

FR_GERICHTE 605 2020 22 vom 3. Dezember 2020

FR Kantonsgericht, 2020-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_22

FR: FR_GERICHTE 605 2020 22 du 3 décembre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2020 22 del 3 dicembre 2020

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2020 22 Arrêt du 3 décembre 2020 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse : Maude Favarger Parties A. _____, recourant, représenté par Me Julien Membrez, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – Suppression de rente d'invalidité Recours du 29 janvier 2020 contre la décision du 13 décembre 2019 Tribunal cantonal TC Page 2 de 22 considérant en fait A. A. _____, né en 1977, domicilié à B. _____, maçon grutier, sans CFC, chef de chantier, travaillait dans l'entreprise familiale. Il a été victime, dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle, de deux chutes sur son épaule droite en automne 2005. L'arthro-IRM de contrôle a révélé une lésion des insertions type Slap du labrum glénoïdien de l'épaule droite. En raison d'une luxation gléno-humérale antérieure récidivante avec douleurs persistantes de l'épaule droite, l'assuré a subi le 2 novembre 2006 une arthroscopie de l'épaule droite avec shift capsulaire antéro-inférieur de distal à proximal et plicature postérieure. Les suites opératoires sont compliquées par une capsulite rétractile. Il a également été victime d'une entorse au genou droit le 11 septembre 2008. L'assuré a repris progressivement le travail le 26 avril 2006 à 25%, dès le 8 mai 2006 à 50% et à 75% dès le 6 juin 2006 jusqu'au 20 juillet 2006. Depuis lors, une incapacité de travail totale a à nouveau été attestée par ses médecins traitants, sous réserve de tentative de reprises à des taux qui ont varié. B. Il a déposé une demande de rente AI le 17 juillet 2008. Il a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2007 par décision du 2 avril 2009 de l'Office de l'assurance- invalidité (ci-après: l'OAI), à Givisiez. Suite au recours déposé contre cette décision et aux pièces produites (principalement le rapport médical du 8 juin 2009 du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre traitant), une expertise psychiatrique a été confiée au Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie. Cette expertise a conclu à une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le début du mois de mars 2009. Par arrêt du 23 février 2012 (605 2009 204), la Cour des assurances sociales a reconnu un droit à une rente entière du 1er juillet 2007 au 31 décembre 2007, puis à un quart de rente entre le 1er janvier 2008 et le 31 mai 2009, en raison des atteintes physiques. Elle a également pris acte de l'octroi par l'OAI d'une rente entière dès le 1er juin 2009 sur la base d'atteintes psychiques. Par arrêt du même jour, la Cour a confirmé l'octroi par la SUVA dès le 1er juillet 2009 d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 28% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (605 2010 52). C. En 2018, A. _____ a fait l'objet d'une

dénonciation téléphonique anonyme, selon laquelle il ne souffrirait d'aucune atteinte. Après cette dénonciation, l'OAI a décidé d'actualiser et de revoir la situation médicale de l'assuré. Il a ainsi ordonné une expertise bi-disciplinaire confiée au Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie, et au Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie. Suite à cette expertise qui conclut à une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20% pour des raisons physiques, par décision du 13 décembre 2019, l'OAI a supprimé la rente entière de l'assuré. D. A. _____, représenté par Me Julien Membrez, avocat, interjette recours le 29 janvier 2020 contre cette décision. A l'appui de son recours, il invoque le fait que l'expertise du Dr D. _____ est probante et que le nouvel expert, le Dr E. _____, ne saurait la balayer d'un revers de main Tribunal cantonal TC Page 3 de 22 en estimant que les conclusions de son confrère sont erronées. Les conclusions du Dr D. _____ sont de plus appuyées par celles du Dr C. _____, son psychiatre traitant, lequel considère que son patient manifeste un état de "détresse continue" et présente une invalidité totale. Les deux expertises médicales étant contradictoires, le recourant estime indispensable de mandater un nouvel expert psychiatre afin de déterminer quelle expertise indépendante doit être retenue. Cela est d'autant plus indispensable que le Dr E. _____ ne prétend pas que la situation a changé depuis que le Dr D. _____ a rendu son expertise psychiatrique mais, bien au contraire, que le diagnostic de celui-ci est erroné. Il y a ainsi deux avis contradictoires rendus par deux experts indépendants et l'on ne saurait, faute de verser dans l'arbitraire, accorder plus de crédit au diagnostic du Dr E. _____ qu'à celui du Dr D. _____. De plus, le Dr C. _____, également spécialiste, met aussi en doute les conclusions du Dr E. _____. Sur le plan rhumatologique, le Dr F. _____ estime que l'assuré a une capacité de travail globale estimée à 80%, ce qui est contredit par l'appréciation du Dr G. _____, médecin-chef au sein de H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport et médecin traitant de l'assuré, lequel est de l'avis qu'il n'existe aucune profession pouvant convenir, à l'heure actuelle, à la situation de son patient. Etant donné les contradictions, l'assuré demande qu'une nouvelle expertise rhumatologique ou à tout le moins une expertise complémentaire soit ordonnée. Enfin, l'assuré considère qu'il n'y a aucun élément objectif dans le dossier permettant de retenir qu'il pourrait exercer une activité dans la production industrielle légère. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 14 février 2020. L'OAI a renoncé à déposer des observations. Dans une correspondance du 20 février 2020, il renvoie l'Instance de céans aux pièces du dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes 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 réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de

cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). 2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, 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). 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. 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 au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). 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. arrêt TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 n°4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence 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 soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification. 4. Pour accorder pleine valeur probante à un rapport

médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 5. En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente, avec son état de santé au moment de la décision querellée, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. 5.1. Situation au moment de la décision initiale d'octroi de rente du 18 mai 2010 5.1.1. Le recourant a été victime de trois accidents. Il a chuté à deux reprises sur son épaule droite à l'automne 2005, alors qu'il travaillait sur des chantiers. Une première fois le 7 octobre 2005, une seconde fois le 15 novembre 2005. Tribunal cantonal TC Page 6 de 22 Il a également subi une entorse au genou droit le 11 septembre 2008. En effet, en faisant signe à un camion qui reculait, il a marché sur un trou de réservation et il est tombé et s'est fait mal au genou. 5.1.2. Dans son rapport médical du 23 février 2006, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, mentionne: "Je vois le patient susnommé à ma consultation le 22.2.2006. Il s'agit d'un patient de 29 ans, maçon, droitier, victime d'une chute d'une échelle le 7.10.2006 [recte: 2005], en avant, en antépulsion. D'emblée, il a présenté des douleurs et l'épaule est restée douloureuse dès 90° d'abduction. Deuxième chute d'un pont, cette fois-ci, le 15.11.2005 en glissant sur une brique. Mouvements probables de rétropulsion. Il consultera les urgences de l'HSF, site de Riaz, où une luxation antérieure de l'épaule droite est constatée et une réduction pratiquée". Dans son rapport médical du 6 août 2008, le Dr G. _____ pose les diagnostics de luxations récidivantes de l'épaule droite depuis l'accident de travail du 15 novembre 2005, status après arthroscopie de l'épaule droite pour reconstruction labrale depuis le 2 novembre 2006 et capsulite rétractile et omalgies droites résiduelles depuis le printemps 2007. Il indique qu'il y a eu une lente amélioration après l'intervention de novembre 2006 puis une aggravation dès le printemps 2007 en raison d'une capsulite rétractile et une persistance des douleurs malgré les progrès réalisés en 2007 et en 2008. L'assuré présente des douleurs à l'épaule droite lors du port de charge et lors des mouvements en fin d'amplitude articulaire, surtout lors de flexion et d'abduction du bras droit. Il est incapable de travailler avec les bras en hauteur et il y a une diminution du port de charges avec le membre supérieur droit. La profession de maçon ne paraît plus possible.

