

FR_GERICHTE 605 2020 2 vom 9. April 2021

FR Kantonsgericht, 2021-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_2

FR: FR_GERICHTE 605 2020 2 du 9 avril 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 2 del 9 aprile 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 3

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.

E. 3.1

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).

E. 3.2

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 21 En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

E. 3.3

à 3.5; arrêt TC FR 605 2020 47 du 21 mars 2021, consid. 2.5)

E. 4.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

E. 4.2

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 4.3

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 21 il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

E. 5.1

Dans le cas présent, la période allant du 1er novembre 2012 jusqu'au 31 octobre 2016 pour laquelle une rente entière a été octroyée ne fait pas l'objet de la procédure de recours. Est en l'espèce litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à partir du 1er novembre 2016, en particulier des mesures d'ordre professionnel et une rente d'invalidité. Pour y répondre, il convient d'abord de déterminer si et cas échéant dans quelle mesure sa capacité de travail et de gain s'est effectivement améliorée à ce moment, ce qui nécessite une appréciation médicale de sa situation.

E. 5.2

Dans sa décision, l'OAI affirme qu'il ressort des documents médicaux en sa possession que le recourant ne peut plus exercer son travail habituel de maçon, mais qu'il est en mesure d'exercer une activité adaptée à 100% sans diminution de rendement dès le 1er novembre 2016, soit trois mois après l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA du 20 juillet 2016. Dans son rapport du 20 juillet 2016, la Dr H. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, pose ce diagnostic : "Déchirure du ménisque interne et du ligament croisé antérieur. Plastie du LCA par voie arthroscopique, prélèvement du greffon tiers moyen du ligament rotulien, méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne. Ablation de granulome et arthroscopie du genou G avec résection de la corne moyenne, corne postérieure du ménisque interne. Arthroscopie du genou gauche avec résection de reliquats de greffe, ablation de la vis. Notchplastie de l'échancrure, méniscectomie interne partielle, débridement du cartilage interne, contrôle du compartiment externe" (dossier OAI, p. 744 ss). Au niveau de l'exigibilité, elle affirme que la capacité de travail dans son ancien travail comme maçon est de 0% et qu'elle est de 100% en respectant les limitations suivantes: "travail en position principalement assise avec la possibilité d'aller debout et de changer la position librement. Éviter les marches prolongées et seulement sur terrain plat, éviter la descente ainsi que les marches d'escaliers, pas de travail sur les escaliers ou sur les échafaudages. Interdiction de travailler en position accroupie, à genoux ou autres positions contraignantes pour les genoux". Ces limitations ont été retenues par la SUVA, qui a considéré dans sa décision du 20 décembre 2016 que, sous cette réserve, une activité professionnelle adaptée était exigible à 100% sans diminution de rendement (dossier OAI, p. 740 s.). Cette décision a été confirmée par un arrêt de la Cour de céans du 3 octobre 2017 contre lequel aucun recours n'a été interjeté, de telle sorte qu'il est entré en force (cf. partie en fait, let. B).

E. 5.3

De son côté, le recourant conteste l'appréciation des différents rapports médicaux faite par l'OAI. Il expose que l'évolution de son état de santé au niveau des genoux est mauvaise et s'est même aggravée. A cela s'ajoute des problèmes de santé psychique et physique: troubles dépressifs chroniques désormais somatisés avec apparition d'idées suicidaires persistantes nécessitant un soutien médicamenteux. Il allègue que le Dr G. _____, psychiatre traitant, a attesté une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 21 incapacité de travail totale dès 2016 et que cette incapacité n'a pas été retenue par l'autorité intimée alors que l'expertise mentionne les rapports de ce médecin. Il critique aussi les conclusions de l'expert en psychiatrie. Quant aux conclusions de l'évaluation consensuelle, il les qualifie d'imprécises, peu claires, lacunaires voire contradictoires et réserve les mêmes qualificatifs pour l'ensemble de

l'expertise pluridisciplinaire. Il reproche enfin à l'OAI d'avoir ignoré l'existence des troubles psychiques ainsi que leurs effets sur sa capacité de travail et de ne pas avoir suffisamment pris en compte l'apparition progressive dès 2016 de douleurs au niveau de l'épaule gauche.

E. 5.4.1

Sur le plan somatique, la Cour constate que de nouveaux rapports médicaux, postérieurs à son arrêt du 3 octobre 2017, figurent au dossier: - Le 16 avril 2018, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, rédige un rapport à l'attention de Me Känel et pose le diagnostic suivant concernant l'atteinte à l'épaule gauche: rupture étendue de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Il estime que son patient devrait pouvoir reprendre son travail dès juillet ou août 2018 (dossier OAI, p. 298); - Le 9 mai 2018, le Dr I. _____ atteste une incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2018 (dossier OAI, p. 275); - Le 5 juin 2018, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, rédige un compte-rendu de sa consultation du 5 juin 2018 à l'attention de la Dre K. _____. Il pose le diagnostic de gonarthrose post-traumatique gauche et indique que son "patient présente de plus en plus de douleurs invalidantes qui induisent une boiterie. Dans ces conditions, il désire une prise en charge définitive. De plus, à cause de ses douleurs, le patient ne peut pas retrouver une activité professionnelle. En effet, il travaillait comme maçon". Il ajoute qu'il a proposé à son patient un geste chirurgical, soit pour une prothèse unicompartimentale interne, soit pour une prothèse totale du genou gauche; la patient a accepté la proposition (dossier OAI, p. 252); - Un rapport du 5 juin 2018 des Drs L. _____ et M. _____, spécialistes en radiologie, qui arrivent à la conclusion suivante: "Antécédents opératoires de tunnelisation pour plastie du LCA à gauche. Gonarthrose interne gauche très évoluée avec réaction ostéophytique en regard. Pincement dégénératif sévère de l'interligne fémoro-tibial interne gauche. Dans le contexte, on peut suggérer une évaluation plus précise, plus fine par IRM." (dossier OAI, p. 217); - Un rapport du Dr J. _____ du 16 janvier 2019 maintenant son diagnostic précédent et précisant que l'intervention chirurgicale d'arthroplastie du genou gauche prévue le 19 novembre 2018 a dû être annulée à cause d'une folliculite généralisée sur le corps du patient (dossier OAI, p. 221);

