

FR_GERICHTE 605 2018 153 vom 27. November 2018

FR Kantonsgericht, 2018-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_153

FR: FR_GERICHTE 605 2018 153 du 27 novembre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2018 153 del 27 novembre 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2018 153 Arrêt du 27 novembre 2018 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Susanne Fankhauser, Marc Sugnaux Greffier-rapporteur : Philippe Tena Parties A. _____, recourant, représenté par Me Véronique Aeby, avocate contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité; nouvelle demande Recours du 13 juin 2018 contre la décision du 7 mai 2018 Tribunal cantonal TC Page 2 de 15 considérant en fait A. A. _____, né en 1962, domicilié à B. _____, sans formation, marié et père de trois enfants majeurs, travaillait en qualité d'ouvrier pour une entreprise active dans la construction métallique. Le 24 avril 2009, il a subi une chute et s'est plaint de douleurs au genou droit. Une incapacité de travail entière a été prononcée par son médecin. C. _____, auprès de laquelle il était assuré, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles, a pris le cas en charge. Dans ce cadre, l'assuré a bénéficié d'un séjour au sein de D. _____ du 13 avril au 19 mai 2010. Il a repris le travail auprès de son ancien employeur à 50% le 20 juin 2010 pour progressivement atteindre 100% le 11 octobre 2010. Le 1er février 2011, il a commencé à travailler en tant qu'aide- maçon auprès d'une entreprise de construction. B. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 30 avril 2010, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), se plaignant de troubles au membre inférieur droit (algoneurodystrophie au niveau de la cheville et du pied, status après entorse et contusions au genou, gonalgies) ainsi que de douleurs au genou gauche. Par décision du 21 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente, l'incapacité de travail ayant durée moins d'une année. C. Depuis le 26 mai 2014, une nouvelle incapacité de travail totale est médicalement attestée. Le 14 avril 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations devant l'OAI, sans toutefois préciser la nature de ses atteintes. Il a par la suite précisé souffrir d'une maladie chronique, de crampes aux muscles et de douleurs aux articulations et aux os. Suivant en cela l'avis du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr E. _____, spécialiste en rhumatologie, lequel a conclu que l'état général était "trop mauvais pour pouvoir exercer une quelconque activité professionnelle". Le médecin du SMR estimant ce rapport non probant, l'OAI a diligenté une nouvelle expertise auprès du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans leurs rapports, les médecins concluent à l'existence d'une capacité de travail entière depuis le 31

décembre 2015 dans l'exercice d'une activité limitant, en substance, le port de charge, les mouvements de rotation du tronc et un travail penché en avant ou le torse en extension. Par décision du 7 mai 2018, reprenant un projet du 16 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente et mesures d'ordre professionnel, le degré d'invalidité de 0% ne donnant pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Véronique Aeby, avocate, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 13 juin 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente. A l'appui de son recours, il soutient que les conclusions des Drs G._____ et F._____ sont fondées sur données incomplètes, précisant que, à l'époque, ses médecins étaient encore en train d'investiguer les causes à de ses troubles. A cet égard, il regrette que l'OAI n'ait pas pris la peine d'actualiser son dossier auprès de ses médecins. S'appuyant ensuite sur les conclusions du Dr E._____, qu'il estime conforme aux prescriptions en matière d'expertise, il soutient que son état de santé l'empêche d'exercer toute activité, même adaptée. Il conteste encore le revenu d'invalidité, demandant à ce qu'il soit tenu compte d'un abattement maximal au titre de désavantage salarial. Enfin, il demande à ce qu'il soit procédé à un parallélisme des revenus dès lors qu'il bénéficiait d'un revenu inférieur au salaire statistique perçu dans sa branche, se référant à l'Observatoire fribourgeois du Marché du travail (ci-après: OFMT). Le 19 juillet 2018, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 400.- requise. Dans ses observations du 25 septembre 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3. 3.1. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). 3.2. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi

être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. 4.1. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 4.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p.