Il précise toutefois que le patient est réticent à l'idée d'une reconversion professionnelle. Dans son rapport médical du 2 octobre 2008, le Dr J. _____, médecin SMR, a été appelé à se prononcer. Il explique que l'assuré a été victime de deux chutes qui ont entraîné des séquelles importantes à son épaule droite malgré une intervention chirurgicale. Actuellement, il persiste des douleurs et un manque de force du membre supérieur droit en raison d'un impingement sous-acromial, d'une arthrose acromio-claviculaire, d'une tendinopathie du muscle sus-épineux et d'une dégénérescence du labrum supérieur antérieur. Cette atteinte touche l'épaule du membre dominant et contre-indique clairement le métier de maçon, ainsi que toute activité manuelle lourde. En effet, les limitations fonctionnelles sont le port de charges lourdes (max : 5-10 kg), travaux pénibles de manutention avec le membre supérieur droit, travaux de contrainte répétitifs avec le bras droit, travail en hauteur (nécessité d'un plan de travail situé entre la ceinture et les épaules) ou sur une échelle, exposition prolongée au froid. Ainsi, seule une activité adaptée doit être envisagée sur le plan médical, ce d'autant plus que l'assuré est jeune et qu'il faut s'attendre avec le temps à une aggravation de la situation (progression des lésions dégénératives). Dans une activité bien adaptée respectant les limitations décrites, la capacité de travail résiduelle est de 80% en raison d'une diminution de rendement secondaire aux douleurs de l'épaule et à une moindre mobilité du membre supérieur droit. Dans son rapport du 13 janvier 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr K. _____ mentionne, au sujet du membre supérieur droit, qu'en station debout, la ceinture scapulaire est déséquilibrée: l'épaule droite est portée plus bas que l'épaule gauche et le patient tient sa tête penchée à droite. Il existe une amyotrophie du sus, sous-épineux et du deltoïde. La mobilité de l'épaule est limitée surtout dans l'abduction mais également dans l'antépuulsion et dans les rotations. L'assuré décrit des douleurs à l'épaule droite également ressenties la nuit. Il prend du Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 Ponstan, du Tramal et du Dafalgan. Il décrit également des paresthésies de type fourmillement surtout la nuit. Ce médecin relève que le tableau clinique est parsemé de symptômes de non-organicité de Waddell et qu'à son avis le problème est surtout socio-économique. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion du 28 janvier 2009 au 24 février 2009. Au status local d'entrée, les médecins notent que l'examen est difficile en raison d'auto-limitation et d'un comportement douloureux marqué (cf. p. 2 du rapport de la CRR). La ceinture scapulaire est légèrement basculée à droite. Le toucher de l'épaule droite est déclaré douloureux ("brûlures"). L'assuré a été montré à leur consultant chirurgien de l'épaule qui constate une importante discordance entre les plaintes du patient et le bilan d'imagerie, l'examen clinique étant ininterprétable en raison de la défense (cf. p. 4 du rapport de la CRR). Dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire, un consilium psychiatrique est réalisée le 3 février 2009 retenant la présence probable d'un trouble anxieux de type attaque de panique avec hyperventilation, avec deux épisodes paroxystiques en 2007; les symptômes actuels sont des angoisses à prédominance nocturne. Objectivement, les médecins constatent en thérapie beaucoup d'auto-limitations et beaucoup de discordances, par exemple les valeurs mesurées en mobilité passive de l'épaule sont nettement inférieures aux valeurs de mobilité active et en plus la mobilité de flexion active en piscine peut atteindre facilement 150°, alors qu'à sec le patient n'a que 110° de flexion. Les amplitudes de l'épaule droite sont moindres en fin de séjour qu'à l'entrée, ce qui n'a pas d'explication objective. Pendant le séjour, le patient adopte une posture avec inclinaison de la tête vers la droite, selon ses dires à cause des douleurs cervico-scapulaires droites. Cette posture est néanmoins très inconstante dans les activités et selon les jours. Un ENMG a été effectué le 4 février 2009 par le Dr L. _____,

spécialiste en neurologie et médecin associé à la CRR. Ce médecin relève qu'il existe à l'examen clinique, chez ce patient présentant des douleurs à type de brûlures sur la face antérieure de l'épaule, des troubles de la sensibilité qui pourraient correspondre à une neuropathie d'une des branches nerveuses supra-claviculaires droites, dépendantes du plexus cervical. Il est possible qu'une branche ait été lésée à l'occasion de l'arthroscopie de l'épaule. Quoi qu'il en soit, la zone est petite, il s'agit d'un nerf purement sensitif, et il n'y a pas de prise en charge spécifique invasive à envisager dans un tel cas. Il recommande par contre de recourir à une désensibilisation par l'ergothérapie. De plus, les modifications végétatives et la différence de température entre la droite et la gauche lui font suspecter la persistance d'un phénomène algodystrophique, pour lequel il faut faire des investigations. C'est la raison pour laquelle une scintigraphie osseuse triphasique a été effectuée le 9 février 2009. Cet examen montre que la présentation scintigraphique de l'avant-bras et de la main du côté droit est plutôt explicable par une importante décharge fonctionnelle. Une algodystrophie au stade atrophique est peu probable. Dans son rapport médical du 5 mars 2009, le Dr I. _____ indique, en ce qui concerne la capacité de travail, que l'assuré a une incapacité de travail de 100% dans son métier de maçon. Par contre, dans un autre métier où le membre supérieur droit n'est utilisé que modestement par exemple dans la surveillance, à la réception, comme téléphoniste ou dans un travail de bureau, la capacité de travail est en principe de 100%. Cet avis a été confirmé par le Dr K. _____ le 13 janvier 2009 ainsi que par les médecins de la CRR. Dans son rapport médical du 8 juin 2009, le Dr C. _____ explique que, dans un contexte d'évolution défavorable de ses affections physiques avec atteinte invalidante, son patient a développé un état d'insécurité permanent manifesté par une anxiété psychique sous forme d'attaques de panique diurne et nocturne perturbant aussi la vie familiale. Il souffre en effet d'un Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 état anxio-dépressif dans un contexte de difficultés d'adaptation socio-professionnelle qui évolue probablement vers un état dépressif chronique, ainsi que des troubles panique (anxiété paroxystique) actuellement très invalidants, raison pour laquelle il demeure actuellement dans une incapacité lucrative totale. Il bénéficie d'un traitement antidépresseur et anxiolytique. En raison de ses affections psychiques survenues après ses accidents et de sa désinsertion professionnelle et sociale, sa capacité lucrative résiduelle est réduite (estimée à 50%). Le pronostic pour ses troubles psychiques est assez réservé. Dans son rapport médical du 25 février 2010 à l'expert D. _____, le Dr M. _____, médecin traitant, pose les diagnostics de trouble obsessionnel dans la recherche de reconnaissance de sa souffrance physique et psychique, état anxieux, état dépressif, troubles du sommeil, trouble du comportement alimentaire, trouble de l'adaptation. Il précise que l'état dépressif est évident et n'a malheureusement pas été pris en charge de manière spécialisée dès le début des symptômes vers 2005. Le Dr C. _____ a pris en main la situation psychiatrique seulement à partir du 20 avril 2009. Il y a donc eu une perte de temps de quatre ans pendant laquelle l'assuré a dû subir sans aide sa propre déchéance bio psychosocial. Actuellement, des consultations régulières sont assurées par le Dr C. _____ toutes les deux semaines. L'épouse de l'assuré contrôle la prise régulière des médicaments pour en assurer la compliance. L'évolution n'est favorable que du point de vue de la suicidalité, l'état dépressif persiste et les angoisses sont toujours d'actualité. 5.1.3. Dans son expertise psychiatrique du 26 février 2010, le Dr D. _____, pose les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré: état de stress post-traumatique de survenue différée (F43.1) avec manifestations anxieuses répondant au diagnostic de trouble panique (F41.0) et épisode dépressif sévère sans

