

FR_GERICHTE 605 2022 7 vom 13. Juli 2023

FR Kantonsgericht, 2023-07-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_7

FR: FR_GERICHTE 605 2022 7 du 13 juillet 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 7 del 13 luglio 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) auprès de l'Office AI de Fribourg, mentionnant les atteintes à la santé suivantes : "problème jambe droite (haut de la jambe, perte de sensations, genou); grosses douleurs au dos; maux de tête; vertiges; problèmes gastriques suite à la prise massive de médicaments" (dossier AI pièce 259). Par décision du 31 août 2017, l'Office AI de Fribourg a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, dès lors que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision (dossier AI pièce 262). Cette décision n'a pas été contestée. E. Par mémoire de son mandataire du 25 septembre 2018, le recourant a déposé auprès de l'Office AI de Fribourg une nouvelle demande de prestations. Il a allégué une aggravation de son état de santé psychique et physique par rapport à celui établi par expertise en 2009 (dossier AI

Tribunal cantonal TC Page 3 de 23 pièce 282). A la requête de l'Office AI de Fribourg, il lui a également adressé, le 11 octobre 2018, un formulaire officiel de demande dans lequel il a mentionné les atteintes à la santé suivantes : fatigue, dépression, aggravation des douleurs à la jambe droite, au dos et à la tête, aggravation des problèmes gastriques et somnolence. Il a précisé que ses atteintes à la santé existaient depuis le 15 mai 2017 (dossier AI pièce 287). Le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet en médecine interne, un volet psychiatrique, un volet neurologique et un volet orthopédique et dont le rapport est daté du 17 février 2021. Par projet de décision du 26 avril 2021, l'Office AI de Fribourg a informé le recourant qu'il envisageait de lui refuser toute rente d'invalidité. Le 25 mai 2021, le recourant a déposé des objections contre le projet de décision du 26 avril 2021 de l'Office AI de Fribourg en concluant principalement à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un nouveau reclassement, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et plus subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2019. F. Par décision du 17 novembre 2021, l'Office AI de Fribourg a refusé d'allouer au recourant une orientation professionnelle et un reclassement ainsi que toute rente d'invalidité. Il a constaté que le recourant était en incapacité de travail totale dans son ancienne activité depuis mai 2017. Toutefois, sa capacité de travail dans une activité adaptée avait, médico-théoriquement, toujours été de 100% jusqu'à l'intervention de septembre 2019, puis de 0% pendant 6 mois après l'intervention au niveau du rachis le 6 septembre 2019 et de 80% depuis le 6 mars 2020. La diminution du rendement de 20% déjà déduite était due à la nécessité de pauses en plus pour détendre le rachis. Il a ainsi retenu que, compte tenu de son état de santé et de ses

limitations fonctionnelles, le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère pour du montage ou du conditionnement par exemple, à 100 % mais avec une diminution de rendement de 20 %. Après avoir fixé le revenu exigible dans une activité adaptée, elle a constaté que le taux d'invalidité de 40% n'était pas atteint, de sorte que le recourant ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité. Par décision du même jour, l'Office AI de Fribourg a accordé au recourant une aide au placement. G. Par mémoire du 3 janvier 2022, le recourant dépose par son mandataire un recours contre la décision de l'Office AI de Fribourg du 17 novembre 2021 auprès de la Cour de droit public du Tribunal cantonal de Neuchâtel. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision du 17 novembre 2021 soit annulée et, principalement, à ce qu'une orientation professionnelle et un nouveau reclassement lui soient alloués, avec l'octroi d'indemnités journalières à partir du 25 septembre 2018. Subsidiairement, il conclut à ce qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre afin d'évaluer sa capacité de travail. Plus subsidiairement, il conclut à ce que la cause soit renvoyée à l'Office AI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Plus subsidiairement encore, il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il invoque une violation de son droit d'être entendu en lien avec l'administration des preuves par l'Office AI. Il conteste également la façon dont les revenus sans et avec invalidité ont été calculés, et, par conséquent, le degré d'invalidité retenu par l'Office AI. Selon lui, il est supérieur à 20%, de sorte qu'il a droit à une orientation professionnelle, un reclassement et aux indemnités journalières

