératoire du traitement est instable et la thérapie n'est pas encore terminée. L'assuré est donc libre de déposer une nouvelle demande de rente d'invalidité (TAF doc 17, annexe).

E. 6.6

S'agissant des rapports médicaux produits par le recourant qui sont postérieurs aux décisions entreprises, il y a lieu de rappeler que le pouvoir d'examen du tribunal est limité aux faits survenus jusqu'au moment où celles-ci ont été rendues, de sorte qu'il ne tiendra pas compte desdits rapports dans le cadre de la présente procédure de recours. De plus, il convient encore de relever, s'agissant des rapports datés de 2020 et 2021, que ceux-ci ne sont en outre pas pertinents dans la mesure où le recourant a atteint l'âge légal de la retraite le 2 décembre 2019 et ne peut, dans tous les cas, plus prétendre à une rente d'invalidité depuis cette date (cf. consid. 4.7 ci-dessus).

E. 6.7

En résumé, il ressort des documents médicaux ci-dessus que le recourant - droitier - a été victime d'un accident du travail le 3 juillet 2003 qui lui a occasionné une contusion à l'épaule droite et, partant, une limitation globale de l'amplitude des mouvements de celle-là. Il a repris son activité de conducteur de camions le 24 août 2003 malgré des douleurs persistantes mais en effectuant néanmoins des tâches physiquement plus légères. Il a également souffert de luxations récurrentes très douloureuses de l'articulation de l'épaule droite. Le 3 août 2004, une arthro-CT a été réalisée et une fracture ventrale inférieure de la glène a été diagnostiquée. Il a été opéré une première fois le 23 août 2005 en raison d'une instabilité antérieure chronique invalidante de l'épaule droite et n'a, depuis cette date, plus travaillé. Ses douleurs n'ont pas diminué après l'opération et il a suivi de nombreuses séances de physiothérapie. Une arthroscopie a été réalisée le 19 janvier 2007 avec un débridement articulaire dans le but de soulager ses douleurs et d'améliorer les rotations de son épaule, limitées par une capsulite consécutive à l'intervention d'août 2005. Il a été réopéré le 25 janvier 2007 en raison de son infection à l'articulation de l'épaule droite. Après cette opération, les douleurs ont persisté. Après un examen par le médecin régional de la SUVA le 25 mai 2007, il a été retenu qu'il ne pouvait plus être exigé du recourant des activités impliquant son bras droit. Un examen effectué en juillet 2007 a permis de diagnostiquer un CRPS de type I. Pendant plusieurs semaines en 2007, le recourant a également suivi un traitement psychiatrique pour une dépression réactive post-opératoire. En 2011, la douleur et l'amplitude de mouvements de son épaule droite demeuraient toujours inchangées depuis l'accident. Le 6 novembre 2013, le recourant a été opéré d'une hernie hiatale, sans lien avec l'accident. Il a encore séjourné dans une clinique de réhabilitation H._____ du 20 janvier au 12 février 2014. Le 30 janvier 2015, il a subi une arthroscopie diagnostique de l'épaule. Le 19 juin 2015, une endoprothèse totale de l'épaule droite lui a été posée, laquelle a été suivie d'une infection post-opératoire. Dite intervention n'a toutefois pas permis d'améliorer la fonction de l'articulation de l'épaule ni de réduire

subjectivement la douleur. En 2017, le recourant restait toujours handicapé par son épaule droite, avec des limitations fonctionnelles surtout à l'effort et un syndrome algique nécessitant la prise d'antalgiques. A cette époque, il était également suivi en raison d'une pathologie psychique sévère, empêchant la reprise de toute activité professionnelle.

E. 7

S'agissant de sa capacité de travail à proprement parler, il ressort des documents médicaux précités que le recourant a une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis sa première opération de l'épaule droite le 23 août 2005 (AI doc 157 cité sous consid. 6.1 ci-dessus), ce qui n'est pas contesté. Sur la base des pièces versées à la cause, l'autorité inférieure a en revanche retenu que - à l'exception des périodes durant lesquelles il a été hospitalisé, respectivement a fait l'objet de mesures de réadaptation - le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle à plein temps dans une activité adaptée à compter de janvier 2006. Il s'agit donc d'examiner ci-après si l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail ont été établis selon le degré de vraisemblance prépondérante nécessaire (cf. consid. 2 ci-dessus).