symptômes psychotiques (F32.2). Il précise que tous ces diagnostics s'inscrivent dans le cadre d'un très probable fonctionnement intellectuel limité, voir un retard mental léger. Ils sont présents depuis août 2007 pour le trouble panique, aspect incapacitant dès mars 2009; probablement depuis 2005 pour l'état de stress post-traumatique avec décompensation et aspect incapacitant dès le mois de mars 2009; depuis mars 2009 pour l'épisode dépressif sévère, il est devenu invalidant à cette époque, des symptômes dépressifs étaient possiblement déjà présent quelques mois auparavant. Avant 2005, l'expertisé ne présentait de toute évidence aucun dysfonctionnement majeur dans les sphères relationnelles, affectives et professionnelles. L'expert émet donc l'hypothèse que, jusqu'à ses accidents et aux complications qui en ont découlé, l'expertisé présentait certes un psychisme frustré, mais qui semblait tout à fait compensé. Dès août 2007, l'expertisé a présenté des signes psychiatriques sous forme d'attaque d'anxiété paroxystiques, qui peuvent en effet correspondre à un diagnostic de trouble panique. Le tableau clinique associe la survenue rapide d'une angoisse majeure, se déclenchant sans situation phobogène clairement identifiable, angoisse associée à la sensation de mort imminente (l'expertisé consultant à l'hôpital en ayant l'impression de "faire un infarctus") et à d'autres signes neurovégétatifs (dyspnées, paresthésies). L'expertisé a également depuis présenté une angoisse d'anticipation (qui se manifestait par exemple par le fait de laisser sa lumière allumée durant la nuit), ce qui complète le tableau clinique du trouble panique. Ce trouble panique constitue de l'avis de l'expert la manifestation clinique la plus directement observable de l'expertisé (dans le sens "de la pointe de l'iceberg"), mais si l'on creuse l'anamnèse, Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 le Dr D. _____ indique qu'il est frappant de constater que l'on peut mettre en évidence chez l'expertisé des signes et symptômes évoquant la présence d'un état de stress post-traumatique (cf. p. 19 à 22 de l'expertise qui expliquent pourquoi les critères de l'état de stress post-traumatique sont remplis de l'avis de l'expert même s'il est atypique de voir se décompenser ce type de trouble à une telle distance du traumatisme, les symptômes apparaissant en général dans les six mois suivant le traumatisme). L'expert se demande également si l'expertisé présente un éventuel trouble somatoforme ou une forme d'amplification des symptômes pour des raisons psychologiques. L'expert n'a pas retenu le trouble somatoforme douloureux car l'expertisé se présente avant tout lors des entretiens sur son versant dépressif et anxieux, les plaintes sont avant tout d'ordre psychique. Ce n'est que sur sa sollicitation expresse que l'expertisé décrit dans un second temps ses plaintes somatiques, sur lesquelles il ne s'attarde pas. Ceci n'est pas le cas en général dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, dans lesquels le corps est constamment mis en avant de façon insistante, en général avec peu de symptômes psychiatriques (hormis des signes dépressifs et anxieux plutôt légers d'accompagnement). L'expertisé présente effectivement un sentiment de détresse, mais ce sentiment paraît plus corrélé aux signes dépressifs et anxieux et à un vécu d'effondrement narcissique consécutif à une perte d'autonomie qu'à la douleur elle-même. Concernant une possible majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ou d'une amplification des symptômes, la question est plus délicate à trancher. On se trouve certes face à un expertisé qui exprime certaines plaintes fréquemment sur un ton dramatique et démonstratif, expertisé qui a pu nettement mobiliser son entourage. Le contexte socio-culturel de l'expertisé (personnalité frustrée, faible scolarisation, manque de formation professionnelle, manque de connaissance linguistiques, précarisation financière progressive) est assez souvent présent dans ce type de phénomènes de majoration. Cette impression doit être pondérée, selon le Dr D. _____, par la collaboration de l'expertisé qui est décrite comme bonne dans le cadre des récents

rapports de rééducation sensitive. Même si à la lecture du dossier on peut constater une certaine rigidité de l'expertisé (dans son désir de poursuivre son activité professionnelle antérieure), il ne s'agit pas à proprement parler de comportements visant à échapper à des obligations ou des sollicitations professionnelles. Il s'agit d'une situation où cette question d'une éventuelle amplification de symptômes pour des raisons psychologiques peut se poser de façon pertinente, sans qu'il soit possible de trancher définitivement cette question, raison pour laquelle l'expert n'est pas en mesure de retenir formellement cet aspect. A son avis, même si une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques pouvait être retenue, la présence des troubles psychiatriques actuels de l'expertisé (trouble panique, état de stress post-traumatique, épisode dépressif) lui paraît suffisante pour occasionner en soi des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail). En conclusion, sous l'angle psychique, l'expert retient la présence d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques et il envisage l'aspect incapacitant de cette symptomatologie dépressive dès mars 2009, même s'il est fort probable que cet état dépressif ait été présent "de façon larvée" durant les mois précédents. Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 Il estime que la capacité résiduelle de travail de l'expertisé ne dépasse pas 40% pour des raisons psychiatriques ou 3 heures de travail par jour, ce qui tient également compte de la diminution de rendement de l'expertisé et ce dès mars 2009. L'incapacité de travail est complète de mars 2009 à décembre 2009, puis, dès janvier 2010, la capacité de travail est de 40% au maximum.

5.1.4. Sous l'angle somatique, dans son rapport médical du 15 mars 2010, le médecin SMR conclut qu'il est évident que, de ce point de vue, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, sans port de charges supérieur à 10 kg et sans lever le bras au-delà de l'horizontale. Cette capacité de travail est valable depuis le 11 octobre 2007 date de l'examen par le Dr K._____. Depuis cette date, l'épaule n'a pas évolué de manière significative et [doit] être qualifiée de stabilisé.

5.2. Situation lors de la révision d'office de la rente d'invalidité 5.2.1. Dans son rapport médical du 27 novembre 2018, le Dr G._____ indique que son patient ne travaille pas depuis plus de dix ans. Il rapporte toujours des douleurs chroniques difficiles à contrôler touchant l'épaule droite et le membre supérieur droit, il y a une sous-utilisation du membre supérieur droit pour l'ensemble des activités. Sur le plan psychologique, ce patient rapporte des angoisses et des épisodes de stress. Il a aussi des épisodes de terreurs nocturnes difficiles à gérer. Au niveau des diagnostics, il souffre d'une allodynie mécanique fluctuante mais qui touche globalement le moignon de l'épaule ainsi que la partie proximale du membre supérieur droit. Problème de douleurs chroniques du genou droit consécutif à une ancienne lésion méniscale. Il souffre également d'un état anxio-dépressif avec troubles de panique récurrents, d'obésité et d'HTA. Pour ce médecin, après plus de dix ans de douleurs d'incapacité fonctionnelle, de limitation sévère de la fonctionnalité du membre supérieur droit avec des troubles psychiatriques sévères, le potentiel de réadaptation est nul. Dans son rapport médical du 1er février 2019, le Dr C._____, pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique existant depuis 2007 (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe depuis 2007 (F62.0), de trouble panique (F41.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2009 (F33.1). S'agissant des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il pose celui de limitation intellectuelle légère (impression clinique) (F70.0). Il explique que son patient souffre d'un stress post-traumatique, d'attaques de panique et d'un trouble dépressif récurrent et présente un état stationnaire avec cristallisation des symptômes de registre post-traumatique et avec la