E. 5.4.2

Les atteintes psychiques n'ont pas été prises en considération dans le cadre de la procédure en assurance-accidents étant donné qu'il n'y avait pas de lien de causalité avec l'accident (arrêt TC FR 605 2017 13 du 3 octobre 2017 consid. 6a). Elles doivent l'être dans le cadre de la présente procédure en assurance-invalidité. Les rapports principaux suivants, tous établis par le psychiatre traitant, renseignent sur les atteintes psychiques: - Rapport du 28 octobre 2016 du Dr G. _____ dans lequel il pose ces diagnostics: F32.11 Episode dépressif modéré avec syndrome somatique depuis quelques années et F43.21 Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. S'agissant du pronostic, il précise qu'il n'est
Tribunal cantonal TC Page 10 de 21 pas évident mais qu'un travail de son patient dans sa profession est définitivement exclu. Dans une activité adaptée, il explique qu'il faudrait éventuellement évaluer ses compétences et sa résistance en vue d'une possible activité, mais que celle-ci devrait rester manuelle et très simple (dossier OAI, p. 709 ss). - Rapport du 2 décembre 2016 du Dr G. _____ où il répond tout d'abord à une question concernant le rapport de causalité entre l'accident du 3 novembre 2011 et l'état dépressif ainsi que le trouble d'adaptation dont souffre son patient. Ensuite, à la question "Est-ce que ses troubles

psychiques diminuent la capacité de travail et de gain de A. _____ et, dans l'affirmative, dans quelle mesure en pourcentage?", il répond "si nous tenons compte de la nature de l'accident et de ses séquelles, autant physiques que psychiques, on peut dire que l'incapacité de travail et de gain de A. _____ est de 100%, car les possibilités de reclassement professionnel, compte tenu de ses compétences et de son âge, sont nulles" (dossier OAI, p. 561); - Rapport du 10 mai 2017 du Dr G. _____ où il note que depuis le 28 octobre 2016 on peut considérer que l'état de santé de son patient ne s'est pas amélioré et que sa capacité de travail est nulle même dans une activité adaptée car il faut tenir compte de sa symptomatologie dépressive qui entrave sa capacité de travail (dossier OAI, p. 293); - Rapport médical intermédiaire du 5 janvier 2018 demandé par l'OAI au Dr G. _____ qui coche la case "l'état de santé est-il resté stationnaire ?" et précise que c'est le cas depuis le 28 octobre 2016. Il dit que les deux atteintes F 32.11 et F 43.21 ont une influence sur la capacité de travail. A la question "Date et pourcentage des incapacités de travail ?" il répond "Aucune incapacité de travail attestée par moi". Il écrit que son patient évolue avec des hauts et des bas, en attente de résoudre sa situation actuelle d'inactivité. A la question "Mesures thérapeutiques / Pronostic", il mentionne "Continuer son suivi. Quant au pronostic, il est en accord avec ses possibilités de reclassement professionnel et de trouver un travail adapté à ses compétences [souligné dans le rapport]". Il affirme enfin que le dernier examen médical a été réalisé le 7 novembre 2017 (dossier OAI, p. 315 s.); - Rapport du 29 mars 2018 du Dr G. _____ dans lequel il explique que depuis son rapport du 28 octobre 2016 l'état de santé de son patient ne s'est pas amélioré et qu'il présente une incapacité de travail totale dans toutes les activités. Il termine son rapport en expliquant que l'état de santé ne s'est pas stabilisé, qu'il y a des périodes d'amélioration mais aussi d'aggravation avec des idées suicidaires qui reviennent fréquemment (dossier OAI, p. 294); - Rapport du 13 avril 2018 du Dr G. _____ diagnostiquant ceci: "F32.11 Episode dépressif modéré avec syndrome somatique, actuellement chronicisé. Episode dont il souffre en tout cas depuis que je le suis (23.02.2015), et, très probablement, depuis des années en arrière, à la suite de son accident du 03.11.2011". Il précise la médication prise par son patient et que celui-ci présente une incapacité de travail complète dans toutes les activités depuis son accident malgré une certaine envie de réaliser un essai de reclassement professionnel (dossier OAI, p. 295); - Rapport du 9 mai 2018 du Dr G. _____ qui affirme que l'état de santé s'est aggravé, posant les diagnostics pour la période de mai 2017 à janvier 2018 de F32.11 Episode dépressif modéré avec syndrome somatique, chronicisé et F43.21 Trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. Il indique que la capacité de travail comme maçon est nulle et que si son patient avait la capacité de réaliser une activité, ce serait à 30% à titre occupationnel (dossier OAI, p. 274).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 21

E. 5.5.1

Suite aux objections du 25 avril 2018 au projet de décision (dossier OAI, p. 277 ss), l'OAI a demandé à son SMR s'il pouvait maintenir sa position d'octroi de rente limitée, s'il s'agissait toujours d'un cas commun pur et si une expertise pluridisciplinaire telle que demandée était nécessaire. Dans sa prise de position du 23 mai 2018, le Dr B. _____ du SMR dresse la liste des rapports des Dr G. _____ (10 mai 2017, 29 mars 2018, 13 avril 2018 et 5 janvier 2018), Dr J. _____ (21 février 2017) et Dr I. _____ (16 avril 2018), puis il répond par la négative aux deux premières questions et préconise une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie avec avis consensuel des experts pour faire la lumière sur le

cas (dossier OAI, p. 267 s.).