E. 7.1

Il ressort ainsi du dossier qu'en janvier 2006, le Dr R._____, médecin auprès de la SUVA, a indiqué que le bras droit du recourant était clairement limité dans sa capacité d'utilisation. Des activités difficiles et moyennement difficiles n'étaient pas exigibles. En revanche, il estimait qu'il pouvait raisonnablement être attendu du recourant qu'il effectue des activités légères et pour lesquelles son bras droit était maintenu en dessous de l'horizontale. En mai 2007, ce même médecin notait une détérioration de la situation par rapport à l'examen médical de janvier 2006. Aucune activité quelconque en lien avec son bras droit ne pouvait plus être raisonnablement exigée du recourant. Seules de petites activités administratives ou de contrôle ainsi que des emplois auxiliaires à plein temps étaient exigibles. En 2011, le Dr V._____ indiquait également que l'assuré ne pouvait pas utiliser son bras droit dans la vie de tous les jours, seules des activités légères devant le corps étaient encore possibles. La fonction des doigts était en outre limitée en raison de la douleur. Le rapport de sortie de la Clinique de réhabilitation H._____ de février 2014 mentionnait également qu'un travail léger à plein temps était exigible, avec les restrictions suivantes : pas d'activités au-dessus de la tête, pas d'utilisation de machines génératrices de vibrations, pas de travaux dans des endroits exposés aux chutes, tels que des échelles ou des échafaudages non sécurisés ou un toit (en raison de la difficulté du recourant à se retenir). Dit rapport relevait toutefois que l'étendue des limitations physiques présentées par le recourant ne pouvait qu'en partie s'expliquer par les résultats pathologiques objectivables de l'examen clinique, de la clarification par imagerie et des diagnostics. Le Dr X._____, neurologue, indiquait également, dans un rapport daté d'octobre 2015, que le syndrome de douleur chronique présent chez le recourant ne pouvait pas s'expliquer d'un point de vue neurologique, les examens ayant révélé la présence d'une composante psychosomatique et psychosociale. Dans son rapport de novembre 2015, le Dr Y._____, rhumatologue, notait également que les douleurs à l'épaule avaient augmenté au fil des années malgré plusieurs opérations, ce qui avait conduit à une limitation majeure du recourant dans sa vie quotidienne. Les résultats de l'examen par électromyographie ne fournissaient cependant aucune explication à ce sujet. Une douleur neuropathique directement liée à la cicatrice chirurgicale pouvait néanmoins être objectivée. A l'instar des précédents rapports médicaux, le Dr Y._____ indiquait également que les mouvements au-dessus du niveau des épaules n'étaient plus

possibles, manger et conduire n'était possible qu'avec des restrictions. Même une charge de poids minime sur le bras occasionnait des douleurs. Le recourant ne pouvait même plus tendre la main complètement. En juillet 2016, le Dr Z._____, médecin auprès de la SUVA, rapportait également que le recourant ne pouvait effectuer que des travaux légers sur le bras droit et en dessous de la hauteur de la poitrine. Un travail répétitif sur toute une journée n'était pas davantage possible, de même que de nombreuses activités de motricité fine ou seulement dans une mesure limitée. De même, le Dr E._____, médecin-traitant, indiquait, à la même époque, que l'assuré présentait les restrictions physiques suivantes : réduction de la mobilité de l'épaule droite, port de charges lourdes et tractions formellement contre-indiqués, pas de contre-indications en revanche à la station debout ni de limitation à la marche, fatigabilité en raison des douleurs perturbant le sommeil. Dans sa prise de position de mars 2017, le SMR concluait ainsi que les données médicales clés n'indiquaient aucune restriction fonctionnelle qualitative ou quantitative selon des critères fonctionnels-ergonomiques qui pourraient justifier une limitation significative et permanente de la capacité à travailler dans une activité physiquement adaptée. Quant à la pathologie psychique sévère dont a été informé l'OAI Canton B._____ par courrier du 26 septembre 2017, le SMR a notamment indiqué, dans sa prise de position d'octobre 2017, que le traitement psychiatrique aurait débuté récemment, ce qui ne prouve ni même ne laisse à penser à une détérioration inédite du point de vue de la médecine des assurances. Le recourant a enfin produit dans son recours de nouveaux documents médicaux, exposant qu'il souffrait de diverses pathologies, telles qu'une capsulite et une algodystrophie de l'épaule droite, l'empêchant de reprendre le travail.

E. 7.1.1

Ces rapports, émanant tous de médecins, se fondent sur une anamnèse et un examen clinique du recourant. Les analyses médicales qui y sont décrites sont claires et détaillées. De même, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions qui en sont tirées sont compréhensibles, cohérentes et motivées. Enfin, ils contiennent des évaluations médicales spécialisées portant sur les activités professionnelles encore raisonnablement exigibles de la part du recourant. Dits rapports médicaux revêtent donc pleine valeur probante, le recourant ne faisant par ailleurs valoir aucun grief à leur encontre. S'agissant en particulier des rapports médicaux émanant de l'assureur-accident, il y a lieu de relever, à l'instar de l'autorité inférieure, que les médecins qui ont exprimé un avis sur la capacité de travail du recourant n'ont pas expressément limité leurs évaluations à l'invalidité causée par l'accident, si bien qu'ils permettent une évaluation globale de la capacité de travail résiduelle et, partant, revêtent pleine valeur probante dans la procédure d'assurance-invalidité (arrêt du TF 8C 691/2008 du 1er octobre 2008 consid. 3.2).