survenue d'une modification de sa personnalité. Le traitement et le suivi lui servent de bouée de secours pour s'accrocher à la vie. Il présente des grandes difficultés d'apprentissage, n'arrive pas à exécuter des tâches d'une certaine complexité ce qui évoque une diminution frappante de ses capacités cognitives – intellectuelles. Il vit simplement dans le cercle restreint de sa famille par besoin de sécurité car dès qu'il se trouve "ailleurs", dans les espaces vastes et peu connus il est pris d'attaques de panique. Il est anxieux, désespéré, triste, dévalorisé, craint l'avenir, méfiant, réagit en sursaut, irritable et parfois colérique, il n'arrive pas à se concentrer, oublie et n'arrive pas à synchroniser les tâches ordinaires de la vie de tous les jours. Il tient un discours répétitif de contenu plaintif et très dévalorisant envers lui-même. Il verbalise assez souvent ses idées noires et suicidaires comme "seule issue" selon ses dires. Il considère que son patient présente une invalidité totale, sans aucun potentiel de récupération de sa capacité de travail dans n'importe quelle activité. Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 Répondant aux questions posées par l'expert psychiatre mandaté par l'OAI, le Dr E. _____, le Dr C. _____ indique suivre celui-ci depuis dix ans. Durant ces dix ans, il précise que ce patient a été traité par différents antidépresseurs: Escitalopram, paroxétine, sertraline, amitriptyline, arrêtés en raison d'effets bénéfiques insuffisants et des effets secondaires, céphalées, prise de poids. Depuis 2013, la Fluoxétine augmentée progressivement à 40mg/j, combinée avec la Quétiapine ret. 150 mg/j et Amitriptyline entre 25 et 50 mg est le traitement psychotrope qui lui convient le mieux à maintenir une stationnarité de ses affections psychiques. Il gère les crises d'angoisse/panique en prenant du Temesta 1mg. De l'avis de ce médecin, c'est l'optimum de bénéfices secondaires que ce patient a pu obtenir de son traitement et suivi thérapeutique intégré. Ses affections sont dans un état de chronicité, avec cristallisation des symptômes résiduels. A la question de savoir si son patient présente un trouble de la personnalité pré-morbide ou actuel, le Dr C. _____ répond: ce patient présentait déjà une limitation intellectuel avec des traits de dépendance, d'immaturité et histrionique. Il mentionne que son patient a toujours fonctionné sur un mode dépendant, surtout vis-à-vis de son père et immature. Il n'a pas réussi son apprentissage de maçon, mais il était un grand travailleur au sein de l'entreprise familiale de son père. Son corps et sa force physique étaient ses objets de représentation, d'affirmation et de valorisation. Victime d'un accident de travail, il a perdu ses valeurs. Il a suivi le cours "Lire et écrire en français" pour pouvoir travailler là où il faut savoir lire et écrire mais il n'arrivait pas à assimiler et à apprendre. Actuellement, il vit isolé, fréquente sa famille proche, appréhende le futur, angoissé, méfiant, réagit en sursaut, fait des cauchemars pendant la nuit et crie (rapporté par son épouse). Il est vrai qu'il bénéficie de conditions favorables, bien que son épouse montre des "signes de saturation" mais de l'avis du Dr C. _____, le moindre changement dans le système actuel le déstabiliserait gravement et augmenterait le risque de passage à l'acte auto-dommageable. Il pose les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) avec trouble panique (F41.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10) accentuation des traits prémorbides de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et limitation intellectuelle légère. Il retient ces diagnostics à la base de son observation clinique durant les dix ans de suivi. Les symptômes que présente son patient persistent malgré les différents traitements médicamenteux prescrits et sans traitement, suivi et soutien familial, ses affections décompenseront gravement. 5.2.2. Dans son expertise psychiatrique du 20 juin 2019, le Dr E. _____ relève qu'il n'y a pas d'évidence pour un trouble majeur de la personnalité prémorbide. L'expertisé a toujours bien fonctionné jusqu'à l'événement accidentel incriminé au niveau personnel, social, professionnel. S'agissant du diagnostic d'état de stress

post-traumatique posé par le Dr D. _____, le Dr E. _____ indique que, pour parler d'un état de stress post-traumatique, il s'agit en priorité que l'ensemble des symptômes caractéristiques se développent suite à l'exposition d'un ou d'événements traumatiques. Le critère d'expression retardée est indiquée si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que six mois après l'événement, alors que l'expression de quelques symptômes peut être immédiate. En l'espèce, il y a un événement survenu le 15 novembre 2005 soit une chute en avant d'une échelle, ayant des répercussions relativement mineures, puisqu'il s'agit d'une luxation antérieure de l'épaule droite. Puis reprise du travail à 50% le 27 février 2006, puis à 100% le 28 février 2006, nouvelle interruption de travail après un jour, liée aux douleurs. Lors du séjour à la CRR tout comme dans le rapport médical du 8 juin 2009 du Dr C. _____, aucun état de stress post-traumatique n'est indiqué. Tribunal cantonal TC

Page 12 de 22 Il est donc très difficile à saisir, pour l'expert, pour quelle raison le 26 février 2010 l'expertisé présenterait soudainement un état de stress post-traumatique, soit cinq ans après les faits incriminés dont l'expert estime avoir démontré le caractère minime. Le Dr E. _____ estime difficile de saisir pourquoi l'expertisé ne présentant aucun trouble psychique entre 2005 et 2009 développe soudain un état dépressif sévère en 2010 pouvant justifier lui aussi une incapacité de travail. Il estime qu'il n'y a pas d'élément objectif qui puisse attester d'une incapacité de travail. L'expertisé ne présente aucun symptôme évoquant un état de stress post-traumatique: il peut relater l'accident sur un mode très dramatique, sans aucune manifestation émotionnelle, revendiquant d'emblée souffrir d'un état de stress post-traumatique. Comme l'on ne peut pas retenir un état de stress post-traumatique, il n'y a donc aucun critère qui puisse suggérer un diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience catastrophe. Enfin, l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique à présentation différée n'est pas non plus en relation avec les critères de l'état de stress post-traumatique du DSM-5 et de l'ICD-10. Le DSM- 5 et l'ICD parlent d'une survenue différée quand celui-ci survient après six mois avec déjà l'apparition de quelques symptômes auparavant qui au demeurant ne sont jamais décrits dans l'ensemble de ce volumineux dossier chez un assuré ayant été examiné par de nombreux intervenants. L'assuré ne se plaint que de douleurs. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif, le Dr E. _____ estime que la problématique dépressive est bien difficile à apprécier: l'expertisé se montre très dramatique, flou et la description de son fonctionnement quotidien est difficile à appréhender. L'expert estime que l'expertisé bénéficie d'un environnement particulièrement favorable: il vit dans une maison mitoyenne ayant été construite par son frère dont il ne s'acquitterait que d'une partie de l'hypothèque. Son épouse travaille, ses enfants ont bien réussi dans leur scolarité et leur apprentissage. La question d'un état dépressif majeur persistant, malgré un traitement réalisé dans les règles de l'art, pose question selon l'expert. Cela devrait s'inscrire d'une part dans un trouble de la personnalité prémorbide important, que l'expert ne retrouve pas chez un expertisé qui a pu parfaitement s'adapter en Suisse. L'expertisé se dit fatigué et fatigable et inquiet face aux conclusions de l'expertise pour l'essentiel. Ainsi, il existe, selon l'expert, un ensemble de signes relativement atypiques, exprimés de manière souvent dramatique et floue, éléments qui avaient déjà été évoqués lors de son hospitalisation à la CRR. En conclusion, si tant est qu'il existe une symptomatologie dépressive significative, de nombreux éléments atypiques et non concordants dominant le tableau clinique. L'expertisé affirme être dépressif car il a des douleurs et ne peut pas travailler. Le Dr E. _____ retient ainsi le diagnostic de trouble dépressif, léger (atypique). Concernant le diagnostic de trouble panique, l'expert mentionne que l'expertisé peine à définir l'origine de son anxiété. Il n'y a pas d'évidence

