

FR_GERICHTE 605 2019 336 vom 26. Januar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_336

FR: FR_GERICHTE 605 2019 336 du 26 janvier 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2019 336 del 26 gennaio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité 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 recours est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

Dispositions relatives au droit d'être entendu

E. 2.1

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst., RS 101), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêts TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1).

E. 2.2

S'agissant d'abord du droit de consulter le dossier, celui-ci s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier. Il garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2; 129 I 85 consid. 4.1; 125 II 473 consid. 4c/cc; 121 I 225 consid. 2a). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e).

E. 2.3

S'agissant ensuite du devoir de motiver une décision, celui-ci est déduit du droit d'être entendu afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a).

E. 3

Discussion relative au droit d'être entendu

E. 3.1

Dans un premier grief, le recourant se plaint de n'avoir obtenu une copie de son dossier que trop tardivement. Il ressort du dossier que le mandataire du recourant a déposé le mercredi 4 décembre 2019 une demande écrite – par courrier et par courriel – tendant à la consultation de son dossier "dans le plus bref délai" (dossier OAI, p. 675). Après avoir reçu cette requête, l'OAI y a donné suite en transmettant un CD-ROM, contenant copie de l'ensemble du dossier, et le mot de passe nécessaire le mardi 10 décembre 2019 (dossier OAI, p. 676). L'OAI a donc transmis une copie du dossier à l'assuré quatre jours ouvrables après que celui-ci l'ait demandé. Ce délai est raisonnable et ne saurait, en tous les cas, constituer une violation du droit d'être entendu. Selon les calculs du mandataire, le délai de recours devait échoir le lundi 16 décembre 2019, la décision ayant été notifiée le 15 novembre 2020. Aux dires du mandataire, la copie du dossier a été reçue trois jours ouvrables avant l'échéance du délai de recours. Si l'on peut admettre qu'un délai de trois jours pour prendre connaissance d'un dossier de près de 700 pages et rédiger un mémoire est court, ce fait ne peut être imputé à l'OAI. Il était surtout de la responsabilité de l'assuré, respectivement de son mandataire, de demander la production du dossier plus tôt, de manière à pouvoir garantir ses droits, cela d'autant plus que le sort de sa demande lui avait déjà été communiqué sous la forme du préavis quelques mois plus tôt. Quoi qu'il en soit, le fait de n'avoir transmis le dossier que le 10 décembre 2019 ne saurait être considéré comme problématique. Il n'a pas empêché l'assuré de déposer un recours motivé dans les délais devant le Tribunal cantonal, recours qu'il aurait eu tout loisir de compléter ultérieurement ce dont il s'est néanmoins abstenu.

E. 3.2

Le recourant se plaint ensuite d'une motivation insuffisante de la décision du 14 novembre 2019. Selon lui, cette dernière ne tient pas compte des remarques figurant dans ses objections du 14 novembre 2019. La décision ici contestée est très brièvement motivée.

Cependant, elle mentionne les motifs ayant guidé l'OAI et sur lesquels il a fondé sa décision. En particulier, il renvoie explicitement à l'exigibilité médico-théorique retenue dans le rapport d'expertise du 17 juillet 2019 et procède à un calcul sommaire du degré d'invalidité. Ainsi, dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée a été respecté. L'assuré a par ailleurs été en mesure d'en faire une contestation systématique dans le cadre de son recours.

E. 3.3

Le recourant se plaint enfin de ce que son droit d'être entendu a été violé dans la mesure où il n'a été informé ni du fait qu'une expertise le concernant figurait au dossier, ni de son contenu. L'assuré a été avisé par courrier du 21 janvier 2019 du fait que l'OAI mandatait un médecin-expert (dossier OAI, p. 575). Le 14 février 2019, il a ensuite été informé de l'identité de l'expert ainsi que