E. 5.5.2

Suivant cet avis, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire en ajoutant la médecine interne. Le mandat d'expertise a été confié aléatoirement (cf. art. 72bis RAI) à C._____.

Dans l'évaluation consensuelle du 2 mai 2019, les experts ont posé ces diagnostics, sans distinction sur l'incidence sur la capacité de travail: "Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) depuis août 2016; Gonalgie gauche sur arthrose post-traumatique des compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-rotulien; Omalgie gauche persistante dans un status post-suture de la coiffe et acromioplastie en mars 2018; Lombalgies communes; Hypoacousie bilatérale appareillé depuis 1999; Myopie et astigmatisme importants (mise en place d'une lentille bilatérale il y a 4-5 ans); Probable syndrome d'apnées du sommeil non traité" (dossier OAI, p. 129).

6.4.3. Les experts constatent les éléments suivants ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles: l'activité professionnelle de maçon n'est plus envisageable en raison des deux problématiques détaillées ci-dessus (douleurs mécaniques du genou gauche occasionnant une limitation du périmètre de marché une boiterie, et des douleurs persistantes de l'épaule gauche). Une autre activité adaptée serait par contre possible, cette activité devant répondre à certaines limitations. L'activité adaptée doit répondre aux critères suivants : Pas de port de charges de 5 kg [même] occasionnellement, pas de travail en hauteur avec le membre supérieur gauche, pas de déplacement au-delà de quelques dizaines de mètre par ailleurs, pas de stations accroupies, pas d'exposition au froid, pas de montée descente d'escaliers ou d'échelle. La capacité travail dans cette activité théorique peut être de 50% lors de la reprise, puis à réévaluer suite à un stage de réinsertion professionnelle. Le trouble dépressif a pour conséquence des difficultés relationnelles partielles, des difficultés relatives dans la gestion des émotions, des difficultés liées aux tâches administratives, des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress, une limitation de la capacité de concentration et mnésique, mais également de la capacité d'organisation et d'adaptation au changement. En conséquence, l'expertisé ne peut plus assumer une activité impliquant un stress élevé ou une forte capacité d'adaptation. Dans une activité adaptée, les contacts relationnels doivent être peu fréquents, les exigences d'endurance, de rapidité également limitées. A la rubrique "capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici", ils indiquent: 0%. A celle concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, ils affirment: 100%. A la rubrique suivante s'intitulant "motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)", les experts répondent: "comme précisé plus haut il n'est pas exclu qu'un passage de 50% à 100% soit possible dans un proche avenir, après évaluation".

E. 5.6

Amenée à statuer, la Cour de céans relève tout d'abord ce qui suit:

E. 5.6.1

Le rapport de C._____ – établi selon les conditions-cadres de la médecine des assurances – est fondé sur l'étude du dossier assécurologique qui avait été transmis, les examens

Tribunal cantonal TC Page 12 de 21 cliniques et radiologiques, les rapports médicaux, les rapports d'opération, les examens et entretiens des 12 et 21 février 2019 d'une durée de deux

heures pour le volet psychiatrique, d'une heure et trente minutes pour la médecine interne et d'une heure et trente minutes également pour la rhumatologie. Les experts ont synthétisé le dossier concernant le parcours du recourant au niveau social, professionnel puis médical, citant et résumant les nombreux rapports de différents médecins. Ils se sont ensuite entretenus avec le recourant ce qui a permis de faire l'anamnèse systématique. A l'occasion des différents entretiens, il a été en mesure d'expliquer ses troubles et leurs incidences sur son quotidien, de décrire son historique professionnel, médical, social et d'expliquer ses habitudes, le déroulement de ses journées, ses activités, la répartition des tâches avec son épouse. Les experts font leur propres constatations et observations puis posent leurs diagnostics. Enfin, ils font l'évaluation médicale, médico-assurantielle et répondent aux questions de l'OAI. Les appréciations médicales sont claires et les conclusions des experts sont motivées. On notera toutefois une discordance dans l'évaluation consensuelle: les experts affirment que l'expertisé peut travailler à 100% dans une activité adaptée alors que, à l'affirmation suivante, ils expliquent ceci: "Comme précisé plus haut il n'est pas exclu qu'un passage de 50% à 100% soit possible dans un proche avenir, après évaluation". Cette discordance est précisée et clarifiée plus haut lorsqu'ils parlent de l'activité adaptée du recourant en tenant compte des limitations et arrivent à cette conclusion: "la capacité de travail dans cette activité théorique peut être de 50% lors de la reprise puis à réévaluer suite à un stage de réinsertion professionnelle". Cette conclusion ressort d'ailleurs des rapports d'expertise. A la question "A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail par rapport à un emploi à 100 % ?" - En médecine interne, le Dr F. _____ répond: "sans tenir compte des conclusions des autres experts, 100%" (dossier OAI, p. 153); - En psychiatrie et psychothérapie, le Dr D. _____ répond "100%" (dossier OAI, p. 183); - En rhumatologie, la Dre E. _____ répond "50% au début de la reprise, puis à réévaluer progressivement. Car il n'y a pas de contre-indication formelle à ce qu'une activité adaptée, telle qu'elle est décrite plus haut, soit effectuée à 100% à l'avenir" (dossier OAI, p. 209) A la question "Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?" - En médecine interne, le Dr F. _____ répond: "inchangée"; - En psychiatrie et psychothérapie, le Dr D. _____ répond "L'évolution dépend en particulier du caractère chronique du trouble. En effet, une aggravation ne peut être exclue. Dans la mesure où le trouble dépressif est stationnaire, la capacité de travail dans un poste adapté restera de 100%."; - En rhumatologie, la Dre E. _____ répond "Comme précisé plus haut il n'est pas exclu qu'un passage de 50% à 100% soit possible dans un proche avenir, après évaluation."