d'un trouble panique sous traitement de Fluoxétine dont on sait l'effet favorable sur les attaques de panique. Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 S'agissant du diagnostic de majoration des symptômes psychiques et/ou physique pour des raisons psychologiques (F68.0), l'expert explique que les critères diagnostiques du trouble impliquent un point de départ corporel et/ou psychique. Il s'agit d'un trouble, d'une maladie ou d'une incapacité du domaine somatique et/ou psychique. Les symptômes sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble initial. Cette majoration survient dans le contexte de facteurs psychologiques identifiables. Dans le cas d'espèce, le comportement de l'assuré s'inscrit dans le contexte d'une compensation financière, et d'une déception, voire d'une disqualification par rapport à la qualité des soins médicaux et décisions asséculaires. Au final, l'expert E. _____ pose ainsi deux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: le trouble dépressif léger (atypique) (F32.0) et la majoration des symptômes psychologiques pour des motifs qui sortent du champ médical. Pour le Dr E. _____, il n'y a pas de trouble majeur prémorbide de la personnalité et la capacité de travail est de 100% du point de vue psychiatrique. Ainsi, du point de vue psychiatrique, toute activité adaptée à ses limitations somatiques objectives est possible. Il relève que l'expertisé n'a aucune formation professionnelle. En tant que tel, il n'a jamais pu se projeter – depuis l'âge de 28 ans – dans une nouvelle activité professionnelle. D'après le Dr E. _____, les facteurs non médicaux sont au premier plan. Enfin, il est peu probable, vu l'attitude de l'assuré et la lecture attentive du dossier, que des mesures médicales et des thérapies qui ont déjà été proposées jusqu'en 2009, puissent avoir une quelconque influence sur le vécu subjectif de cet assuré, marqué par les discordances et les facteurs extra-médicaux.

5.2.3. Dans son expertise rhumatologique du 25 juin 2019, le Dr F. _____ pose le diagnostic rhumatologique suivant ayant une incidence sur la capacité de travail: capsulite rétractile chronique de l'épaule droite dans les séquelles d'une luxation de l'épaule droite traitée chirurgicalement (M75). Comme diagnostic rhumatologique sans incidence sur la capacité de travail, il mentionne la fissure de la partie postérieure du segment moyen du ménisque médial du genou droit. Il précise que ce problème est fréquent dans cette tranche d'âge et que l'IRM de 2014 ne montre pas de péjoration par rapport à l'examen de 2009, l'examen clinique des genoux est symétrique. Au sujet de l'évaluation médicale et médico-assurantielle, il indique que l'expertisé est un maçon de 42 ans qui travaillait dans l'entreprise de maçonnerie dirigée par son père. Suite à un accident à l'épaule droite en 2005, il présente sur le plan somatique des limitations fonctionnelles dans son activité habituelle. L'expert constate que, sur le plan rhumatologique, l'évolution est stable depuis 2010 au moins. L'assuré est suivi pour ses problèmes ostéoarticulaires par le Dr G. _____. Dans son dernier rapport médical disponible de novembre 2018, ce médecin constate des douleurs continues et une incapacité fonctionnelle de l'ensemble du membre supérieur droit qui n'évolue pas depuis de très nombreuses années. Le pronostic d'une amélioration lui paraît très faible. Le Dr F. _____ indique faire les mêmes constatations à l'examen clinique que le Dr G. _____. Il est peu probable qu'un traitement médical ou chirurgical puisse améliorer les capacités fonctionnelles de l'assuré sur le plan strictement ostéoarticulaire. Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 Le Dr F. _____ précise que, lors de l'expertise, il n'a pas relevé d'incohérences en ce sens qu'il n'a pas relevé d'amplitudes articulaires spontanées plus grandes que celles obtenues lors des examens cliniques dirigés. Il n'a pas non plus relevé d'éléments de majoration manifestes ni de comportement douloureux lors de son expertise. Au niveau ostéo-articulaire, s'agissant de l'épaule droite, il y a une abduction-élévation du bras à 90°, une rotation externe de 5°, une rotation interne de

30°. Tout comme l'expert psychiatre, il mentionne par contre que la collaboration de l'expertisé n'était pas optimale s'agissant de l'appréciation de ses capacités, ressources et difficultés notamment lors de la description d'une journée type qu'il a eu de la peine à obtenir. Il indique que dans son activité de maçon ou ouvrier de chantier, ou conducteur de grue, la capacité de travail est nulle en raison du handicap qui découle d'une restriction de la mobilité du bras dominant. Sur le plan strictement rhumatologique, la capacité de travail globale peut être estimée à 80%. Il mentionne que la capacité de travail ne peut plus être améliorée de façon sensible par des mesures médicales. Il précise que l'état de l'épaule droite n'a pas évolué de manière significative depuis l'évaluation SMR de 2010, soit depuis la dernière décision déterminante.

5.2.4. Dans son rapport médical du 22 juillet 2019, le Dr G._____ explique que durant la phase qui a suivi l'intervention de l'épaule droite de 2006, il a pu assister à une évolution très lentement favorable durant les premiers mois, ce qui a même permis une reprise du travail dans le milieu de la construction avec toutefois des limitations pour les contraintes du membre supérieur droit. Par la suite, l'évolution a été constamment défavorable avec l'apparition des douleurs d'abord en regard de l'épaule droite puis en s'étendant à l'ensemble du membre supérieur droit, de façon proximale, jusque dans la région cervicale et thoracique droit. L'expertisé a développé, à ce moment-là, une capsulite rétractile dont malheureusement il n'a jamais pu guérir. Au contraire, les douleurs n'ont fait que s'intensifier avec une limitation fonctionnelle de plus en plus importante à l'épaule droite. Ce médecin constate une limitation sévère de l'épaule droite avec des douleurs permanentes. Les capacités fonctionnelles de la main droite sont également sévèrement diminuées. Les douleurs sous forme d'allodynie fluctuent mais sont toujours présentes. Sa dernière évaluation clinique remonte au 25 avril 2019. Il note des douleurs permanentes. Il y a des douleurs sous forme de brûlures cutanées qui s'étendent depuis l'épaule jusqu'au coude. Les tests d'impingement sont immédiatement douloureux. Le testing de la coiffe des rotateurs est impossible à réaliser car immédiatement douloureux. La flexion est limitée à 100°, abduction à 30°, rotation interne 35 cm pour la distance pouce C7, rotation externe sévèrement limitée à 10°. La force distale de préhension et de poigne à la main droite est sévèrement diminuée. Il conclut que, sur le plan orthopédique, une occupation professionnelle pourrait être envisageable dans une situation avec épargne du membre supérieur droit, non seulement pour épargner l'épaule mais également la main.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 Pour documenter les difficultés du membre supérieur droit, il a demandé un bilan en ergothérapie dont les conclusions sont assez alarmantes. Il fait état de douleurs sensibles extrêmes sur le membre supérieur droit. Il explique que l'expertisé ne peut pas inventer ou exagérer ces ressentis lors de cet examen. Il s'agit d'un test parfaitement objectif et validé. Malheureusement, il arrive que certains patients gardent une allodynie très douloureuse pendant des années après un traumatisme. Dans le cas de l'expertisé, même un effleurement ou une contraction musculaire des muscles de l'épaule et du bras droit déclenchent des sensations douloureuses. Cette situation empêche la reprise d'une activité professionnelle nécessitant l'utilisation du membre supérieur droit. Le Dr G._____ ne partage pas du tout l'avis du Dr F._____ selon lequel "la force de la main droite est fortement diminuée mais le testing de la force dépend de la participation du patient". Ainsi, pour le Dr F._____, le manque de force du membre supérieur droit pourrait être en lien avec un manque de collaboration du patient au moment de l'examen physique. Le Dr G._____ ne partage pas cet avis: en effet, l'évaluation récente des capacités du membre supérieur droit de l'expertisé montre d'énormes limitations au niveau des capacités de préhension de la main droite et le Dr G._____ estime qu'il est