128 consid. 1b). 4.3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 4.4. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. Le point de départ temporel pour résoudre cette question correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Il s'agit ici de la décision du 21 septembre 2011. Dans sa décision, l'OAI avait constaté que l'assuré avait présenté des périodes d'incapacité de travail totale ou partielle depuis le 24 juin 2009, avec une interruption notable de l'incapacité de travail entre le 1er décembre 2009 et le 3 janvier 2010. Dès le 11 octobre 2010, il avait relevé que l'assurée avait pu reprendre son activité professionnelle habituelle auprès de son ancien employeur. C'est ce qui l'avait mené à nier le droit à des prestations, dès lors que l'assuré avait "présenté une incapacité de travail inférieure à une année" (dossier OAI, p. 274). En dernier lieu, l'OAI a donc retenu l'existence d'une pleine capacité de travail en tant qu'ouvrier pour une entreprise active dans les constructions métalliques. Sur le plan médical, les médecins de D._____ retenaient les diagnostics d'"oedème médullaire transitoire migrant du membre inférieur droit" et de "contusion du

genou droit". A l'époque la situation n'était pas stabilisée mais le pronostic à moyen terme était bon (rapport du 15 juillet 2010, dossier OAI, p. 88). Ce pronostic a été confirmé par sa médecin traitante, laquelle a attesté d'une reprise d'activité progressive, son patient ne se plaignant plus que "de douleurs résiduelles peu importantes" (cf. not. dossier OAI, p. 159, 227 et 270). 6. Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'impacter sa capacité de gain. 6.1. Dans la décision litigieuse, l'OAI se réfère aux conclusions du Dr F. _____ et du Dr G. _____. Dans son rapport du 18 juillet 2017, le premier constate que le recourant souffre de plusieurs problèmes médicaux, soit des "affections inflammatoire et/ou dégénérative du système locomoteur", un "syndrome métabolique" (diagnostic regroupant ceux d'insuffisance artérielle des membres inférieurs actuellement de stade I – syndrome de Leriche et status après angioplastie percutanée, de stéato hépatite, d'obésité androïde, de syndrome des apnées obstructives du sommeil, d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle) et une presbytie. Excluant expressément l'atteinte au système locomoteur de son appréciation – celle-ci étant du ressort du Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 co-expert – il estime que l'assuré ne souffre d'aucune limitation de ses capacités fonctionnelles (dossier OAI, p. 685). Pour sa part, dans son rapport du 31 juillet 2017, complété les 18 janvier et 26 avril 2018, le second retient pour seul diagnostic invalidant celui d'arthrose lombaire M47. Selon lui, "ce diagnostic impose le respect des valeurs limites pour le port de charges chez un homme de plus de 50 ans qui est de 16 kg. Les mouvements de rotation du tronc et le travail penché en avant ou le torse en extension sont également contre-indiqués". Dans une telle activité, il affirme que la capacité de travail est complète depuis le 31 décembre 2015, estimant que les autres diagnostics ("discarthrose cervicale et uncarthrose cervicale asymptomatique" et status post "entorse du genou droit en juin 2009 suivie d'un s/p CRPS du membre inférieur droit en 2010 qui sont actuellement guéris sans séquelles") ne sont pas invalidants (dossier OAI, p. 789, 820 et 842). Pour parvenir à leurs conclusions, les experts se sont fondés sur le dossier asséculologique, intégralement mis à leur disposition, les pièces médicales supplémentaires apportées par l'assuré (onze rapports médicaux) ainsi que des entretiens avec ce dernier les 2 et 9 juin 2017, faits en présence d'un interprète. A cette occasion, les médecins ont pu procéder à un examen complet du recourant qui, pour sa part, a pu décrire ses douleurs. Sur ce plan, les experts mentionnent notamment des douleurs musculaires sur tout le corps allant diminuant depuis qu'il ne travaille plus, des fourmillements aux membres inférieurs apparaissant à l'effort ou avec la position debout, des lombalgies et des blocages au niveau de la mâchoire. Ils décrivent également les crises douloureuses qui ont secoué l'assuré durant leur examen, mettant en évidence leur scepticisme quant à leur réalité, évoquant même une exagération des symptômes et une contraction volontaire des muscles. Dans leurs rapports, les deux experts procèdent à une description et à une appréciation claire de la situation médicale, sociale et économique. Séparant leur appréciation selon leur spécialité, ils relèvent que l'assuré souffre, certes, de plusieurs troubles médicaux, dont une partie est invalidante. Mais ils estiment surtout que la capacité de travail est restreinte en raison de facteurs extra-médicaux. Le Dr F. _____ souligne ainsi "un fonctionnement particulier du sujet: il a un parcours médical pléthorique en termes de consultations dans de très vastes domaines; il ne paraît pas à l'expert être impliqué dans son histoire médicale, les traitements, leurs résultats ...". Il en conclut que: "le sujet paraît subir son histoire médicale, ne pas pouvoir en être partenaire. Il paraît être pour l'expert en situation bloquée, suspendue. Celle-ci est en partie causée par une dimension socioculturelle: déracinement et difficulté d'intégration, de langue ..." (dossier OAI, p. 685).