E. 5.6.2

A priori, les spécialistes semblent à tout le moins s'accorder sur une reprise, à court terme, d'au moins 50%, à moyen terme, tous suggèrent toutefois qu'une capacité entière est envisageable On le constate plus clairement encore lorsque l'on examine matériellement et concrètement leurs constatations et appréciations:

Tribunal cantonal TC Page 13 de 21 - Le Dr F. _____, expert pour la médecine interne, observe chez le recourant une boiterie du membre inférieur gauche en allant de la salle d'attente à la salle de consultation. Durant la consultation, l'expertisé reste assis sans changer fréquemment de position et ne demande pas à se lever. Il ne relève rien de particulier lors des constatations. Il pose les diagnostics suivants: Hypoacousie bilatérale appareillée depuis 1999; Myopie et astigmatisme importants (mise en place d'une lentille

bilatérale il y a 4-5 ans); Probable syndrome d'apnées du sommeil non traité. S'agissant de l'évaluation de l'évolution concernant les traitements, les mesures de réadaptation, le pronostic, il écrit que "l'examen de ce jour est dans les limites de la norme. Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail. La fatigue dont se plaint l'assuré pourrait, en partie, être due au syndrome d'apnées du sommeil qui n'est pas traité. Un nouvel essai de traitement par CPAP pourrait être envisagé, mais refusé par le patient". L'expert affirme qu'il a une capacité de travail entière dans tous les domaines, y compris dans son activité habituelle. - Le Dr D. _____, expert pour la psychiatrie et psychothérapie, reporte tout d'abord les indications fournies spontanément par l'expertisé: au moment de l'accident, il n'y avait aucun trouble psychique. Malgré deux opérations au genou, le syndrome douloureux persiste les années suivantes et, sans qu'il n'en ait pris conscience, ses médecins traitants lui auraient signifié qu'il a développé un syndrome dépressif secondaire. L'expert observe que le recourant parle de ses idées suicidaires en pleurant durant toute l'évaluation. Année après année, il a constaté l'aggravation progressive de la dépression, se sent de plus en plus fatigué et présente des idées suicidaires. Il se sent abandonné, perd la mémoire et ne cesse de comparer sa vie actuelle avec celle d'avant l'accident. Ne voyant pas de solution à sa situation actuelle, il demande une aide financière, à savoir une rente, estimant être incapable de travailler et présentant des problèmes financiers. L'expertisé parle d'une tristesse permanente; une anxiété légère et permanente existe chroniquement. Elle diminue lorsqu'il sort de son domicile. Il affirme qu'elle augmente à cause de sa maladie ou de la confrontation à ses limitations physiques. Il y a une forte baisse de l'humeur, l'énergie vitale est fortement diminuée, une fatigue intense. Le recourant a des pensées suicidaires mais se ravise lorsqu'il réalise que le suicide serait une tragédie pour lui et sa famille. Il fait état de troubles de la concentration très présents, de difficultés à enregistrer certaines informations, d'une mauvaise qualité du sommeil, de pertes d'appétits. L'expert constate entre autres ceci lors de l'entretien: "régulièrement, il bouge sur sa chaise, cherchant une position plus confortable en manifestant une gêne par des grimaces au niveau du visage. Trente minutes plus tard, il se lève à nouveau dans la même attitude, puis reprend la position assise après quelques secondes [...] "L'expertisé est orienté dans le temps, l'espace, à la personne et à la situation. L'intelligence est cliniquement dans les normes inférieures, compte tenu du niveau de scolarisation. Le jugement et le raisonnement apparaissent dans les normes. La perception de soi est négative. La perception des autres est altérée, dans le sens qu'il perçoit chez l'autre une source d'irritation". L'expert pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) depuis août 2016 et explique qu'au status on ne retrouve pas d'argument en faveur d'un épisode dépressif sévère. L'expertisé n'est pas apathique, bien que légèrement fatigable. Si l'humeur déprimée semble conséquente, l'abattement reste modéré et l'expertisé n'est que légèrement ralenti. Les signes anxieux ne sont pas non plus sévères, et on ne retrouve pas de signe psychotique. Ainsi, les éléments objectifs concordent avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen. L'expert note certaines incohérences surtout une majoration de diverses plaintes qui ne correspondent pas à l'importance des signes objectifs. Il relève que l'expertisé est en mesure

Tribunal cantonal TC Page 14 de 21 d'effectuer des tâches manuelles simples à son rythme, en raison du syndrome douloureux mais également de la fatigue d'origine psychique. L'expert précise cependant qu'il faut tenir compte de la fatigue à imputer éventuellement au syndrome d'apnées du sommeil. Il note que l'expertisé peut effectuer des choix lors des courses, qu'il est capable de conduire pendant deux heures au maximum, qu'il peut assumer des tâches ménagères accessibles selon ses limitations physiques. Concernant les tâches