E. 7.1.2

Ces rapports, sur lesquels se fondent les décisions déferées, sont en outre unanimes s'agissant des limitations fonctionnelles présentées par le recourant et la capacité résiduelle de celui-ci à travailler dans une activité physiquement adaptée. Ils relèvent également une composante psychologique dans le contexte des douleurs, respectivement des limitations physiques, dont souffre le recourant. A noter que les certificats médicaux du Dr E._____, médecin-traitant, attestant d'une incapacité de travail totale du recourant depuis son accident, ne contiennent aucune détermination quant à la capacité résiduelle de celui-ci à exercer une activité adaptée, comme l'a également relevé le Dr I._____, SMR, dans sa prise de position du 24 janvier 2017. Le généraliste se borne en effet à certifier que le

recourant présente des limitations fonctionnelles à l'épaule droite et qu'une reprise de son travail paraît inenvisageable, ce qui n'a jamais été contesté. S'agissant du certificat médical du Dr L._____, psychiatre, daté du 26 septembre 2017, indiquant que le recourant est suivi en raison d'une « pathologie psychique sévère » et que son état clinique ne lui permet pas la reprise d'une activité professionnelle, il convient de rappeler qu'une aggravation de la capacité de gain n'a d'effet sur le droit aux prestations que si elle a duré au moins trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI cité sous consid. 4.6 ci-dessus). En l'espèce, aucune information ne ressort dudit rapport quant au début du traitement psychiatrique. Le rapport étant daté de fin septembre 2017, rien ne laisse à penser qu'au moment où les décisions contestées ont été rendues le 27 octobre 2017, la détérioration de l'état de santé du recourant avait duré plus de trois mois. En outre, dit certificat n'est pas suffisamment détaillé pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il ne pose en particulier aucun diagnostic concret selon la classification CIM-10. Quant aux nouveaux documents médicaux produits par le recourant dans son recours tendant à prouver qu'il est dans l'incapacité de reprendre le travail, il y a lieu de relever ce qui suit : s'agissant tout d'abord du rapport d'examen scanographique du rachis cervical concluant à des cervicarthroses avec discopathies dégénératives, il ressort de la jurisprudence que les constats (pathologiques) prouvés par imagerie médicale ne permettent pas à eux seuls d'établir une incapacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.1 ss et réf. cit. ; arrêts du TF 9C_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2 et 9C_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4). Il en va de même du certificat de la Dresse K._____ constatant une raideur résiduelle après la mise en place de la prothèse d'épaule et prescrivant des séances de rééducation de l'épaule droite et du rachis cervicale. Dits documents ne sont pas suffisamment détaillés pour se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5.2.1)

E. 7.2

Outre les rapports médicaux précités, une expertise interdisciplinaire (médecine interne, orthopédie, neurologie et psychiatrie) a également été réalisée à la demande de la SUVA.

E. 7.2.1.1

Selon le rapport d'expertise, daté du 8 juillet 2010, sur le plan de la médecine interne, aucun dommage aux organes n'a été identifié et, partant, aucune limitation de la capacité de travail n'a été retenue. D'un point de vue orthopédique, un syndrome douloureux dans la région de l'articulation de l'épaule droite a été diagnostiqué. Il est relevé que, lors de l'examen somatique, l'assuré a montré un tableau clinique frappant avec une douleur prononcée à l'épaule droite et, par conséquent, une mobilité extrêmement limitée. Or, objectivement - et contrairement à ce qu'indiquent les symptômes de douleur, avec les restrictions qui l'accompagnent - il y a seulement une légère atrophie des muscles trapèzes et déltoides par rapport au membre gauche. Hormis un léger aplatissement de la tubérosité supérieure, les résultats radiologiques conventionnels n'ont rien montré, en particulier s'agissant des contours de la cavité glénoïde. L'IRM a montré des signes de préarthrose avec un amincissement de la couverture cartilagineuse. Les radiologies ont mis en évidence une déminéralisation osseuse inégale de l'articulation de l'épaule droite. Sous l'angle orthopédique, l'assuré ne dispose ainsi plus de capacité de travail dans l'activité habituelle. Toutes les activités physiquement légères ou activités de contrôle/surveillance sont en revanche exigibles. Sur le plan neurologique, l'expert ne rapporte aucune preuve clinique d'une algodystrophie. Sur le bras droit, la force est réduite de manière diffuse. L'on peut supposer une paralysie sensorimotrice du bras droit. Il n'y a pas de preuve de lésion du

plexus. L'assuré présente un trouble de la sensibilité dans la région de la main radiale ainsi qu'une hypersensibilité dans la région ventrale de l'épaule au-dessus de la cicatrice et une hypoesthésie et hyperalgie dans le bras supérieur, ventralement et latéralement. Une douleur neuropathique au sens étroit du terme n'est pas non plus à envisager en l'absence d'une implication nerveuse, même si la description de la douleur de l'assuré présente des caractéristiques neuropathiques. En résumé, d'un point de vue somatique, le syndrome de douleur prononcée dans la région de l'épaule et du bras droits, l'ampleur de la restriction de mouvements et l'étendue du handicap dans la vie quotidienne ne peuvent être expliqués par les constatations cliniques et radiologiques. Il n'y a aucune constatation pathologique qui puisse justifier les plaintes. Un autre composant non organique est au premier plan, il influence le syndrome de la douleur et joue un rôle décisif dans la chronicisation. Seule l'omarthrose débutante du côté droit peut être considérée comme une conséquence de l'accident.