Tribunal cantonal TC Page 4 de 23 dans l'attente de la mise en place de cette mesure. Pour le cas où les preuves apportées ne seraient pas suffisantes, le recourant requiert l'audition de trois personnes ayant une importante expérience professionnelle concrète et pratique dans l'exercice de l'activité de mécanicien de production pour indiquer si ses limitations professionnelles sont compatibles avec l'exercice de cette activité. De plus, le recourant requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, aucune valeur probante ne pouvant être accordée au rapport d'expertise du 17 février 2021. Il estime que l'instruction médicale menée par l'Office AI de Fribourg et les experts est incomplète et que des mesures d'instruction médicale supplémentaires doivent être réalisées afin notamment de déterminer la nature des douleurs et leur réelle influence sur la capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée. Il requiert également que l'identité complète de la personne ayant rédigé l'annexe 1 (résumé du dossier de la personne assurée) de l'expertise lui soit communiquée, de même que son niveau de formation. Par arrêt du 14 janvier 2022, la Cour de droit public du Tribunal cantonal de Neuchâtel décline sa compétence pour connaître du recours interjeté et transmet le dossier de la cause au Tribunal cantonal de Fribourg, qui reconnaît sa compétence et se saisit de l'affaire. L'avance de frais de CHF 800.- est versée le 7 février 2022. Le 9 mars 2022, l'Office AI de Fribourg dépose ses observations suite au recours. Il conteste toute violation du droit d'être entendu et estime que, quand bien même elle devait être retenue, elle devrait être considérée comme réparée devant la Cour de céans. Il confirme sa décision s'agissant du calcul des salaires avec et sans invalidité, ainsi que, par voie de conséquence, son refus d'octroi d'un reclassement et d'une orientation professionnelle. Enfin, il considère que le rapport d'expertise du 17 février 2021 se fonde sur une pleine connaissance du dossier du recourant, que l'anamnèse est complète et détaillée, que les plaintes du recourant ont été prises en considération, que les avis divergents ont été discutés et que les conclusions sont motivées. Partant, une pleine valeur probante doit être reconnue à ce rapport d'expertise. L'Office AI conclut ainsi au rejet

intégral des conclusions prises par le recourant et confirme sa décision du 17 novembre 2021. Par acte du 7 juillet 2022, le recourant dépose ses contre-observations et produit des nouveaux rapports médicaux. Il maintient les conclusions formulées dans son recours. Il complète ses contre-observations dans un mémoire du 15 juillet 2022. Par acte du 13 septembre 2022, l'Office AI dépose ses ultimes remarques. Il expose notamment que les rapports médicaux produits dans la procédure de recours, notamment dans les contre-observations du 7 juillet 2022, n'apportent aucun nouvel élément médical concret et objectif permettant de remettre en doute les conclusions des experts, ni même de jeter un doute sérieux permettant d'admettre qu'une instruction complémentaire serait nécessaire. Partant, il maintient les conclusions formulées dans sa réponse du 9 mars 2022. Par écrit du 5 décembre 2022, le recourant dépose une nouvelle détermination. Il reprend pour l'essentiel les arguments exposés dans ses précédentes écritures. Le 15 décembre 2022, l'Office AI relève qu'aucun nouvel élément médical n'a été apporté par le recourant, maintient ses conclusions et requiert la clôture de l'échange d'écritures. Par acte du 28 décembre 2022, le recourant requiert un délai pour se déterminer sur le courrier de l'Office AI du 15 décembre 2022, requête également justifiée, selon lui, par le fait qu'il est dans l'attente d'un rapport médical. Il n'a toutefois pas déposé de détermination ou de nouvelle pièce.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 23 H. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt. en droit 1. Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année - et dans les formes légales. Il a été transmis d'office à l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, valablement représenté, est directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. L'avance de frais a été versée dans le délai. Partant, le recours est recevable. 2. Violation du droit d'être entendu 2.1. Le recourant se plaint d'une violation du droit d'être entendu. Il reproche en particulier à l'Office AI de Fribourg de ne pas l'avoir informé du fait qu'il entendait prendre contact par téléphone avec B._____, directeur de C._____, pour lui demander si ses limitations fonctionnelles sont compatibles avec l'exercice d'une activité de mécanicien de production avec CFC. Il se plaint de n'avoir ainsi pas pu participer à cet entretien téléphonique et de n'avoir pas eu l'occasion de poser des questions complémentaires. En outre, dès lors que les déclarations de B._____ n'ont pas été consignées par écrit, il indique ne pas être en mesure de vérifier qu'elles ont été correctement retranscrites dans le rapport du 22 octobre 2021 de l'Office AI de Fribourg. Enfin, il soutient que toutes ses limitations fonctionnelles n'ont pas été communiquées à B._____, de sorte que les informations fournies par ce dernier seraient erronées. L'Office AI de Fribourg conteste toute violation du droit d'être entendu du recourant. Il estime que ce dernier devait s'attendre à ce qu'il procède à l'administration de preuves complémentaires pour faire suite aux objections déposées au projet de décision du 26 avril 2021. En outre, quand bien même une violation du droit d'être entendu serait retenue, elle devrait être considérée comme étant réparée, le recourant ayant eu la possibilité de se déterminer sur ce moyen de preuve complémentaire et d'y apporter une contre-preuve. Enfin, l'Office AI relève que l'entretien téléphonique avec B._____ n'a en rien influencé sa décision, mais n'a fait qu'appuyer et confirmer son projet de décision. 2.2. Le droit d'être entendu est consacré à l'art. 29 al. 2 Cst. féd. Il permet notamment au justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir valablement des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier,