administratives ou l'usage de moyens informatiques, l'expert relève surtout la faiblesse des ressources, en particulier la faiblesse des connaissances linguistiques en français. S'agissant de la capacité de travail, l'expert affirme clairement que le recourant ne peut plus pratiquer son activité habituelle de maçon. Dans une activité adaptée, l'expert explique que le trouble dépressif a pour conséquence des difficultés relationnelles partielles, des difficultés relatives dans la gestion des émotions, des difficultés liées aux tâches administratives, des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress, une limitation de la capacité de concentration et mnésique, mais également de la capacité d'organisation et d'adaptation au changement. Cela a pour conséquence que le recourant ne peut plus assumer une activité impliquant un stress élevé ou une forte capacité d'adaptation; dans une activité adaptée, les contacts relationnels doivent être peu fréquents, les exigences d'endurance, de rapidité également limitées. Toujours de l'avis de l'expert, le recourant peut travailler huit heures par jour mais doit bénéficier au préalable d'une mesure de reconditionnement, puis d'une aide au placement. - La Dre E. _____, experte pour la rhumatologie, prend tout d'abord note des indications fournies spontanément par le recourant, en particulier ses douleurs au genou gauche suite à la chute, les trois interventions qui n'ont pas permis d'améliorer la situation ainsi que les douleurs plus récentes à l'épaule gauche depuis 2016 ou 2017. Elle précise ensuite les douleurs que lui causent ses affections actuelles: concernant le genou gauche, il peut marcher entre quinze et vingt minutes à plat, présente une boiterie permanente, ne peut plus s'accroupir à cause des douleurs; concernant l'épaule gauche, les douleurs sont présentes en permanence, peuvent être insomniantes et les douleurs sont exacerbées par le mouvement d'abduction et d'antépulsion du membre supérieur gauche. Elle note qu'il y a depuis quelques mois des douleurs à l'épaule droite peut-être en relation avec une sursollicitation de cette épaule ainsi que des lombalgies chroniques intermittentes. Elle relate le déroulement de la journée du recourant: après son réveil et le déjeuner, il s'occupe des oiseaux domestiques, sort une fois le matin et une fois l'après-midi, l'après-midi plus longuement pour aller jusqu'en ville et faire du lèche-vitrines. Il marche au maximum une demi-heure à deux reprises. Il va faire les courses avec son épouse en voiture. Il aide souvent pour la préparation des repas, pour passer l'aspirateur ou balayer mais toujours pour une très courte période car cela lui provoque des douleurs. Pour les courts trajets en voiture, il est capable de conduire. L'experte effectue ensuite ses constatations sur le recourant et analyse les radiographies de la colonne lombaire, du genou gauche et de l'épaule gauche réalisées le jour de l'examen. Puis, elle pose les diagnostics de gonalgie gauche sur arthrose post-traumatique des compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-rotulien; Omalgie gauche persistante dans un status post-suture de la coiffe et acromioplastie en mars 2018; Lombalgies communes. Elle précise qu'il y a deux diagnostics incapacitants à savoir les douleurs persistantes du genou gauche sur une arthrose modérée et d'autre part les douleurs persistantes de l'épaule gauche suite à une intervention chirurgicale qui n'a pas grandement soulagé le patient. Elle fait état des limitations du recourant dans ses activités: il ne peut pas marcher plus que quinze à vingt minutes

Tribunal cantonal TC Page 15 de 21 de suite, il doit éviter de marcher en terrain inégal ainsi qu'en montée-descente, il ne peut plus s'accroupir, porter d'objets lourds et l'exposition au froid intensifient les douleurs. Pour ces raisons, son activité de maçon n'est plus envisageable. Les douleurs à l'épaule ont aussi un caractère incapacitant en tant que maçon: il ne peut pas plus porter d'objets lourds au-delà de 5 kg occasionnellement et il ne peut plus travailler en route, au-dessus du niveau des épaules et ceci de façon définitive. L'examen clinique confirme une restriction de la mobilité à la fois du genou et de l'épaule. L'examen

radiologique confirme quant à lui également une atteinte arthrosique bicompartimentale au genou gauche alors qu'au niveau de l'épaule gauche on observe un état après acromioplastie avec un espace sous-acromial restreint et une arthrose acromioclaviculaire. Enfin, les lombalgies n'ont pas un caractère incapacitant. L'experte explique qu'il a été proposé au recourant la pose d'une prothèse totale du genou mais que le recourant hésite car les douleurs sont actuellement gérables et qu'il s'est accommodé de ne pouvoir marcher que trente minutes au maximum. L'experte relativise cette situation et indique que la situation est gérable puisqu'il n'a plus d'activité professionnelle mais qu'il en serait autrement s'il travaillait régulièrement. Elle cite d'autres solutions conservatrices. En réponse aux questions de l'OAI sur la capacité de travail, elle affirme que le recourant ne peut plus assumer son ancienne activité de maçon mais qu'en tenant compte des limitations citées ci-dessus, il a une capacité de travail dans une activité théorique de 50% lors de la reprise puis à réévaluer suite à un stage de réinsertion professionnelle. Son temps de présence maximal est selon elle de quatre heures par jour au début. Elle précise qu'au début de la reprise il aurait une capacité de travail de 50% puis à réévaluer progressivement. Elle ajoute ceci: "car il n'y a pas de contre-indication formelle à ce qu'une activité adaptée, telle qu'elle est décrite plus haut, soit effectuée à 100% à l'avenir". A la question "Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?" elle répond "Comme précisé plus haut, il n'est pas exclu qu'un passage de 50% à 100% soit possible dans un proche avenir, après évaluation".