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 du catalogue de questions sur lequel ce dernier devait se pencher (dossier OAI, p. 576). Enfin, le 13 mars 2019, il s'est fait convoquer pour un examen médical (dossier OAI, p. 591), examen réalisé le 15 mai 2019 (dossier OAI, p. 601). Certes, l'assuré ne s'est pas vu adresser une copie du rapport d'expertise. Pour autant, il n'affirme pas que cette pièce n'a pas été mise à sa disposition, étant précisé que, à le lire dans ses objections, il paraissait conscient de la portée des conclusions de l'expert sur son droit aux prestations qu'il s'attachait déjà à contester. Ainsi, il revient sur "l'expertise médicale (surréaliste)", indiquant ce qui suit: "pour simplifier, moi je n'ai rien dit et lui, il n'a rien vu, et c'est sur cette base qu'il va faire une expertise et tirer des conclusions. Je suis encore choqué, je peine encore à croire" (dossier OAI, p. 668). Au vu du processus suivi, les affirmations du recourant ne tiennent donc pas. L'on constate qu'il était pleinement informé du fait qu'une expertise avait été réalisée, ne serait-ce que parce qu'il s'est directement fait examiner par l'expert. Il importe peu dans ce contexte que l'OAI n'indique pas expressément se fonder sur ce rapport précis dans son projet de décision du 23 septembre 2019, omission au demeurant corrigée dans la décision du 14 novembre 2019.

E. 3.4

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'existence d'une violation du droit d'être entendu n'est pas démontrée. Les griefs sur ce plan doivent dès lors être écartés.

E. 4

Principes relatifs à l'assurance-invalidité

E. 4.1

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 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. Ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 4.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (cf. art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281; 127 V 294; 102 V 165; VSI 2001 p. 223). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 résultat prédéfini, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281).

E. 5

Principes relatifs aux nouvelles demandes

E. 5.1

L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, 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, 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.

E. 5.2

Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 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 citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d).

E. 5.3

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 citée; 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).

E. 6

Principes relatifs à l'appréciation des preuves Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

E. 6.1

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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 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).

E. 6.2

Pour statuer, 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 6.3

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En 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, 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).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15

E. 7

Discussion quant à la capacité de travail 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. La décision du 31 juillet 2003, confirmée sur opposition le 13 janvier 2004, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

E. 7.1

Il n'est dès lors pas sans intérêt de rappeler les motifs ayant conduit l'OAI à rejeter la demande de rente par décision du 31 juillet 2003, confirmée sur opposition le 13 janvier 2004. A cette occasion, l'OAI avait considéré que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps des activités adaptées ne comportant pas de travaux lourds et répétitifs. Se référant à un revenu d'invalidé basé sur les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2000 (ci-après: ESS), il avait néanmoins pris en compte une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial de 20%. Pour sa part, le revenu de valide était basé sur le salaire perçu en tant que dessinateur géomètre (dossier OAI, p. 166 et 180). S'agissant des conclusions médicales, l'OAI se référait aux conclusions des médecins de D. _____, en particulier le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci retenait les diagnostics invalidants d'"arthrose post-traumatique du coude gauche", "d'instabilité antérieure des deux épaules" et de "status après ostéochondrite disséquante de l'astragale gauche". Il estimait que ces atteintes n'empêchaient pas l'assuré de travailler à temps plein, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Celle-ci ne devait pas exiger de travaux lourds ou répétitifs au niveau des

membres supérieurs, mais également éviter des activités posturales prolongées, telles un travail continu à l'ordinateur (dossier OAI, p. 151).

E. 7.2

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. Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'OAI avait mandaté le Dr H._____ pour une expertise orthopédique. Dans son rapport du 17 juillet 2019, celui-ci retient les diagnostics invalidants de "séquelles de fracture de la palette humérale gauche dans l'enfance avec défaut résiduel de mobilité du coude gauche", de "gonalgies gauches sans substrat neurologique" et de "séquelles d'entorse de la cheville gauche". En raison de ces diagnostics, il considère que l'assuré est en mesure de travailler sans perte de rendement et à temps plein dans une activité adaptée. Il fait état de limitation en lien avec la position debout et la marche, le port de charge de plus de

E. 7.3

Reste à examiner si les conclusions de l'expert-orthopédiste peuvent être mises en doute par d'autres pièces du dossier. Le généraliste traitant, le Dr J._____, médecin praticien, retient les diagnostics d'"arthrose sévère du coude gauche post fracture opérée dans l'enfance", de "syndrome de compression du nerf ulnaire du coude gauche" et d'"atrophie de la masse musculaire de l'avant-bras gauche et main gauche" (rapport du 2 octobre 2017, dossier OAI, p. 444; cf. ég. p. 238 et 270). S'il indique que la capacité de son patient est nulle, cette affirmation est uniquement en lien avec l'ancienne activité au sein d'un atelier de sellerie. En revanche, dans une activité adaptée – soit en position assise ou permettant l'alternance de positions, avec un périmètre de marche limité, une limitation des mouvements répétitifs et du travail en hauteur – il estime que son patient peut travailler 8 heures par jour, soit une capacité de travail entière. Il évoque tout au plus qu'il y a "possiblement" une diminution du rendement (rapport du 11 juin 2018, dossier OAI, p. 540; cf. ég. p. 559). Force est de constater que les conclusions du généraliste traitant ne s'écartent que