Pour sa part, le Dr G._____ évoque des discordances entre les douleurs alléguées et ses constats objectifs, notamment s'agissant des prétendues "douleurs à la palpation de toutes les articulations des mains et des poignets" chez un assuré qui "déclare ressentir le même type de douleur [lors de la palpation] des zones qui ne comprennent pas d'articulations" mais qui ne s'est pourtant pas plaint de douleurs lors de sa prise de tension. Il conclut même à l'exigence d'une exagération lorsqu'il décrit de manière détaillée la "crise douloureuse" qui a saisi le recourant durant son examen, laquelle a occasionnée une "contracture de tous les muscles des deux jambes et des deux cuisses", qu'il n'explique que par une "contracture volontaire des muscles" (dossier OAI, p. 789). Enfin, la Cour relève que les conclusions des deux experts sont motivées et détaillées de manière convaincante. L'expert en médecine générale souligne ainsi que chaque problématique comprise dans la notion de syndrome métabolique – terme qui "désigne l'association d'une série de Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 problèmes de santé ou regroupement de facteurs de risque" – n'occasionne aucune limitation fonctionnelle. Par exemple, il relève que l'insuffisance artérielle a été traitée et ne devrait désormais plus occasionner de douleur à la marche ni de trouble trophique des membres inférieurs. Pour sa part, l'expert-rhumatologue retient que la prise en charge actuelle est optimale, les médecins du recourant ayant "exploré systématiquement l'ensemble des pistes somatiques pouvant expliquer la symptomatologie de l'assuré et mis en place les traitements correspondants à ces hypothèses diagnostiques". L'expert écarte en outre les diagnostics de "syndrome paranéoplasique" et de "spondylarthropathie ou un autre rhumatisme inflammatoire séronégatif". Il met l'absence "d'explication médicale aux douleurs musculaires crampiformes [et] aux douleurs osseuses" sur les discordances entre les plaintes et les constats objectifs. Au vu de ce qui précède, les expertises des Drs F._____ et G._____ sont convaincantes et doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6.2. Dans son mémoire, le recourant se prévaut d'abord des rapports de la Dresse H._____, spécialiste en rhumatologie, médecin adjoint au sein de la clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de I._____, et du Dr J._____, spécialiste en neurologie. A ses dires, outre que ces rapports attestent de la péjoration de son état de santé, l'existence de nouveaux examens – permettant d'objectiver une partie de ses troubles – et d'un nouveau traitement mettent en cause les conclusions des experts.

6.2.1. La Dresse H._____ atteste effectivement que son patient souffre d'une incapacité de travail presque totale. Celle-ci était initialement liée aux diagnostics de "spondylarthropathie axiale", de "fracture sous-chondrale du pilon tibial gauche" et d'"insuffisance artérielle des membres inférieurs avec PTCA de l'artère iliaque commune gauche" (rapport du 4 février 2016, dossier OAI, p. 586). Elle modifiera ces diagnostics par la suite pour notamment retenir ceux de "douleurs abdominal et diarrhées avec nausées et vomissements récurrentes avec endoscopie digestif haute et basse récente, montrant une légère gastrite ainsi qu'une légère iléite terminale d'origine indéterminée", de "rhumatisme inflammatoire indéterminé avec polyarthrite périphérique symétrique et possible spondyl-arthropathie axiale avec échecs à 3 anti-TNF-a", de "lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec hernie discale L4-L5 foraminale droite", de "myalgies chroniques à caractère crampiforme, migrantes et paroxystiques, d'origine indéterminée avec positivité des anticorps anti-Yo et anti-CRMP-5 suspect d'origine paranéoplasique" et de "suspicion de NASH associé à un syndrome métabolique", de "pan-gastrite chronique légère à modérée antrale sans identification d'Helicobacter" (rapport du 9 novembre 2017, dossier OAI, p. 837; cf. ég. p. 706, 750) Ces rapports ont cependant tous été soumis au Dr G._____ par le biais d'une demande de compléments d'expertise. A cette occasion, l'expert-rhumatologue