"totalement incompréhensible que dans ses conclusions, le rhumatologue qui a procédé à l'expertise AI n'ait pas tenu compte de cet aspect de propose une activité professionnelle adaptée dans la production industrielle légère à hauteur de 80%". 5.2.5. L'assuré a été hospitalisé à N. _____ du 10 juillet 2019 au 11 juillet 2019. Il s'agit d'une hospitalisation pour mise à l'abri des idées suicidaires. A l'arrivée dans l'unité, les médecins observent un patient très anxieux, avec des ruminations anxieuses très importantes et une anticipation anxieuse de l'hospitalisation, il n'arrive pas à se projeter dans l'avenir sans la rente AI. Actuellement, les médecins retrouvent des symptômes dépressifs, à savoir une thymie triste, une aboulie et une anhédonie, une perte d'appétit et un sommeil perturbé. Des symptômes de troubles de stress post-traumatique, une hypervigilance, un évitement des bruits (les cris), des flash-backs et des cauchemars. Le lendemain, l'assuré souhaite sortir de l'hôpital où il a très mal dormi. Par contre, il maintient son projet à être pris en charge par la clinique de jour de B. _____. Etant donné qu'il a rendez-vous chez son psychiatre traitant le lendemain, la sortie est accordée. Dans son rapport médical du 27 août 2019, le Dr C. _____ pose les mêmes diagnostics que précédemment mais fait remonter le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) et celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe à 2005 et non plus 2007. De son point de vue, les conclusions de l'expert psychiatre ne sont pas cliniquement objectives. Son patient est dans un état de stress et d'angoisse permanente et a tenu des propos suicidaires (idées suicidaires scénarisées par pendaison), raison pour laquelle il l'a hospitalisé au CSH de N. _____ le 10 juillet 2019. Le facteur de crise est la suppression de la rente AI la semaine passée. Il est resté une nuit à l'hôpital et n'a pas pu "supporter d'être ailleurs que chez lui" et a demandé sa sortie de la clinique. Il l'a vu régulièrement en urgence à maintes reprises car il manifeste un état de détresse continue. Depuis le 26 août 2019, il a pu être pris en charge à la clinique du jour de RFSM à B. _____. Pour lui, son patient présente une invalidité totale, sans aucun potentiel de récupération de sa capacité de travail. La médication psychiatrique actuelle est composée de Fluoxétine (anti-dépresseur) 40 mg par jour, de Quétiapine (antipsychotique atypique) 150 mg/j, remplacé par Rexulti 2mg/j (neuroleptique atypique) depuis le mois de juin Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 2019, Saroten ret. 25 mg/j (antidépresseur tricyclique), Temesta 1mg (anxiolytique); un comprimé en cas d'anxiété, max. 3x/j. 5.2.6 Appelé à se prononcer sur les objections du Dr G. _____, le Dr F. _____ adresse un courrier à l'OAI le 3 septembre 2019. Le Dr F. _____ remarque tout d'abord que son évaluation clinique est superposable à celle du Dr G. _____, avec des amplitudes légèrement meilleures lors de l'examen du Dr G. _____. Il y a donc une bonne congruence de ces deux examens cliniques effectués à deux semaines d'intervalle environ. Le Dr F. _____ fait référence à un bilan en ergométrie demandé par le Dr G. _____ mais dont le Dr F. _____ n'a pas reçu de copie. D'après le Dr G. _____, il s'agirait de déterminer le seuil douloureux à l'aide de stimulations cutanées. Le Dr F. _____ indique que la méthode de mesure décrite semble objective en ce qui concerne la force du stimulus appliqué mais que l'interprétation du résultat de ce type de test pourrait rester subjective car elle dépend de la douleur rapportée par le patient lors du test et que le Dr G. _____ ne fournit aucun argument concernant l'objectivité du test, se contentant de l'affirmer. En ce qui concerne la force de préhension de la main droite, le Dr F. _____ mentionne ne pas être équipé pour la mesurer quantitativement. Il précise qu'il serait possible de soumettre le patient à un examen avec force de la prise objective par dynamomètre de main hydraulique (Jamar), qui à sa connaissance dans certaines conditions permet d'évaluer si le test est cohérent avec une

lésion somatique ou si le sujet présente des autolimitations. Le Dr F. _____ conclut son courrier en indiquant que son raisonnement et ses conclusions qui figurent dans le rapport d'expertise rhumatologique restent valables et que les arguments développés par le Dr G. _____ dans son courrier du 22 juillet 2019 ne sont pas de nature à modifier ses conclusions. Appelé à se prononcer sur les objections du Dr C. _____, le Dr E. _____ adresse un courrier à l'OAI le 10 décembre 2019. Il précise son expertise: s'agissant de l'état de stress post-traumatique, il indique que deux accidents sans caractères traumatiques ou pouvant entraîner la mort ne sauraient remplir les critères même minimaux en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il s'agit donc, selon lui, d'une interprétation qui sort largement des critères diagnostics d'un état de stress post-traumatique définis par l'ICD-10 et le DSM 5. Ce diagnostic n'est étayé par aucun élément objectif dans l'ensemble du dossier médical ni lors de l'examen clinique. De même, le diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience catastrophe ne saurait être retenu en l'absence d'antécédent d'état de stress post-traumatique, sur la base de deux accidents sans caractère de gravité ni conséquence majeure. Enfin, le trouble panique et le trouble dépressif récurrent de gravité moyenne s'inscrivent chez un assuré qui est plaignant, relativement flou, donnant des réponses souvent contradictoires. Prédomine dans son comportement et son discours une tendance importante à la majoration des symptômes qui a été décrite dans l'expertise. L'hypothèse d'un trouble panique s'inscrit aussi dans une description floue et mal systématisable. Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 Les limitations intellectuelles légères ne l'ont pas empêché de travailler comme manœuvre dans la construction dans l'entreprise de son frère. Cette hypothèse est donc sans effet sur sa capacité de travail. Il rappelle que des facteurs extra-médicaux sont importants dans cette situation : son âge, l'absence de formation certifiante, la durée de l'éloignement du monde du travail, de faibles perspectives de retrouver un travail dans le premier marché de l'emploi et d'éventuels facteurs socioculturels. Le Dr E. _____ rappelle que dans le contexte, le rôle de malade est surinvesti car il offre des solutions face à des problèmes de réalité. En conclusion, il confirme les résultats de son expertise.