E. 5.7

Au vu de tout ce qui précède, la Cour apprécie la situation comme suit:

E. 5.7.1

Concernant spécifiquement le volet psychique ainsi que les reproches du recourant à l'égard de l'expert en psychiatrie et, partant, à l'égard de tous les experts dans l'évaluation consensuelle, il faut tout d'abord noter que ces derniers ont cité et synthétisé un grand nombre de rapports médicaux sans pour autant fonder formellement leurs appréciations médicales sur l'un ou l'autre de ces rapports spécifiques. Il convient d'observer que les rapports du Dr G. _____, outre le fait qu'ils émanent du médecin traitant en psychiatrie, sont souvent succincts et semblent uniquement répondre à des questions sans préciser s'il a examiné son patient et, cas échéant, les circonstances de cet examen. C'est notamment le cas des rapports du 9 mai 2018 (dossier OAI, p. 274), du 13 avril 2018 (dossier OAI, p. 295), du 29 mars 2018 (dossier OAI, p. 294), du 10 mai 2017 (dossier OAI, p. 293). Ces rapports fluctuent concernant la capacité de travail du recourant et l'un d'eux est même contradictoire lorsqu'il indique qu'il n'y a "aucune incapacité de travail attestée par moi" (rapport du 5 janvier 2018; dossier OAI, p. 315 s.). De plus, il faut rappeler que les experts n'ont pas à motiver pourquoi ils n'ont pas la même appréciation et compréhension médicales qu'un médecin traitant. On peut légitimement partir de l'idée qu'en citant les rapports et en les résumant les experts les ont pris en compte. En conclusion, les rapports du psychiatre traitant ne remettent aucunement en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et les appréciations des experts.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 21 Toujours pour ce volet, on relève dans l'anamnèse systématique plusieurs éléments laissant à penser qu'en restant à domicile, le recourant entre dans une sorte de spirale négative dans laquelle il ressasse ses idées et pensées dépressives: l'expert constate une anxiété légère qui diminue lorsque l'expertisé sort de son domicile; les

tremblements apparaissent à domicile mais s'estompent une fois à l'extérieur; le dernier épisode de panique avant l'expertise a eu lieu à domicile, en regardant la télévision, "tout en ruminant sur sa situation actuelle". Dans le même sens, il convient d'observer qu'il a des ruminations anxieuses mais que celles-ci diminuent en sortant de son domicile. Il ne présente pas de symptôme anxieux dans les lieux publics (magasins, gares, trains), il a par contre honte de ne pas avoir assez de moyens financiers pour faire des achats, ce qui le pousse à quitter le lieu en question. Lorsqu'il décrit à l'expert son humeur au réveil, il dit ne pas être plus déprimé que le reste de la journée mais qu'il ne sait pas ce qu'il doit faire et comment passer le temps (dossier OAI, p. 169 s.). Le recourant explique aussi que son entourage le contrarie et le contredit parfois. Il est également facilement irritable avec ses connaissances (dossier OAI, p. 170). Au vu de ces éléments, du diagnostic posé par l'expert et de l'absence de contre-indication formelle à ce que le recourant travaille, il faut reconnaître que l'exercice d'une activité lucrative, même simple et légère, pourrait créer un cercle vertueux permettant au recourant de sortir de ce marasme en étant hors de son domicile tout en occupant et structurant ses journées correctement. De plus, la pratique d'une activité lui permettrait d'avoir une coupure d'avec sa famille proche et ses connaissances qui pourrait aussi être bénéfique. Certes, le recourant soulève encore un passage de l'expertise psychiatrique (point 7.2 "Réadaptation"; p. 27 de l'expertise psychiatrique) où l'expert affirme ceci: "Un processus de réadaptation ou de réinsertion professionnelle sera difficilement accessible, en raison de la persistance du trouble dépressif et de la faiblesse de ses ressources personnelles malgré un traitement adéquat. Si l'on reconnaît une capacité de travail partielle dans une activité adaptée, il faudra d'abord mettre en place des mesures de reconditionnement psychique et une aide au placement en raison de la faiblesse de ses ressources". Ce qui, selon le recourant, hypothèque sérieusement le caractère probant des conclusions de l'expertise et il critique le fait qu'aucun stage ne lui a été proposé. Sur ce grief, la Cour relève tout d'abord qu'au point suivant de l'expertise (7.3), l'expert explique que les activités de la vie quotidienne démontrent que le recourant est en mesure d'effectuer des tâches manuelles simples à son rythme, en raison du syndrome douloureux mais également de la fatigue d'origine psychique. Il précise que cette fatigue peut éventuellement être imputée au syndrome d'apnées du sommeil. L'expert relève ensuite que le recourant peut conduire durant deux heures, faire des choix simples et assurer quelques tâches ménagères. Il ressort également de l'expertise que le recourant marche environ deux fois par jour, au maximum trente minutes, se rend régulièrement à Fribourg pour y faire du « lèche-vitrine » et aide à la préparation des repas réalisés par son épouse (dossier OAI, p. 203). Tous ces éléments figurent dans l'expertise et ont été relatés par le recourant lui-même. Au vu des activités et tâches effectuées, qui démontrent la présence de ressources personnelles non négligeables, on peine dès lors à saisir les raisons qui conduiraient à admettre, comme le soutient l'expert psychiatre, que le recourant ne serait pas en mesure de se réadapter par lui-même en vue d'exercer une activité correspondant à ses limitations, mais devrait au préalable bénéficier d'une mesure de réinsertion et d'une aide au placement mises en place par l'OAI. Sur la base du diagnostic posé par l'expert en psychiatrie et de ses constatations, la Cour considère que le recourant ne souffre pas d'une atteinte à la santé psychique l'empêchant d'exercer des activités manuelles simples. En effet, l'expert rapporte que le recourant possède certaines

Tribunal cantonal TC Page 17 de 21 ressources, notamment un réseau social suffisant ainsi que des ressources externes préservées, et mentionne des relations interpersonnelles privées harmonieuses; le recourant voit sa fille deux fois par semaine et partage des repas en famille