estime que les affirmations de la doctoresse ne lui permettent pas "de remettre en cause les conclusions de [son] rapport d'expertise. Tous les diagnostics ci-dessous étaient présents lors de [son] expertise et [il en a] tenu compte dans [son] évaluation [...]". Il reprend par la suite chaque diagnostic cité par la Dresse H. _____, rappelant avoir déjà discuté et évalué chacun d'entre eux (complément du 26 avril 2018, dossier OAI, p. 842). En outre, il apparaît que les conclusions de la Dresse H. _____ sont, de manière non négligeable, fondées sur les dires de son patient. Or, l'on ne peut pas ignorer que, lors des examens des Drs F. _____ et G. _____, l'assuré a témoigné d'une importante tendance à l'exagération. L'on ne peut dès lors exclure que l'appréciation de la Dresse H. _____ soit Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 influencée par des facteurs extra-médicaux, lesquels ne doivent pas être mis à la charge de l'assurance-invalidité. Enfin, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui. Dans ces circonstances, la Cour n'est pas convaincue par les conclusions de la Dresse H. _____.

6.2.2. Pour sa part, lors du consilium neurologique du 25 mai 2016, le Dr J. _____ n'attestait d'aucune incapacité de travail en lien avec d'éventuels troubles neurologiques (dossier OAI, p. 722). Aucun rapport ultérieur de ce médecin ne figure au dossier. Si une nouvelle évaluation par le médecin a été évoquée peu avant que la décision soit rendue, force est de constater qu'aucune pièce au dossier ne vont dans le sens que celle-ci ait réellement eu lieu et que le médecin aurait conclu à l'existence d'une quelconque incapacité de travail. Bien que se prévalant des conclusions de ce médecin, le recourant n'en produit par ailleurs aucun rapport. C'est à lui qu'il appartient de supporter l'absence de preuve.

6.3. Le recourant se prévaut aussi des conclusions du premier expert mandaté, le Dr E. _____, affirmant "pein[er] concrètement à comprendre en quoi il ne serait pas conforme aux prescriptions en matière d'expertise édictées par la jurisprudence fédérale en la matière". Force est de constater que l'argumentation du recourant est contradictoire. En effet, il soutient que les conclusions des Drs F. _____ et G. _____ ne seraient pas suffisamment actuelles mais que celles du Dr E. _____, pourtant plus anciennes, pourraient, quant à elles, être suivies. De deux choses l'une. Soit les conclusions des trois médecins sont suffisamment actuelles, et dans ce cas les critiques du recourant quant à l'ancienneté de l'expertise des Drs F. _____ et G. _____ se révèlent infondées. Soit elles ne le sont pas toutes les trois, ce qui impliquerait de ne pas se prévaloir des conclusions du Dr E. _____. En l'occurrence, cette contradiction tend à affaiblir l'argumentation du recourant. Cela étant, dans son rapport du 17 octobre 2016, le Dr E. _____ retient les diagnostics invalidants de "suspicion d'une stéatohépatite non-alcoolique (NASH) avec une lésion nodulaire de 8 mm du segment IV du foie (K74.6), stéatose et hépatomégalie, depuis 2016", de "suspicion d'un syndrome paranéoplasique (crampes) sur un possible carcinome hépatocellulaire (C22.0) depuis 2016", de "lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec une possible spondylarthropathie axiale (M08.1) [...] depuis 2014" et d'"artériopathie oblitérante des MI avec un syndrome de Leriche (I74.0X-002), status après une angioplastie par stent de l'artère commune gauche ne 2013 et de l'artère commune droite en 2014". Selon lui, "la capacité de travail est de 0% dans toutes les professions depuis le 1er juin 2014" (dossier OAI, p. 628). Le rapport du Dr E. _____ n'est cependant que peu convaincant. L'on constate ainsi une contradiction entre le status clinique somatique – souvent décrit comme "sans particularité" – et l'incapacité de travail totale qui en découlerait. A cet égard, il apparaît que l'expert prend en