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 marginalement des conclusions du Dr H._____, avec l'existence possible – et non établie – d'une diminution de rendement. En 2017, le patient a été suivi par plusieurs médecins de la clinique d'orthopédie de K._____, notamment le Dr L._____, généraliste, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la Dre N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Excluant – à l'instar de l'expert mandaté par l'OAI – une origine neurologique aux plaintes (rapport du 31 août 2017, dossier OAI, p. 548), ces médecins renaient le seul diagnostic de "traumatisierte fortgeschrittene Cubitalarthrose links" (rapport du 17 octobre 2017, dossier OAI, p. 525). Dans le cadre de leur intervention, ils ont procédé à une infiltration de carbostesin et de depo-medrol dont les suites ont été considérées comme positives, étant alors constaté que le patient ne prenait plus régulièrement d'antidouleurs (rapport du 25 mai 2017, dossier OAI, p. 395; cf. ég. p. p. 316, 318, 329 et 551). Dans leur rapport le plus récent, ils indiquent ce qui suit: "Der Patient hat sich vorerst gegen eine Ellenbogenprothese entschieden. Wir verweisen bzgl. der Therapieoptionen auf den ausführlichen Bericht vom 22.08.2017. Aufgrund der Befunde der Neurographie würden wir im Falle einer Prothesenimplantation einen N. Ulnaris-Release empfehlen mit Zuzug der Handchirurgen.

Somit ist eine handchirurgische Vorstellung aktuell aus unserer Sicht nicht mehr notwendig, solange das Sulcus-ulnaris-Syndrom klinisch kompensiert ist" (rapport du 31 août et du 17 octobre 2017, dossier OAI, p. 525 et 551). Si ces médecins ne quantifient pas expressément l'impact sur la capacité de travail de leur patient, ils évoquent tout de même des limitations dans les tâches répétitives et le port de charge. Il s'agit de limitations également évoquées par le Dr H._____. Enfin, les Drs P._____ et Q._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont été interrogés sur le plan diagnostic. Evoquant uniquement une diminution de la mobilité du coude et de la force, ils ne font cependant pas état d'incapacité de travail (dossier OAI, p. 510, 521, 556 et 557). Force est dès lors de constater que les conclusions du Dr H._____ ne sont pas mises en cause par les autres médecins interrogés.

E. 7.4

Dans son mémoire de recours, le recourant soutient que sa situation médicale doit impérativement être examinée sur le plan psychiatrique. A ses dires, il est probable que son état psychique a une influence sur sa capacité de travail, respectivement sur sa volonté de se soumettre à des opérations ou à des mesures de réadaptation. Cependant, l'on constate que le recourant n'est pas suivi sur le plan psychiatrique, que cela soit par un psychiatre, un psychologue ou même son médecin généraliste. Aucune médication psychotrope ne lui est non plus prescrite. En l'absence de traitement visant à en palier les symptômes, l'existence d'un trouble psychiatrique suffisamment sérieux pour justifier une incapacité de travail n'apparaît pas avoir été rendue vraisemblable. Par ailleurs, rien ne permet de constater que la situation aurait changé depuis la décision initiale du 31 juillet 2003. Certes, dans son rapport du 11 juin 2018, le Dr J._____ indique-t'il que des facteurs psychologiques pourraient faire obstacle à la réadaptation de son patient (dossier OAI, p. 540). Toutefois, dans un rapport du 8 juillet 2003, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de D._____, estimait déjà plausible l'existence de facteurs psychologiques qui pourraient mettre en péril la bonne marche des mesures de réadaptation

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 (dossier OAI, p. 161). La lecture du rapport du Dr J._____ tend donc à confirmer que la situation n'a pas évolué sur ce plan.