(dossier OAI, p. 174 et 183). L'intelligence cliniquement située dans les normes inférieures, l'absence de capacité d'introspection psychique ainsi que des ressources personnelles basées uniquement sur les capacités physiques n'empêchent quant à elles pas l'exercice d'une activité (manuelle et simple) adaptée. Il en est de même s'agissant de la diminution de ses ressources personnelles (communication, capacité d'adaptation, flexibilité psychique, capacité d'organisation et endurance). Il dispose donc des ressources nécessaires pour se réinsérer dans le monde du travail. D'ailleurs, l'expert affirme que les activités de la vie quotidienne indiquent que le recourant est en mesure d'effectuer des tâches manuelles simples à son rythme. Prise globalement, l'expertise psychiatrique démontre que le diagnostic posé par l'expert n'est pas un obstacle à une réinsertion autonome du recourant. Il pouvait donc être attendu de sa part qu'il cherche par lui-même, dès sa capacité de travail retrouvée dans une activité adaptée à fin 2016, un emploi adapté à sa capacité de travail résiduelle, au titre de l'obligation de réduire le dommage, ce d'autant plus qu'il a manifesté, à plusieurs reprises, sa volonté de travailler à nouveau (dossier OAI, p. 295 et 274). Le seul fait que l'expert mentionne une mesure de reconditionnement psychique et une aide au placement en raison de la faiblesse des ressources n'oblige aucunement l'OAI à les mettre en œuvre. En préconisant de telles mesures, l'expert ignore un principe cardinal de l'assurance-invalidité selon lequel on peut attendre de l'assuré qu'il entreprenne tout ce qui est raisonnablement exigible pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité. Ce d'autant qu'il a été démontré ci-dessus que la faiblesse des ressources n'exclut pas en l'espèce l'exercice de certaines activités comprenant des limitations. De surcroît, l'on ne se trouve pas dans les circonstances exceptionnelles (suppression de la rente à 55 ans ou rente perçue pendant 15 ans; cf. consid. 2.4) qui obligerait l'OAI à mettre en place des mesures professionnelles habilitantes.

E. 5.7.2

Sur le plan somatique, l'experte en rhumatologie préconise une reprise à 50% puis à réévaluer suite à un stage de réinsertion professionnelle. Cette indication est reprise dans l'évaluation consensuelle. Cependant, à aucun endroit dans l'expertise rhumatologique, l'experte n'explique ce qu'elle entend par cette mesure de réinsertion et ce qu'elle apporterait au recourant. On peut éventuellement déduire sa finalité du fait que le recourant n'a plus travaillé depuis 2011, mais ce genre de situation se produit fréquemment et n'impose pas pour autant une mise en place systématique de telles mesures. En outre, il est difficile de comprendre pourquoi l'experte recommande la reprise professionnelle à 50% et seulement par la suite un stage de réinsertion professionnelle, puisque la reprise d'une activité à 50% rend à l'évidence inutile la mise en place ultérieure d'un stage de réinsertion. Sans explication et motivation plus détaillées de l'experte sur ce point, c'est à bon droit que l'OAI n'a pas suivi sa recommandation et n'a pas mis en place ce stage de réinsertion professionnelle puisque celui-ci ne semble pas nécessaire.

E. 5.7.3

D'une manière générale, les experts ont effectué des constatations fouillées et détaillées. Les limitations du recourant dans une activité adaptée sont clairement développées. Il y a certes un grand nombre de limitations à cause de ses diverses atteintes, mais il n'y a aucune contre-indication explicite à l'exercice d'une activité adaptée en tant qu'ouvrier dans la production industrielle légère pour du montage ou du conditionnement, comme l'exemplifie l'OAI dans la décision querellée. Il doit également être relevé à cet égard que le recourant pourrait diminuer son dommage en faisant des efforts qui peuvent être raisonnablement

exigés de lui, notamment pour soigner le syndrome d'apnées du sommeil, ainsi que son genou. En effet, il ressort de l'expertise que les apnées du sommeil impactent l'état de santé psychique du recourant (dossier OAI, p. 180 et 182) et qu'une

Tribunal cantonal TC Page 18 de 21 mesure pour combattre ce syndrome lui a été proposée (Machine CPAP [Continuous Positive Airway Pressure]). Or, il n'a testé cet appareil qu'une seule nuit (dossier OAI, p. 146), expliquant une première fois qu'il ne tolérait pas cette machine (dossier OAI, p. 146) et une autre fois qu'aucune garantie ne lui a été donnée concernant l'efficacité de ce traitement (dossier OAI, p. 173). Concernant son genou, la pose d'une prothèse totale lui a été proposée mais il hésite (au moment de l'expertise) car "les douleurs sont gérables et il s'accommode de ne pouvoir marcher que 30 minutes au grand maximum" (dossier OAI, p. 208). Enfin, la présence de certains facteurs extra-médicaux (précarité financière, difficultés linguistiques, surcharge familiale) contribuent à une majoration des plaintes du recourant et ne doivent pas être pris en considération dans le cadre de l'assurance-invalidité.

E. 5.7.4

Au vu de ce qui précède, la capacité du recourant à travailler directement à 100% dans une activité adaptée, ce depuis le 1er novembre 2016, sans mise en place préalable de mesures de réadaptation professionnelle, doit être confirmée.

E. 6.1

S'agissant du degré d'invalidité retenu, le recourant reproche à l'OAI de l'avoir fixé à 14% alors que la SUVA avait accordé une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 18% en tenant compte uniquement de l'atteinte au genou gauche. Il demande également que l'OAI prenne en considération une baisse de revenu de l'ordre 20% à titre de désavantage salarial. Enfin, il critique le revenu avec invalidité retenu par l'OAI notamment du fait qu'il est supérieur à celui qui avait été déterminé par la SUVA.