compte l'aspect invalidant de diagnostics somatiques qui ne sont que suspectés, et cela en se Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 basant presque exclusivement sur les plaintes de l'expertisé. Les conclusions du médecin ne sont, en outre, que trop sommairement motivées. En particulier, l'on relève que l'appréciation médicale tient sur dix lignes, celle de la capacité de travail sur une et le pronostic sur une (courte) ligne. Le reste de la page "appréciation du cas et pronostic" correspondant à un bref résumé de l'historique et de la situation du recourant. 6.4. Finalement, la Cour relève que les autres médecins interrogés ne lui permettent pas d'aller dans le sens de la thèse du recourant, soit qu'il serait complètement incapable de travailler dans toutes les activités. La Dresse K. _____, spécialiste en médecine interne générale, également au sein de la clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de I. _____, diagnostiquait une "spondylarthrite ankylosante" ainsi qu'une "possible entéropathie associée DD: colite sur AINS". Dès lors qu'elle ne voyait pas quelle activité rémunérée son patient pouvait exercer, elle demandait une évaluation multidisciplinaire "afin de déterminer la capacité de travail future et le domaine d'activité possible" et évoquait une capacité de travail dans une activité en substance légère et permettant l'alternance des positions 4 heures par jour (rapports des 28 mai et 9 juillet 2015, dossier OAI, p. 294 et 425; cf. ég. p. 350, 353, 596 et 598). La doctoresse allait donc dans le sens que le recourant était en mesure de travailler dans une activité adaptée, estimant la capacité de travail à 50% tout en relativisant cette estimation et suggérant la mise sur pied d'une expertise. La Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne générale, retenait les diagnostics invalidants de "Crampes musculaires d'origine indéterminée. Spondylarthropathie axiale possible", de "syndrome de Leriche (artériopathie des membres inférieurs) [...]" et de "status après algoneurodystrophie froide de la jambe droite en 2009 avec syndrome régional douloureux post traumatique". Elle relevait que son patient alléguait souffrir de douleurs aiguës qui lui faisaient interrompre son travail. Elle indiquait que "le patient se [disait] incapable de travailler avec ses crampes" et qu'il n'avait "aucune motivation en l'état actuel" (rapport du 20 août 2015, dossier OAI, p. 445; cf. ég. p. 299, 317). Au vu de la formulation utilisée, la doctoresse se contentait surtout de relayer les dires de son patient, sans pour autant émettre sa propre appréciation de la situation. Mais la formulation réservée va, plutôt, dans le sens qu'elle ne partageait pas l'auto-appréciation qu'elle décrivait. Interrogé en 2014, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie, faisait état de douleurs abdominale d'origine indéterminée et d'une hypertension. Il estimait qu'une reprise du travail était possible, sans plus de précision (lettre de sortie du 23 juillet 2014, dossier OAI, p. 343). Enfin, on précisera que les autres médecins – soit le Dr N. _____, spécialiste en neurologie (dossier OAI, p. 300 et 305), le Dr O. _____, spécialiste en neurologie (dossier OAI, p. 301), le Dr P. _____, spécialiste en neurologie (dossier OAI, p. 308), la Dresse Q. _____, spécialiste en angiologie (dossier OAI, p. 311, 411, 476, 481 et 482), le Dr R. _____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale (dossier OAI, p. 327, 328, 399 et 488), le Dr S. _____, spécialiste en gastroentérologie (dossier OAI, p. 364, 464 et 466), le Dr T. _____, spécialiste en pneumologie (dossier OAI, p. 739) et le Dr U. _____, spécialiste en hépatologie (dossier OAI, p. 752, 758 et 767) – n'examinaient pas la problématique de la capacité de travail. Tout au plus peut-on relever que l'un d'entre eux, le Dr N. _____ insistait sur le fait qu'il avait affaire à un "patient qui refus[ait] l'idée d'un facteur psychogène" et qu'il s'agissait d'un "maçon qui présent[ait] depuis 3 à 4 ans des « crampes » selon sa propre terminologie" Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 (guillemets dans le texte original; rapports des 19 août et 15 septembre 2014, dossier OAI, p. 300 et 305). Cela va dans le sens de l'existence de facteurs

extra-médicaux. 7. Il ressort de ce qui précède que l'état de santé du recourant s'est certes aggravé depuis la dernière décision rejetant sa première demande de rente, dans la mesure où il n'est désormais ni en mesure de travailler en tant que maçon ni, plus largement, d'exercer une activité lourde. L'on doit par contre lui reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit une activité n'imposant pas de port de charges de plus de 16kg, sans mouvements de rotation du tronc et sans travail penché en avant ou le torse en extension. Reste à examiner le degré d'invalidité qui en découle. 8. 8.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 8.2. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 8.3. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPG, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). 8.4. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

8.5. Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer. Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 p. 302). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 %. En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 326).