E. 7.5

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'assuré n'était pas en mesure de travailler entre le 13 septembre et le 13 octobre 2016. Puis, jusqu'au 1er juin 2018, seules des activités monomanuelles étaient exigibles. A partir de cette dernière date, il faut considérer comme établi de manière probante qu'il est en mesure de travailler sans perte de rendement et à temps plein dans une activité n'imposant pas la position debout et la marche prolongées, un port de charge de plus de 10 kg ou au dessus de la ceinture scapulaire, ainsi que le travail sur les échelles ou échafaudages. 8. Principes relatifs au calcul du degré d'invalidité 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à

une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 8.2. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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 citée). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). 8.4. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 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'invalidé 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 LPG), 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'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, 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 (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées). 9. Discussion relative au degré d'invalidité Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de déterminer le degré d'invalidité du recourant, étant précisé que le droit à une éventuelle rente ne prendrait naissance qu'une année après le dépôt de la demande de prestations, soit en janvier 2018 (art. 28 LAI). 9.1. S'agissant du revenu de valide, celui-ci a été fixé à CHF 80'991.-, l'OAI se référant au revenu que percevait l'assuré comme collaborateur atelier sellerie. Le recourant conteste ce montant, estimant, à juste titre, qu'il convient de se référer au revenu qu'il obtiendrait en tant que géomètre, profession qu'il a apprise et dont il détient le CFC.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Ainsi, ressort-t'il des pièces à disposition de la Cour que, en 1997, l'assuré aurait obtenu un revenu mensuel de CHF 63'050.- en tant que géomètre (dossier OAI, p. 166). Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux, cela correspondrait à un revenu de CHF 79'590.65 pour l'année 2018 (indices de 104.689 pour 1997 et 132.1533 pour 2018, cf. OFS, T1.93 Indice suisse des salaires par secteur, secteur Tertiaire). Ce calcul démontre que le montant pris en compte par l'OAI est légèrement plus élevé que celui dont se prévaut le recourant. Dans la mesure où cela lui est favorable et en l'absence de réel impact sur le droit aux prestations, la Cour de céans va donc se référer à ce dernier montant. Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 80'991.-. 9.2. S'agissant ensuite du revenu d'invalidé, l'OAI l'a fixé à CHF 77'852.70 (CHF 6'631.- x 13) considérant qu'il correspondrait à ce que l'assuré serait en mesure d'obtenir s'il reprenait une activité de géomètre. Si cela n'est pas expressément indiqué dans la décision contestée, il ressort des pièces du dossier que ce montant a été déterminé à l'aide du calculateur individuel de salaires proposé par l'Office fédéral de la statistique (dossier OAI, p. 496). Or, l'usage de ce calculateur a été rejeté par le Tribunal fédéral qui a donné la priorité à la comparaison des revenus sur la base des données statistiques nationales telles que l'ESS (arrêts TF 9C_414/2017 du 21 septembre 2017 considérant 4.2, 8C_486/2013 du 4 novembre 2013 consid. 4). Partant, il convient plutôt de se référer au montant mensuel de CHF 5'339.-, soit CHF 64'068.- annuellement. Ce montant correspond au salaire médian du secteur privé des services selon les chiffres de l'ESS 2016 (TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 2, hommes). En l'occurrence, dès lors que l'assuré n'était en mesure de travailler que dans des activités monomanuelles jusqu'en juin 2018, la Cour se réfère aux activités légères dans le secteur des services uniquement (cf. arrêt TF I 377/06 du 2 juillet 2007). Par ailleurs, dans la mesure où l'assuré dispose non seulement d'un CFC mais a également réalisé deux ans de formation dans le domaine de la joaillerie et dispose d'une expérience professionnelle très variée, il convient de renvoyer plutôt aux grands groupes 4 à 8 de la classification internationale du type des professions (CITP), ce qui implique prendre en compte le niveau de compétence 2. De ce fait, l'on peut considérer que CHF 64'068.- correspond au revenu