E. 7.2.1.2

Sous l'angle psychiatrique, l'expert note que l'assuré se décrit comme souffrant de manière permanente depuis l'accident à cause de ses douleurs à l'épaule, lesquelles l'empêchent de dormir. Il se sent limité dans tout ce qu'il fait et ne fait rien correctement. Il est irrité et distrait (car très concentré sur la douleur). Il n'est plus la personne qu'il était avant l'accident et n'a parfois aucun désir de quoi que ce soit. Il nie toutefois la question des pensées suicidaires. Le plus difficile pour lui a été l'opération qu'il a subie en raison de l'infection de l'articulation de son épaule au début de l'année 2007. À cette époque, il a eu peur de mourir et était un peu déprimé, c'est pourquoi son médecin de famille l'a orienté vers un psychiatre qui lui a prescrit des antidépresseurs, lesquels ne l'ont toutefois pas particulièrement aidé. Sa dernière consultation remonte à la fin de l'année 2008. L'expert psychiatre note que le contact affectif est bon, l'humeur de base - subdéprimée - est constante pendant tout l'examen. Il décrit l'assuré comme anxieux et facilement impressionnable. L'assuré est bien concentré et attentif pendant la conversation. La réflexion est formellement discrète, logique et cohérente. Les processus de pensées s'inscrivent dans la description de la douleur et des limites qu'elle provoque. Il n'y a aucune indication d'une forme de vie délirante, d'illusions sensorielles ou de troubles de l'humeur. L'expert psychiatre pose le diagnostic de « douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques » (CIM-10, F45.41) (AI doc 36.2 p. 32 à 33). Relevant que la douleur n'est en l'espèce ni produite intentionnellement ni feinte, l'expert indique qu'à l'origine de ce trouble, il y a une cause somatique, à savoir la fracture et les luxations récurrentes de l'épaule droite. Après que les effets somatiques de la deuxième intervention en janvier 2007 (en raison d'une infection post-opératoire) se soient atténués, il y a eu une fixation croissante de l'assuré sur la douleur, laquelle s'est progressivement développée en un trouble psychosomatique. Le médecin note que la personnalité anxieuse et facilement impressionnable de l'assuré sont susceptibles de jouer un rôle dans sa capacité à faire face à la douleur ou dans la posture de protection qu'il s'impose. Ainsi, l'expert explique l'évolution du trouble mental de l'assuré d'une part, par la structure de sa personnalité et, d'autre part, par les nombreuses interventions somatiques, mal vécues par celui-ci. Selon le psychiatre, des facteurs psychologiques jouent ainsi un rôle important dans le maintien de la douleur mais ils ne jouent pas de rôle causal dans son apparition. L'expert note encore que la douleur chronique s'accompagne généralement d'un certain degré de détresse psychologique sous forme de mécontentement, d'apathie et de dépression. Il relève que, chez les patients souffrant de douleurs, l'on constate souvent que la colère et la tension ont un effet de renforcement de la

douleur. Il est probable que ce soit le cas pour l'assuré. Aucune plainte n'est toutefois décrite dans la présente expertise et aucun élément psychopathologique ne peut être trouvé qui justifierait, selon l'expert, le diagnostic d'un trouble dépressif. Il n'y a pas non plus de preuve clinique de syndrome de stress post-traumatique. De même, l'expert exclut un trouble de conversion dès lors que les critères pour le diagnostic de celui-ci selon la classification CIM-10 ne sont pas remplis. Enfin, il indique que la dysphorie et l'oubli mentionnés par l'assuré ont le sens de symptômes d'accompagnement de la douleur ; il ne s'agit pas d'un trouble affectif. Selon l'expert, l'assuré est complètement fixé sur la cause somatique de ses douleurs, si bien que l'on peut supposer que les troubles psychologiques actuels continueront d'exister jusqu'à la fin de sa vie. Il suggérerait dans tous les cas que l'assuré entreprenne une thérapie antidépressive au cas où celle-ci pourrait éventuellement avoir une influence sur le seuil de la douleur. Il ne préconise pour le reste pas de mesure médicale ou professionnelle (AI doc 36.2 p. 34). Sur le plan social, il indique, en s'appuyant sur l'anamnèse, que l'assuré est divorcé et vit seul avec son fils. Il entretient de bons contacts avec ses frères qui vivent dans la région. S'étant éloigné de ses amis et de ses collègues, son cercle social se limite à sa famille immédiate (parents, frères et fils). L'expert relève que la douleur provoque des souffrances et des troubles cliniquement significatifs sur le plan social, professionnel ou d'autres domaines importants de fonctionnement. L'expert a ainsi conclu que, sur le plan psychiatrique, aucune incapacité de travail ne pouvait être établie. L'on pouvait en effet raisonnablement attendre du recourant qu'il travaille à plein temps dans une activité adaptée à sa condition physique et qu'il fasse un effort de volonté pour surmonter sa douleur.

E. 7.2.1.3

Ceci étant, les experts ont conclu, de manière consensuelle, que l'assuré n'avait plus de capacité à travailler dans son activité habituelle. De même, en raison des douleurs et des limitations fonctionnelles de son bras droit, toutes les activités physiquement lourdes et moyennement lourdes consistant à soulever, porter, tirer et pousser des objets avec le bras droit n'étaient plus exigibles, ainsi que celles générant des vibrations sur le bras droit. En revanche, toutes les activités physiquement légères dans lesquelles le bras droit ne doit pas être utilisé au-dessus de la hauteur de la tête et toutes les activités dans lesquelles le bras droit est utilisé près du corps étaient exigibles, c'est-à-dire tous les travaux administratifs ou de contrôle, le bras droit n'étant pas totalement inopérant. En effet, sur la base de leurs observations et de l'examen somatique, les experts considèrent qu'une exclusion complète du bras droit dans les activités quotidiennes, comme par exemple dans le cas d'une paralysie somatique ou d'une paralysie psychogène dans un trouble dissociatif, ne peut être justifiée. L'assuré pratique toujours du vélo et conduit. L'utilisation des deux bras peut donc également très bien être autorisée dans le cadre d'activités professionnelles sans que l'assuré ne doive mettre sa santé en danger. Le trophique symétrique indique que le bras droit est également utilisé dans la vie quotidienne. Les experts ont ainsi considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle, dans une activité adaptée, au plus tard six mois après sa dernière opération le 25 janvier 2007, à savoir fin juillet 2007 (AI doc 36.2 p. 40 ss).