6. Discussion sur l'évolution de la situation entre mai 2010 et décembre 2019

6.1. A l'appui de son recours, le recourant soutient que, dans sa décision du 18 mai 2010, l'OAI avait, à juste titre, accordé, s'agissant de la problématique psychique, une pleine force probante à l'expertise du Dr D. _____ et avait suivi ses conclusions pour lui accorder une rente entière d'invalidité. Le Dr E. _____, lequel a été mandaté par l'OAI pour revoir sa situation médicale suite à une dénonciation anonyme, ne prétend pas que la situation a changé depuis mais pose d'autres diagnostics, lesquels ne sont pas invalidants. Le recourant considère ainsi qu'il y a deux avis contradictoires rendus par des experts indépendants et que l'on ne saurait, sans verser dans l'arbitraire, accorder plus de crédit aux diagnostics du Dr E. _____ qu'à ceux du Dr D. _____. Ce d'autant plus que son psychiatre traitant, le Dr C. _____, est aussi de l'avis qu'il présente encore aujourd'hui une invalidité totale. Quant à la sphère rhumatologique, le recourant estime que les conclusions de son médecin traitant, le Dr G. _____, s'agissant de l'utilisation de son membre supérieur droit, sont en contradiction avec les conclusions de l'expert en rhumatologie mandaté, le Dr F. _____. En effet, le Dr G. _____ est de l'avis que l'allodynie dont il souffre au membre supérieur droit empêche la reprise d'une activité professionnelle nécessitant l'utilisation du membre supérieur droit, alors que le Dr F. _____ considère que, sur le plan strictement rhumatologique et compte tenu des limitations fonctionnelles, la capacité de travail globale peut être estimée à 80%.

6.2. Du point de vue psychique, la Cour de céans est de l'avis que, quoi qu'en pense le recourant, les

observations faites par les experts psychiatres successifs, ne sont pas si éloignées l'une de l'autre. En effet, à lire attentivement l'expertise du Dr D. _____, l'on s'aperçoit que cet expert psychiatre relève également chez l'assuré des traits d'exagération dans un contexte socio-culturel particulier. Même s'il n'a finalement pas retenu ce diagnostic, il considère que, dans le cas d'espèce, la question d'une possible majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ou d'une amplification de symptômes, est délicate à trancher. Il reconnaît également que le contexte socioculturel de l'expertisé (personnalité fruste, faible scolarisation, manque de formation professionnelle, manque de connaissance linguistique, précarisation financière progressive) est assez souvent présent dans ce type de phénomènes de majoration (rapport d'expertise du 26 février 2010, p. 24). Dans le sens d'une majoration des symptômes, le Dr D. _____ mentionne également qu'il "ressort du rapport du Dr M. _____ tout de même des phénomènes de rigidification et de chronification dans un sentiment "d'être lésé" par rapport au monde asséurologique, social et familial. Ceci est fréquemment le cas dans les phénomènes de majoration" (expertise, p. 25). Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 Quant au psychiatre traitant, le Dr C. _____, il laisse également entendre, dans son rapport médical du 8 juin 2009, qu'il existe des facteurs socioprofessionnels (cf. rapport médical du 8 juin 2009). Même constat du côté du Dr K. _____ qui relève que le tableau clinique de l'assuré est parsemé par des symptômes de non-organicité de Waddell et qui est de l'avis que le problème relève surtout de la sphère socio-économique (cf. rapport du 13 janvier 2009). Il ressort de ce qui précède que le diagnostic de majoration des symptômes psychiques et/ou physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) peut être posé dans le cas de l'expertisé en ce sens qu'il a bien souffert d'affections somatiques et psychiques dont les symptômes se sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble initial. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique ou celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe retenus par le Dr D. _____ pour le premier diagnostic et par le Dr C. _____ pour ces deux diagnostics ne peuvent pas non plus être retenus dans le cas d'espèce étant donné que le caractère dramatique des accidents ne se déduit ni des déclarations d'accidents ni des rapports médicaux figurant au dossier. Il n'y a en effet que l'expertisé qui considère que les accidents dont il a été victime présente un caractère dramatique: une fois, il serait tombé près du trou de l'ascenseur et près des ferrages en béton et, une autre fois, il aurait trébuché avant que le camion à béton recule et aurait dû crier et mettre la main pour qu'il s'arrête à temps (cf. expertise p. 19). Il s'agit ainsi d'une appréciation purement subjective de l'expertisé qui n'est pas étayée par les pièces, en particulier cette description dramatique des événements n'apparaît pas dans les déclarations d'accident. De plus, dans son expertise, le Dr E. _____ indique que l'expertisé peut décrire les différents accidents sans présenter aucune réaction émotionnelle particulière, ce qui discrédite le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Dans le cas particulier, la Cour de céans partage le point de vue du Dr E. _____ qui consiste à dire que l'on n'arrive pas à comprendre pour quelle raison en 2010 l'expertisé présenterait soudainement un état de stress post-traumatique, soit cinq ans après les faits incriminés dont le Dr E. _____ ainsi que les pièces figurant au dossier ont montré le caractère minime (cf. p 27 de l'expertise). D'ailleurs à la question posé par l'expert de savoir pourquoi il n'y a aucune évolution depuis 2005 et 2008, l'expertisé répond: "En ce moment, c'est surtout les symptômes physiques. Le Dr C. _____ est au courant, il pourra mieux expliquer" (cf. p.19 de l'expertise) Le Dr E. _____ retient que les accidents dont a été victime l'expertisé ont eu des répercussions relativement mineures puisqu'ils ont eu comme conséquence une luxation de l'épaule droite.

Le premier expert psychiatre, le Dr D. _____, semble donc s'être basé, pour poser son diagnostic, sur les dires exclusifs de l'expertisé et son ressenti subjectif et ne pas avoir mis cela en perspective avec les éléments objectifs ressortant du dossier. En effet, il ne semble pas connaître le véritable déroulement des accidents de l'expertisé et leur caractère banal et donne l'impression de se baser entièrement sur le descriptif de l'expertisé. Ainsi, l'hypothèse émise par le Dr D. _____ selon laquelle l'expertisé présenterait soudain un état de stress post-traumatique plusieurs années après les faits incriminés, ne convainc pas Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 l'Instance de céans qui retiendra dès lors qu'un tel état n'était à tout le moins plus présent au moment de l'expertise réalisée par le Dr E. _____ en juin 2009. Or, c'est à partir de ce diagnostic qui n'est ainsi plus d'actualité que l'expert D. _____ a fondé l'essentiel de son appréciation de la capacité de travail de l'expertisé. Cela a donc évidemment influencé son évaluation de l'appréciation de la capacité de travail de l'expertisé. L'état de stress post-traumatique n'étant plus retenu, il n'y a dès lors aucune raison de retenir non plus le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe, posé par son psychiatre traitant, le Dr C. _____. De manière générale, le psychiatre traitant, le Dr C. _____ - comme l'expert D. _____, -, semble s'être basé, pour poser ses diagnostics, sur les dires exclusifs de l'expertisé et son ressenti subjectif et ne pas avoir mis cela en perspective avec les éléments objectifs du dossier, raison pour laquelle l'Instance de céans ne saurait retenir son appréciation s'agissant des diagnostics posés et de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Un autre médecin traitant, le Dr M. _____, a aussi relevé, un trouble obsessionnel dans la recherche de reconnaissance de sa souffrance physique et psychique suite à un sentiment d'abandon médical, asséurologique, social, familial, sentiment d'une injustice suite à des compensations financières insuffisantes comme contre-poids aux souffrances endurées et aux prestations payées (Impôts, AVS/AI/APG/AC) (cf. rapport médical du 25 février 2010). Ces constatations faites par le médecin traitant confortent le diagnostic principal émis par le Dr E. _____ de majoration des symptômes psychiques et/ou physique pour des raisons psychologiques (F68.0). Un peu plus loin dans son expertise (cf. expertise p. 32 et suivants), l'expert E. _____ passe en revue les critères diagnostiques qui doivent être présents pour pouvoir poser le diagnostic de trouble panique, la caractéristique essentielle du trouble panique étant la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues. Le Dr E. _____ constate que l'expertisé peine à définir l'origine de son anxiété et l'expert rapporte qu'il n'y a pas d'évidence d'un trouble panique sous traitement de Fluoxétine dont on sait l'effet favorable sur les attaques de panique. Ainsi, ce diagnostic, pour autant qu'il ait bien existé et que le Dr D. _____ ait donc pu le poser en 2010, n'existe plus actuellement ou en tous les cas n'a pas d'influence sur la capacité de travail de l'expertisé étant donné l'effet favorable de la médication sur ce trouble. En conclusion, l'expertise du Dr E. _____ du 20 juin 2019 a été établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et l'expert a abouti à des résultats convaincants s'agissant de l'appréciation de la situation médicale de l'assuré et de l'incidence de celle-ci, du point de vue psychiatrique, sur sa capacité de travail. Il a été expliqué ci-dessus les raisons pour lesquelles les conclusions de l'expert D. _____ ne peuvent plus être suivies et pourquoi l'expertise du Dr E. _____ est plus convaincante et doit être suivie. Il y a dès lors lieu de confirmer que, à tout le moins depuis l'expertise réalisée en juin 2019, le recourant dispose d'une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. 6.3. Du point de vue rhumatologique, la Cour de céans fait le même constat que pour l'aspect psychique: les observations faites par le Dr