que l'assuré pourrait obtenir dans un large éventail d'activités, dont un nombre significatif d'entre elles est adapté à ses limitations et à ses aptitudes, sur un marché du travail supposé équilibré. Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'668.55, indices de 104.5378 pour 2016 et 105.5177 pour 2018, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 45-96 secteur tertiaire) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2018 (CHF 67'416.95, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, secteur tertiaire). Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidité est fixé à CHF 67'416.95. 9.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 80'991.-) et d'invalidité (CHF 67'416.95) que la perte de gain se monte à CHF 13'574.05. Cela correspond à un degré d'invalidité de 16.76%, soit 17% (cf. ATF 130 V 121).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 Force est ainsi de constater que, même en limitant le revenu de valide à des activités strictement monomanuelles, le recourant a un degré d'invalidité inférieur à 40%, ce qui ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Au demeurant, ce degré d'invalidité demeurerait inférieur à 40% si l'on tenait compte d'une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité au titre de désavantage salarial, et cela même si celle-ci était fixée au maximum de 25% autorisé par la jurisprudence. Il n'est dès lors pas nécessaire de trancher la question de son amplitude. 10. Sort du recours Le recours doit être rejeté et la décision du 14 novembre 2019 confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance du même montant déjà versée. Il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe; ils sont compensés avec l'avance du même montant déjà versée. III. Il n'est pas octroyé 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 26 janvier 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

E. 10

kg ou au dessus de la ceinture scapulaire, ainsi que le travail sur les échelles ou échafaudages. Il précise néanmoins qu'il y a eu une incapacité de travail totale entre le 13 septembre et le

E. 13

octobre 2016, et que jusqu'au 1er juin 2018 seules des activités monomanuelles étaient exigibles (dossier OAI, p. 601). Les conclusions de l'expert sont fondées sur l'étude du dossier asséculologique ainsi que des différentes pièces apportées par l'assuré. L'on précise, à cet égard, que si l'assuré fait état de difficultés en lien avec l'ouverture de ces dernières au jour de la rencontre avec l'expert (cf. dossier OAI, p. 661), cela n'exclut nullement que celui-ci ait pris connaissance de leur contenu durant les

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 jours suivants. L'on constate, au contraire, que l'expert semble détailler le contenu de rapports en annexe 1 et reproduit les nouvelles pièces en annexe 6 de l'expertise. Il apparaît ainsi que l'expertise se fonde sur une bonne connaissance du dossier. En outre, l'expert se base également sur un entretien d'une heure avec l'assuré en date du 15 mai 2019. L'on rappelle, à ce stade, que la jurisprudence fédérale a maintes fois confirmé que la durée de l'entretien n'était à elle seule pas déterminante pour juger de la valeur probante de l'expertise et que c'était bien plus le contenu de cette dernière qui importait (cf. arrêt TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). A l'occasion de cet entretien, l'assuré a été en mesure de décrire ses atteintes ainsi que leur impact sur son quotidien, notamment le fait que la mobilité de son coude gauche était limitée depuis qu'il était âgé de quatre ans ensuite d'un accident dont le suivi médical n'aurait pas été adéquat. Il a également pu préciser ses autres atteintes, notamment au genou et à la cheville gauche. A ses dires, l'ensemble de ces troubles ne l'empêcheraient pas d'effectuer toutes ses activités, mais l'obligent à plus de lenteur et à éviter l'usage du membre supérieur gauche. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'expertisé. Contrairement à ce que prétend le recourant, l'expert ne s'est pas concentré sur les membres supérieurs mais a également examiné les genoux, les chevilles et les pieds, relevant une sensibilité et une douleur à gauche sans trouble neurologique révélé. L'expert présente par ailleurs une argumentation détaillée de ses réponses quant aux diagnostics qu'il retient et à l'évaluation de la capacité de travail. Ainsi, par exemple, pour ce qui a trait aux membres inférieurs, il souligne que "le profil d'effort actuel est meilleur que celui décrit par le [généraliste traitant] par rapport à la marche et à la position debout car il n'y a pas de substrat clair ou de plainte décrite par la personne assurée. Les radios de la cheville mettent en évidence une séquelle [d]'entorse avec un arrachement osseux mais pas la présence d'arthrose liée au niveau de calcanéo-talienne, ni au niveau de la sous-talienne". De même, s'agissant des troubles au niveau du membre supérieur gauche, il constate la présence d'une autolimitation ainsi qu'une certaine incohérence entre les déclarations du patient et le status objectif. Il constate également que l'assuré ne suit aucun traitement. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît ainsi que les conclusions du Dr H. _____, bien argumentées, sont convaincantes et doivent se faire reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel.

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