E. 7.2.2

Le tribunal est d'avis, à la lecture du rapport d'expertise, que celui-ci respecte toutes les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. Tout d'abord, l'expertise a été réalisée par des médecins spécialistes - interniste, orthopédiste,

neurologue et psychiatre - disposant de la formation et de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. De plus, cette mesure d'instruction revêt un caractère interdisciplinaire dès lors qu'outre les rapports établis par les experts dans leur spécialité, une évaluation consensuelle a été menée tant sur les aspects médicaux que sur la capacité de travail de l'assuré (AI doc 36.3 p 34 ss), ce qui renforce la valeur probante de l'appréciation des médecins du ZMB. Finalement, le rapport d'expertise du 8 juillet 2010 tient compte des éléments au dossier (AI doc 36.2 p. 3 à 10), a été établi en connaissance d'une anamnèse complète, familiale, sociale, professionnelle et médicale (AI doc 36.2 p. 11 à 14, 29, 30) - complétée encore lors des consultations spécifiques des experts - prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré (AI doc 36.2 p. 15 et 30), contient des diagnostics, des réponses aux questions de la SUVA et des conclusions cohérentes et clairement motivées (AI doc 36.2 p. 34 ss). En outre, dite expertise n'a pas limité son champ d'investigation aux atteintes liées à l'accident du point de vue de l'assurance-accidents dès lors qu'elle a également traité la problématique du trouble psychique dont souffre le recourant. De plus, il y a encore lieu de relever qu'en l'espèce, le mandat d'expertise confié par la SUVA au ZMB était accompagné d'une liste de questions de la SUVA et de l'OAI Canton B. _____ (AI doc 36.2 p. 11) et portait donc également sur des éléments propres à l'assurance-invalidité. Il s'ensuit que dit rapport d'expertise permet une évaluation globale de la capacité résiduelle de travail du recourant au regard de la procédure de l'assurance-invalidité (cf. consid. 5.2.3 ci-dessus).

E. 7.2.2.1

Sous l'angle de l'évaluation psychiatrique, le tribunal de céans constate cependant que dite expertise, réalisée en 2010, l'a été avant le changement de jurisprudence du Tribunal fédéral en 2015 fixant une procédure d'établissement des faits structurée par des indicateurs standards pour les atteintes psychiques (cf. consid. 5.3.2 ci-dessus ; ATF 141 V 2981 du 3 juin 2015). Comme susmentionné (cf. consid. 5.3.6), le changement de jurisprudence ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi, comme le Tribunal fédéral l'a déjà précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (arrêts du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 7.2.2.2

Le tribunal de céans considère qu'en l'occurrence, le rapport d'expertise du ZMB du 8 juillet 2010 ordonnée par la SUVA, compte tenu de sa qualité, permet une appréciation convaincante de la situation, également au regard de la nouvelle jurisprudence. Il s'avère ainsi conforme à celle-ci, laquelle commande une appréciation globale et ouverte des affections de l'assuré, sans résultat prédéfini. En particulier, s'agissant de l'atteinte à la santé du recourant, l'expert psychiatre pose un diagnostic selon la classification CIM-10 (AI doc 36.2 p. 32), sur la base du dossier médical constitué, d'une anamnèse familiale, sociale, professionnelle et médicale - complétée par une anamnèse psychiatrique (AI doc 36.2 p. 29 ss) - des plaintes de l'assuré (AI doc 36.2 p. 30) et de l'évaluation psychiatrique de celui-ci

(AI doc 36.2 p. 31). L'expert décrit ensuite la personnalité, anxieuse et facilement impressionnable, de l'assuré et son rôle dans le maintien de la douleur ressentie. Il décrit également les liens sociaux qu'entretient le recourant, limités à sa seule famille immédiate. Il exclut toute comorbidité, telle un trouble dépressif, un syndrome de stress post-traumatique ou encore un trouble de conversion. Sur le plan de la cohérence, il y a lieu de relever que, de manière consensuelle, les experts ont indiqué qu'une exclusion complète du bras droit dans les activités quotidiennes du recourant ne pouvait être justifiée, celui-ci continuant toujours de pratiquer du vélo et de conduire, si bien que ces ressources pouvaient également être utilisées dans le cadre d'activités professionnelles. Le psychiatre s'est encore prononcé sur les mesures médicale et professionnelle à envisager et leur succès. Il s'est enfin déterminé sur la capacité de travail du recourant du point de vue psychiatrique. Dite appréciation s'avère au final complète et convaincante. Les limitations fonctionnelles et le syndrome somatoforme douloureux dont souffre l'assuré ont été suffisamment investigués pour permettre, avec les pièces au dossier, d'établir leur existence, leur degré de gravité et leur influence sur sa capacité de travail. Dit rapport d'expertise peut dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante.