9. 9.1. Au titre de revenu de valide, l'autorité intimée a considéré que le recourant aurait poursuivi son activité de maçon à plein temps et aurait été en mesure de réaliser un revenu annuel pour l'année 2015 de CHF 65'325.25 (revenu annuel de CHF 65'065.00 fondé sur les déclarations de l'ancien employeur, indexé au taux de 0.4% selon l'indice des salaires nominaux de la branche). Dans la mesure où le revenu de valide se détermine au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à juste titre que l'autorité intimée l'a déduit du salaire réalisé par l'assuré auprès de son dernier employeur, soit un montant mensuel de CHF 5'005.- multiplié par 13 salaires (dossier OAI, p. 412). Partant, le montant indexé de CHF 65'325.25 peut être retenu au titre de revenu de valide.

9.2. Le recourant demande à ce qu'il soit procédé à la parallélisation de ses revenus, affirmant que son salaire de valide diffère de plus de 5% du salaire statistique usuel dans sa branche.

9.2.1. Il cite des salaires mensuels

de CHF 5'791.- (1er quartile), CHF 6'260.- (médiane) et CHF 6'780.- (3e quartile). Faisant la moyenne du 1er et 3e quartile, il soutient que le salaire moyen de CHF 6'285.50 est supérieur de plus de 5% à son salaire de valide. La Cour constate d'emblée que les chiffres dont le recourant se prévaut ne se retrouvent pas dans les extraits de l'OFMT qu'il produit (cf. dossier OAI, p. 832 à 835). Ces derniers se réfèrent à des activités qui n'ont rien à voir avec le domaine de la construction. Au contraire, consulté s'agissant du domaine de la construction, le site de l'OFMT renvoie à des chiffres bien inférieurs à ceux évoqués par le recourant, soit CHF 4'660.- (1er quartile), CHF 4'970.- (médiane) et CHF 5'270.- (3e quartile). Quoi qu'il en soit, la démarche du recourant ne saurait être confirmée dès lors qu'elle découle d'une compréhension erronée des statistiques. En effet, les quartiles correspondent à un point sur une série de donnée. Chaque quartile divise les données en parts égales non dans leur valeur, mais dans leur ordre. Par exemple, sur une série de 100 chiffres classés dans un ordre ascendant, le 1er quartile est le 25e chiffre de la série, indépendamment de sa valeur. Se prévaloir de la moyenne du 1er et 3e quartile équivaut ainsi à se prévaloir de la moyenne de deux données d'un échantillon ou d'une population bien plus large, ici un secteur professionnel entier. Il est dès lors peu probable que le montant dont se prévaut le recourant corresponde effectivement au salaire habituel dans son ancien secteur d'activité.

9.2.2. Il convient plutôt de se fonder sur le revenu figurant dans la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse pour les années 2014 et 2015. Selon ses chiffres, le revenu de valide de CHF 65'325.25 n'est pas 5% inférieur au salaire moyen (base mensuelle de CHF 4'843.- pour la classe de salaire B; cf. <http://www.gav-service.ch>). Il n'existe également pas de différence de plus de 5% avec le salaire perçu par un employé actif dans le domaine de la construction selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 salaires 2014 (CHF 5'885.-; ESS 2014, TA1_Skill level, branche 41-43 Construction, niveau de compétences 2, hommes). On précisera que la référence au niveau de compétence 2 – dont découle un montant plus élevé – permet de tenir compte du fait que le recourant était, en tant que maçon, actif dans un des "métiers qualifiés du bâtiment (gros œuvre) et assimilés" au sens de la classification internationale du type des professions (CITP; sous-groupe 711). Partant, il ne se justifie pas de procéder, au parallélisme des revenus.

9.3. S'agissant ensuite du salaire d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la CITP (professions élémentaires). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 63'935.25, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, Hommes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2015 (CHF 66'492.65, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 66'492.65.

9.4. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF

65'325.25) et d'invalidité (CHF 66'492.65) que le recourant ne subit pas de perte de gain et peut, dès lors, pas se voir reconnaître le droit à une rente de l'assurance-invalidité. S'il était tenu compte d'un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial de 15%, le degré d'invalidité demeurerait insuffisant pour reconnaître au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, étant relevé qu'on ne saurait tenir compte d'un abattement supérieur chez un assuré certes d'origine étrangère mais de moins de 55 ans à la date d'exigibilité et dont les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans le cadre de la détermination d'une activité adaptée. 10. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont partiellement compensés avec l'avance de CHF 400.- qui a été effectuée, le versement du solde étant exigé du recourant. Il n'est pas accordé d'indemnité de partie. Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et sont partiellement compensés avec l'avance de CHF 400.- effectuée. III. Il n'est pas accordé d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 27 novembre 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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