E. 6.2

Il est d'abord rappelé que la manière de calculer le revenu avec d'invalidé dans le cadre de l'assurance-accidents peut différer de celle appliquée en matière d'assurance-invalidité. En effet, en matière d'assurance-accidents, il est possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès des diverses entreprises faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Si les DPT satisfont aux conditions formelles, l'assurance-accident peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareil cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS](arrêt TF 8C_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). En assurance-invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des

statistiques sur les salaires moyens (ESS; ATF 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). C'est ce qu'a fait en l'espèce l'OAI en se fondant sur l'ESS de 2012 (TA1_tirage_skill_level, secteur 2 production, niveau 1, homme) pour aboutir à un revenu annuel d'invalidé de CHF 65'177.40 après avoir effectué la correction usuelle de nombre d'heures hebdomadaire (41.7 heures et non

Tribunal cantonal TC Page 19 de 21 40 heures). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2; 9C_813/2015 du 31 mai 2016 consid. 3.2; 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 les domaines concernés. La manière de calculer le revenu d'invalidé de l'OAI est correcte et, au regard des différences dans les méthodes de fixation des revenus d'invalidé entre les deux assurances sociales, il est normal que les revenus ne soient pas identiques. En outre, il convient de relever que l'OAI a utilisé l'ESS 2012 pour le revenu d'invalidé et, pour le revenu sans invalidité, le salaire annuel brut de 2011 mais qu'il a indexé de 0.7% le salaire de 2011 pour tenir compte de l'année de différence.

E. 6.3

Concernant la baisse de revenu de 20% demandée au titre de désavantage salarial en raison des limitations fonctionnelles du recourant, de son âge et du fait qu'il ne travaille plus depuis 2011, on peut d'emblée affirmer qu'un désavantage de 20% serait trop élevé dans le cas présent. Quoi qu'il en soit, au vu du revenu de valide de CHF 76'032.50 (75'504 + 0.7% pour l'indexation de 2011 à 2012) et de sa capacité de travail résiduelle, le recourant ne présenterait pas une invalidité ouvrant le droit à une rente d'invalidité, et ceci même en retenant un abattement de 20%. Le grief relatif à l'abattement peut donc rester ouvert.

E. 6.4

Sur la base de ce qui précède, c'est ainsi à bon droit que l'OAI a retenu que le taux d'invalidité du recourant résultant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 7.1

Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

E. 7.2

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire totale accordée (ci-dessous, consid. 8).

E. 7.3

Vu le sort du recours, il n'est pas non plus alloué de dépens.

E. 8

Le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (605 2020 3).

E. 8.1

Selon l'art. 61 let. f phr. 2 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire est accordée au recourant. Aux termes de

l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Selon l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle: a. des frais de procédure; b. de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés

Tribunal cantonal TC Page 20 de 21 (al. 1). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire le rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2).

E. 8.2

Le recourant a suffisamment rendu vraisemblable qu'il ne disposait pas de ressources lui permettant d'assumer les frais de son avocat. En effet, à l'appui de sa requête, il allègue et prouve par pièces des revenus pour le couple de CHF 2'934.65 (998.65 + 1'936.-) et des charges de CHF 1'391.10, comprenant CHF 176.10 et CHF 115.- pour les primes de l'assurance-maladie après déduction des subsides ainsi que le loyer de CHF 1'105.-. Il faut encore tenir compte du minimum vital du couple de CHF 1'700.-, de sorte que le déficit est clairement établi. Il peut par ailleurs être admis que l'intervention de l'avocat était rendue nécessaire par les difficultés de la présente procédure de recours contre une décision administrative refusant le droit à une rente. Enfin, la procédure pouvait être considérée comme non vouée d'emblée à l'échec.

E. 8.3

Le recourant sera en conséquence mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et son mandataire lui sera désigné comme défenseur d'office. A ce titre, il y a lieu d'indemniser celui-ci qui a produit sa liste d'opérations le 15 mars 2021. Celle-ci fait état d'une durée totale de 11.17 heures (670 minutes) de travail, dont notamment sept heures pour la rédaction du recours, une heure et trente minutes pour l'étude du dossier, une heure et trente minutes d'entretien avec le recourant, le reste du temps a été consacré à des courriers et téléphones. Le temps de travail facturé est raisonnable et justifié. Au tarif horaire de CHF 180.-/heure (art. 57 al. 2 du Règlement du 30 novembre 2010 sur la justice [RJ; RSF 130.11] applicable par renvoi de l'art. 145b al. 1bis, 2ème phrase CPJA), les honoraires s'élèvent à CHF 2'010.-, auxquels il faut ajouter CHF 37.30 au titre de débours. Au total, l'indemnité s'élève à CHF 2204.90, dont CHF 157.60 de TVA (7.7%). Cette indemnité est mise à la charge de l'État de Fribourg et sera versée directement à Me Daniel Känel, étant rappelé qu'en application de l'art. 145b al. 3 CPJA, la collectivité publique peut exiger du bénéficiaire de l'assistance judiciaire qu'il rembourse ses prestations s'il revient à meilleure fortune. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 21 de 21 la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 2) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2020 3) est admise et Me Daniel Känel est désigné en tant que défenseur d'office. L'indemnité de partie allouée à Me Daniel Känel, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'010.- d'honoraires et CHF 37.30 de débours, plus CHF 157.60.- au titre de la TVA à 7.7%, soit au total CHF 2'204.90. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. III. Les frais de justice, fixés à CHF

800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale octroyée. 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 9 avril 2021 /rte Le Président :
Le Greffier :

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