E. 7.2.3

Au final, le contenu du rapport d'expertise interdisciplinaire et les résultats auxquels il aboutit sont convaincants et aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Le tribunal n'a donc aucun motif de s'écarter des conclusions de dite expertise. Le recourant ne fait par ailleurs valoir aucun grief à son encontre. Ainsi, le rapport d'expertise et les autres documents médicaux au dossier permettent d'apprécier l'affaire d'une manière convaincante.

E. 7.3

Ainsi, il ressort du dossier que, sur le plan somatique, le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée avec des limitations qualitatives, à savoir toutes les activités physiquement légères dans lesquelles le bras droit ne doit pas être utilisé au-dessus de l'horizontale et tous les travaux administratifs ou de contrôle. Ceci, et selon le rapport précité du Dr R. _____ de la SUVA, dès le mois de janvier 2006 (AI doc 3 p. 24 ss cité sous consid. 6 ci-dessus). S'agissant du syndrome douloureux chronique dont souffre le recourant au niveau de l'articulation de l'épaule droite, il ressort du dossier que dites douleurs - ainsi que l'ampleur des restrictions de mobilité, respectivement l'étendue du handicap dans la vie quotidienne, qu'elles entraînent - ne peuvent pas être objectivées par les constatations cliniques et radiologiques, une composante psychosomatique étant au premier plan, influençant le syndrome douloureux et son maintien. Selon l'avis de l'expert psychiatre - dont il n'y a aucun motif de s'écarter - aucune incapacité de travail ne peut toutefois être retenue sur le plan psychiatrique : l'on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il travaille à plein temps dans une activité adaptée à sa condition physique et qu'il fasse un effort de volonté pour surmonter sa douleur. A cet égard, il y a lieu de rappeler que, selon l'art. 7 al. 2 LPGA précité, il n'y a incapacité de gain, propre à entraîner une invalidité, que si celle-là n'est pas objectivement surmontable (cf. consid. 4.2 et 5.3.4 ci-dessus). Le trouble psychosomatique dont souffre le recourant ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante. Une preuve objective susceptible de justifier les plaintes du recourant fait en l'espèce défaut.

E. 7.4

Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, le tribunal retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'on pouvait raisonnablement attendre du recourant que celui-ci reprenne une activité professionnelle à plein temps, adaptée à son handicap, à compter du mois de janvier 2006.

E. 8

Il reste à examiner le taux d'invalidité du recourant et son droit à une rente.

E. 8.1

L'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est déterminée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide ; art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible, si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêts du TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1 ss, 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Le Tribunal fédéral a précisé que, pour procéder à la comparaison des revenus, il convenait de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. En outre, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2). Enfin, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

E. 8.2

A la suite de son accident du 3 juillet 2003, le recourant a été en arrêt de travail durant deux mois. Il a repris son activité professionnelle le 24 août 2003 et l'a poursuivie jusqu'à son opération de stabilisation de l'épaule le 23 août 2005. Il n'a plus travaillé depuis cette date. Il a été attesté, pour la première fois, le 24 janvier 2006 par le Dr R._____, médecin auprès de la SUVA, que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (AI doc 3 p. 24 ss cité sous consid. 6 ci-dessus). Il ressort des pièces versées à la cause que dite capacité de travail a été interrompue de manière passagère à trois reprises (AI doc 157 cité sous consid. 6.1 ci-dessus). Le recourant a tout d'abord été hospitalisé le 18 janvier 2007 pour y être opéré de l'épaule. Selon le rapport d'expertise précité, le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle, dans une activité adaptée, au plus tard six mois après sa dernière opération le 25 janvier 2007, à savoir fin juillet 2007 (AI doc 36.2 p. 40, cité sous consid. 7.2.1.3). L'autorité inférieure a retenu, sur la base de la prise de position du 20 mars 2017 du Dr Aa._____ du SMR, que le recourant avait été incapable de travailler,

à la suite de dite opération, jusqu'au 24 mai 2007. Or, il ressort de cette même prise de position que celui-ci était à nouveau capable de travailler à partir du 25 juillet 2007 (AI doc 157 p. 2, cité sous consid. 6.1), ce qui laisse à penser que l'indication de la date du 24 mai 2007 procède d'une erreur de plume. Le tribunal retient donc, sur la base du rapport d'expertise du ZMB, que l'incapacité de travail du recourant a duré du 18 janvier au 24 juillet 2007. Celui-ci a ensuite été en incapacité totale de travailler durant son séjour à la Clinique de réhabilitation H._____ du 20 janvier au 12 février 2014. Enfin, il a été incapable de travailler du 29 janvier au 7 octobre 2015, période durant laquelle il a subi une arthroscopie de l'épaule et s'est fait poser une endoprothèse totale de l'épaule droite. A cela, il convient encore d'ajouter l'opération du 6 novembre 2013 de l'hernie hiatale qui a entraîné une incapacité de travail d'environ 8 semaines pour une activité physique légère et de 12 semaines au maximum pour une activité plus intense (AI doc 78 cité sous consid. 6 ci-dessus). La question de l'incapacité de travail depuis la survenance des maux d'estomac en 2011 jusqu'à l'opération en novembre 2013 se pose. L'on peut toutefois rejoindre l'avis du SMR qui, dans son rapport du 12 janvier 2015, considère que, si les maux d'estomac décrits avaient été si forts qu'ils n'auraient pas pu être diminués à un niveau tolérable avec des médicaments, l'opération aurait déjà eu lieu à ce moment-là (AI doc 78). La durée de l'incapacité de travail retenue en lien avec l'hernie hiatale est dès lors de 8, respectivement 12 semaines.