G._____ et par le Dr F._____ ne sont pas diamétralement opposées comme le prétend l'expertisé. Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 Le Dr F._____ fait d'abord le constat que la situation rhumatologique est stable depuis 2010 au moins et ne peut plus être améliorée de façon sensible par des mesures médicales. Ainsi, les appréciations et les conclusions des médecins interrogés à l'époque de la décision initiale restent d'actualité. Ensuite, tant le Dr G._____ que l'expert F._____ font les mêmes observations à l'examen clinique au niveau ostéo-articulaire (cf expertise rhumatologique du Dr F._____ du 25 juin 2019 et rapport médical du Dr G._____ du 22 juillet 2019). Leurs avis convergent donc s'agissant de l'examen clinique. De même, les deux médecins reconnaissent que, sur le plan orthopédique, une occupation professionnelle pourrait être envisagée (cf. expertise rhumatologique du Dr F._____ du 25 juin 2019 et rapport médical du Dr G._____ du 22 juillet 2019). Le Dr G._____ fait mention d'une activité avec épargne du membre supérieur droit, non seulement pour épargner l'épaule mais également la main. Les avis de l'expert F._____ et des différents spécialistes appelés à se prononcer avant lui divergent de l'avis isolé du Dr G._____ s'agissant des limitations fonctionnelles de l'expertisé. Pour le Dr F._____, les limitations fonctionnelles sont: pas de ports de charges supérieur à 10 kg à deux bras, bras à bras et ne pas lever le bras droit au-delà de l'horizontale. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus et il y a une diminution de rendement de 20% en raison du handicap qui découle d'une restriction de la mobilité du bras dominant. Ainsi, sur le plan rhumatologique, il estime la capacité de travail globale à 80%. En ce qui concerne la force de préhension de la main droite, le Dr F._____ mentionne, dans sa réponse à l'OAI du 3 septembre 2019, ne pas être équipé pour la mesurer quantitativement. Cependant, il ressort de sa prise de position qu'il estime que cet examen n'est pas nécessaire. En tout état de cause, ces limitations fonctionnelles n'excluent pas une activité dans la production industrielle légère. Dans l'ensemble, les médecins estiment que le recourant est encore capable de travailler dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, le Dr K._____ considère que, dans une activité de type industriel, sans port de charges lourdes, avec un plan de travail situé entre la ceinture et les épaules, il est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100% (cf. appréciation médicale du 9 janvier 2008). Le Dr O._____ de la CRR partage cette opinion : "Incapacité de travail dans un travail adapté (sans port de charge lourde et en porte à faux, avec un plan de travail situé entre la ceinture et les épaules : 0% depuis le 25.02.2009" (cf. rapport du 5 mars 2009 de la Clinique romande de réadaptation). Il en est de même pour le Dr I._____ qui est de l'avis que si le métier de maçon n'est plus possible, par contre, la capacité de travail est en principe de 100% dans un autre métier où le membre supérieur droit n'est utilisé que modestement par exemple dans la surveillance, à la réception, comme téléphoniste ou dans un travail de bureau (cf. rapport médical du 5 mars 2009). Pour le Dr G._____, la situation de l'expertisé empêche la reprise d'une activité professionnelle nécessitant l'utilisation du membre supérieur droit (cf. rapport du 22 juillet 2019). Le Dr G._____ fonde son appréciation en se basant sur son examen clinique mais aussi en se référant au bilan en ergothérapie qu'il a demandé en 2019 et qui ne figure pas dans le dossier de Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 l'administration. Selon le Dr G._____, les conclusions de ce bilan sont assez alarmantes: il fait état de douleurs sensibles extrêmes. Encore une fois, il faut relever ici qu'il s'agit de douleurs rapportées par le patient, donc par essence subjectives. Comme le mentionne l'expert F._____ dans sa réponse à l'OAI du 3 septembre 2019, le Dr G._____ ne fournit au surplus aucun élément concernant

l'objectivité de ce test, se contentant d'affirmer qu'il est objectif sans expliquer en quoi ce test serait objectif. Pour toutes ces raisons, l'on privilégierai ici l'avis de l'expert F. _____ - avis au demeurant conforme aux autres avis des différents spécialistes appelés à se prononcer avant lui - à l'opinion isolé du Dr G. _____, lequel, en tant que médecin traitant de l'assuré, pourrait au surplus avoir tendance à s'exprimer, en cas de doute, plutôt dans un sens favorable à son patient. Ainsi, la seule opinion divergente du médecin traitant du recourant ne saurait amener l'Instance de céans à écarter les opinions de tous les autres spécialistes, cela d'autant plus que, comme on l'a vu précédemment, le diagnostic principal retenu par les experts E. _____ et F. _____, lors de leur évaluation consensuel de la capacité résiduelle de travail, est celui de majoration des symptômes psychique et/ou physique pour des raisons psychologiques (F68). Il y a dès lors lieu de confirmer que, comme le retient l'expert rhumatologue de façon plus favorable que d'autres spécialistes, le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%. 6.4. Le calcul du taux d'invalidité figurant dans la décision querellée, lequel n'est pas ailleurs pas remis en cause par le recourant, peut également être confirmé. 7. En résumé, à tout le moins actuellement, l'Instance de céans ne peut plus retenir, du point de vue psychique, les diagnostics d'état de stress post-traumatique de survenue différée (F43.1) avec manifestations anxieuses répondant au diagnostic de trouble panique (F41.0) et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) posés par le Dr D. _____. Dans le cas d'espèce, elle privilégie le diagnostic avancé par le Dr E. _____ de majoration des symptômes psychiques et/ou physiques pour des raisons psychologiques (F68). Ce diagnostic est plus convaincant que les précédents et explique à l'heure actuelle l'entier de la symptomatologie psychique et physique de l'expertisé. En effet, dans le cas particulier, les facteurs non médicaux sont au premier plan: l'âge de l'expertisé, l'absence de formation certifiante, la durée de l'éloignement du monde du travail, de faibles perspectives de retrouver un travail dans le premier marché de l'emploi et d'éventuels facteurs socio-culturels. Dans ce contexte, le rôle du malade est surinvesti car il offre des solutions face à des problèmes de réalité. Du point de vue rhumatologique, l'Instance de céans valide l'expertise rhumatologique du Dr F. _____, lequel a fait une appréciation convaincante de la capacité résiduelle de travail de l'expertisé en rapport avec ses atteintes ostéo- articulaires. 8. Ainsi, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Des frais sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont compensés avec son avance de frais. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec son avance de frais. III. Il n'est pas alloué 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 3 décembre 2020/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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