E. 8.3

Aussi, en raison de la détérioration temporaire de l'état de santé du recourant, du 18 janvier au 24 juillet 2007, celui-ci a droit à une rente entière - correspondant à un taux d'invalidité de 100% - (art. 28 al. 2 LAI, cité sous consid. 4.3 ci-dessus), limitée dans le temps, à savoir du 1er janvier 2007 au 31 octobre 2007 (art. 29 LAI, cf. consid. 4.4 ; art. 88a al. 1 RAI, cf. consid. 4.6) - et non jusqu'au 31 août 2007, comme retenu à tort par l'autorité inférieure. Le recours doit donc être admis sur ce point. S'agissant de son incapacité de travail du 29 janvier 2015 au 7 octobre 2015, c'est à juste titre que l'autorité inférieure lui a octroyé une rente entière - correspondant à un taux d'invalidité de 100% - (art. 28 al. 2 LAI, cité sous consid. 4.3 ci-dessus), limitée dans le temps, à savoir du 1er janvier 2015 au 31 janvier 2016 (art. 29 LAI, cf. consid. 4.4 ; art. 88a al. 1 RAI, cf. consid. 4.6). Quant aux périodes d'incapacité de travail qui ont débuté respectivement les 6 novembre 2013 et 20 janvier 2014, elles ne fondent pas de droit à une rente d'invalidité dès lors qu'elles ont duré moins de trois mois (art. 88a al. 2 RAI, cf. consid. 4.6 ci-dessus).

E. 8.4

Comme déjà dit, l'incapacité du recourant à travailler dans son activité habituelle remonte au mois d'août 2005 (cf. consid. 7 ci-dessus). Aussi, il s'agit de comparer les revenus en fonction de ce qu'ils auraient pu être à partir du mois d'août 2006, soit 12 mois après le début de l'incapacité de travail (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cité sous consid. 4.4 ci-dessus). L'autorité inférieure a ainsi, à raison, calculé le degré d'invalidité du recourant à partir du mois d'août 2006, à l'exclusion des deux périodes précitées où son incapacité de travail était de 100%.

E. 8.4.1

Concrètement, pour fixer le revenu sans invalidité, l'autorité inférieure s'est fondée, à juste titre, sur les données de l'ESS. En effet, il ressort du dossier que le recourant a été licencié avec effet au 31 janvier 2006 pour le motif suivant : « Kunden haben sich über seine

Umgangsformen beschwert. Fahrzeug nicht ordnungsgemäss gepflegt und kontrolliert » (AI doc 6 p. 1 questionnaire de l'employeur). L'on ne peut donc pas partir de l'hypothèse que le recourant aurait poursuivi son activité auprès de son ancien employeur sans la survenance de l'atteinte à la santé. Ceci étant, l'autorité inférieure s'est fondée sur le salaire annuel moyen d'un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la construction, le recourant ayant travaillé comme conducteur poids lourds/machines de chantier (cf. let. A ci-dessus). Selon l'ESS 2006, tableau TA1, secteur Transports et communications, niveau d'exigence du poste 4 (poste comportant des activités simples et répétitives, le recourant n'ayant pas de formation [AI doc 1 p. 4]), colonne hommes, il en résulte un revenu annuel en 2006 de Fr. 56'616.- sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures, soit de Fr. 59'871.- pour 42,3 heures par semaine (temps de travail hebdomadaire usuel dans ce secteur en 2006). Comme susmentionné, aucune activité professionnelle n'était exigible du 18 janvier au 24 juillet 2007 et du 29 janvier au 7 octobre 2015 (cf. consid. 8.2 ci-dessus). Aussi, en 2007, ce revenu se serait élevé à Fr. 60'852.-, compte tenu de l'évolution du salaire nominal en 2007 (1939 = 100 ; 2006 = 2014 ; 2007 = 2047). En 2015, il se serait monté à Fr. 66'173.-, vu l'évolution du salaire nominal de 2007 à 2015 (2007 = 2047 ; 2015 = 2226).

E. 8.4.2

Compte tenu de son atteinte à la santé, et sur la base des rapports médicaux versés au dossier, le recourant disposait, à compter du mois de janvier 2006, d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée, à savoir une activité physiquement légère, avec les restrictions suivantes : pas de travail juste au-dessus de la tête, pas d'utilisation de machines génératrices de vibrations, pas de travail dans des endroits exposés aux chutes (par ex. sur des échelles hautes ou des échafaudages non sécurisés ou sur un toit, en raison de la difficulté du recourant à se retenir). Le revenu d'invalidé doit en l'occurrence être déterminé sur la base des données statistiques de l'ESS 2006, le recourant n'ayant pas repris d'activité professionnelle (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, voir aussi consid. 15.7). Ainsi, conformément à la jurisprudence citée (voir notamment : arrêts du TF 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.2.1 ss, 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.2.2), le tribunal tient compte de la table TA1 de l'ESS 2006, différenciée selon le niveau de compétences (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.2.2) ainsi que du marché du travail entier, lequel recouvre les salaires des secteurs de production et de services et contient un large éventail d'activités adaptées aux limitations du recourant. Selon l'ESS 2006 et le « Total », le salaire annuel brut d'un homme exerçant des activités simples et répétitives (niveau d'exigence du poste 4) dans le secteur privé s'élevait en 2006 à Fr. 56'784.- sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures, respectivement à Fr. 59'197.- pour 41,7 heures par semaine (temps de travail hebdomadaire usuel dans ce secteur en 2006). L'autorité inférieure a en outre opéré un abattement de 20% sur ce montant. Selon la jurisprudence, l'abattement permet en effet de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). Le tribunal peut en l'occurrence

confirmer l'abattement de 20% appliqué par l'autorité inférieure, étant précisé que même un abattement de 25% ne suffirait en l'espèce pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. ci-après consid. 8.4.3).

E. 8.4.3

Partant, le revenu d'invalidité à prendre en compte pour une charge de travail raisonnable de 100% s'élève en 2006 à Fr. 47'358.-. La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de Fr. 12'513.- (Fr. 59'871.- - Fr. 47'358.-), correspondant à un taux d'invalidité de 21% (Fr. 12'513.- / Fr. 59'871.- x 100). Comme susmentionné, aucune activité professionnelle n'était exigible du 18 janvier au 24 juillet 2007. A partir du 25 juillet 2007, la reprise d'une activité à 100% avec les restrictions précitées était à nouveau exigible. Compte tenu de celles-ci, ainsi que de l'évolution du salaire nominal en 2007, le recourant aurait pu réaliser un revenu annuel de Fr. 48'134.- (Fr. 60'167.- moins 20% pour tenir compte de l'atteinte à la santé), ce qui représente un degré d'invalidité de 21%. Aucune activité professionnelle n'était non plus exigible du 29 janvier au 7 octobre 2015. A partir du 8 octobre 2015, la reprise d'une activité à 100% avec lesdites restrictions était à nouveau exigible. Aussi, compte tenu de l'évolution du salaire nominal de 2007 à 2015, le recourant aurait pu réaliser un revenu annuel de Fr. 52'342.- (Fr. 65'428.- moins 20% pour tenir compte de l'atteinte à la santé), ce qui représente un degré d'invalidité de 21%. Il s'ensuit qu'à compter du mois d'août 2006, soit au terme du délai d'attente d'une année de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le recourant a présenté un degré d'invalidité de 21%. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (consid. 4.3 ci-dessus), ce taux ne donne pas droit à une rente d'invalidité. C'est donc à juste titre que l'autorité inférieure n'a pas octroyé de rente d'invalidité au recourant, en dehors des deux périodes d'hospitalisation précitées (cf. consid. 8.3 ci-dessus).

E. 9

S'agissant enfin de la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale sur son état de santé et son taux d'invalidité, le tribunal constate que les preuves figurant au dossier, constituées de nombreux rapports médicaux, rapports opératoires et rapports de sortie, ainsi qu'une expertise interdisciplinaire (médecine interne, orthopédie, neurologique et psychiatrie) et sur une longue période, lui permettent de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à davantage d'examens médicaux sur la personne du recourant. La jurisprudence admet un tel procédé. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd. 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 10

En définitive, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et d'annuler et réformer la décision du 27 octobre 2017, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1er janvier au 31 octobre 2007 (cf. consid. 8.3 ci-dessus). Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente à verser et rende

une nouvelle décision à ce sujet. Le recours est rejeté pour le surplus.

E. 11

En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 1^{ère} phrase PA). Si celle-ci n'est que partiellement déboutée, les frais sont réduits en conséquence (art. 63 al. 1 2^e phrase PA). En l'espèce, le recours est partiellement admis en ce sens que la période pour laquelle le recourant a droit à une rente entière d'invalidité est prolongée de deux mois. Le recourant, qui demandait un réexamen du degré d'invalidité de 21% retenu, n'obtient donc gain de cause que dans une moindre mesure, de sorte qu'il doit participer aux frais de procédure à hauteur de 700 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de 800 francs versée par le recourant au cours de l'instruction (TAF doc 3 et 5). Le solde de 100 francs lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 12

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'absence de décompte de frais et honoraires, il fixe l'indemnité d'office (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en tenant compte de l'ampleur et de la difficulté de la cause, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant y a consacré. En l'espèce, dès lors que le recourant est représenté par un mandataire n'exerçant pas la profession d'avocat, que les frais de représentation ont été faibles puisque le mémoire de recours contient une seule page (TAF doc 1) et la réplique une demie page (TAF doc 13) et que le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens avait déjà représenté le recourant devant l'autorité inférieure (cf. let. C.b) et connaissait donc le dossier. Enfin, il sied de relever que la présente procédure est soumise à la maxime inquisitoire (cf. consid. 2 ci-dessus). En conséquence, il convient d'allouer au recourant, qui n'obtient gain de cause que dans une moindre mesure, une indemnité équitable de dépens de 300 francs, à charge de l'autorité inférieure (cf. art. 64 al. 2 PA).

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