de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur

Tribunal cantonal TC Page 6 de 23 propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; arrêt TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). En matière d'assurances sociales, ce principe est concrétisé à l'art. 42 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1. L'art. 42 LPGA prévoit ainsi que : "Les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition". Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Selon la jurisprudence, la consignation de renseignements pris par oral ou par téléphone dans une note (téléphonique) ne constitue pas un moyen de preuve valable. En effet, une telle façon de procéder ne permet pas à l'assuré de vérifier ni quelles questions ont été posées à la personne qui renseigne l'autorité ni l'état de fait qui lui a été exposé. L'assuré n'a pas non plus la possibilité de poser des questions complémentaires ou de corriger ou compléter les éléments de fait donnés à la personne amenée à fournir des renseignements. La prise de renseignement par oral ou par téléphone n'est ainsi admissible que lorsqu'elle concerne des points secondaires. Lorsqu'elle concerne toutefois des éléments centraux de la cause, elle ne peut être effectuée qu'au moyen d'un formulaire écrit. Partant, si un tiers amené à fournir des renseignements est interrogé par oral, ses réponses doivent être consignées dans un procès-verbal (ATF 117 V 282, consid. 4c). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Mais la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; 132 V 387 consid. 5.1; ATF 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TAF 2010/35 du

E. 20

janvier 2010 consid. 4.3.1). En particulier, selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3). 2.3. En l'espèce, l'Office AI de Fribourg ne pouvait se contenter de rapporter les propos de B. _____ dans

une note téléphonique. C'est à juste titre que le recourant se plaint de ne pas avoir pu vérifier les éléments qui ont été exposés à B. _____, sur la base desquelles il a répondu aux questions de l'Office AI de Fribourg, et de ne pas avoir pu poser des questions complémentaires. La

Tribunal cantonal TC Page 7 de 23 Cour est d'avis qu'il ne s'agissait pas de points secondaires. En effet, B. _____ était amené à renseigner l'autorité intimée sur l'exigibilité de la profession de mécanicien de production CFC vu les limitations fonctionnelles que présente le recourant. Il s'agit là d'une question centrale, puisque le droit à des mesures d'ordre professionnel ou à une rente d'invalidité en dépend. A noter que l'Office AI de Fribourg a accordé une importance certaine à l'avis de B. _____, puisqu'elle a expressément mentionné cet entretien téléphonique dans sa décision du 17 novembre 2021. Une violation du droit d'être entendu du recourant doit donc être reconnue. Cela étant, cette violation du droit d'être entendu ne saurait occasionner ni la nullité ni l'annulation de la décision attaquée. En effet, dès lors que le recourant a pu se déterminer sur ce moyen de preuve et proposer une contre-preuve, la violation de son droit d'être entendu doit être considérée comme réparée. Partant, il convient de rejeter ce grief.

3. Règles relatives aux mesures de réadaptation

3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant : (a.) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels ; (b.) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI). Parmi les mesures professionnelles, on retrouve, entre autres, l'orientation professionnelle (art. 15 LAI) et le reclassement (art. 17).

3.2. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession a droit à l'orientation professionnelle et à une mesure préparatoire à l'entrée en formation (al. 1). L'assuré auquel son invalidité rend difficile l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (al. 2).

3.3. L'art. 17 al. 1 LAI énonce qu'un assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut pas prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement

Tribunal cantonal TC Page 8 de 23 en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de

reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). Ce taux de 20% ne constitue cependant pas une limite absolue, mais un ordre de grandeur. Selon les circonstances, une invalidité légèrement inférieure pourra déjà ouvrir droit à une mesure de reclassement (VALTERIO, Commentaire LAI, 2018, art. 17 n. 10 et les références citées). Par ailleurs, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20%. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable. Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même. L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (arrêt TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2).

4. Règles relatives au droit à une rente de l'assurance-invalidité A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

4.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

4.2. Les dispositions régissant la rente d'invalidité ont été modifiées dès le 1er janvier 2022. Selon l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%. Comme cela était déjà le cas en vertu de l'ancien droit, aucune rente n'est octroyée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 40%.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 23 En lien avec cette modification, le législateur a prévu des dispositions transitoires. Ainsi, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b LAI se traduit par une baisse de la rente en cas

d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Dans le cas d'espèce, la demande date du 25 septembre 2018 de sorte que l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 demeure applicable. 4.3. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGA). 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'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). 5. Règles en cas de nouvelle demande 5.1. Selon l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si l'on se trouve en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 23 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), elle doit procéder de la même manière que lors d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 133 V 108 consid. 5). 5.2. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). 5.3. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régissant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133

V 108, 103 V 71). 6. Règles relatives à l'appréciation des documents médicaux 6.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 6.2. Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 6.3. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 23 qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 7. Questions litigieuses Le recourant a fait l'objet d'une décision de refus de rente d'invalidité le 26 janvier 2016. Il doit dès lors être examiné si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis cette décision. Cas échéant, se pose tout d'abord la question de savoir si le recourant remplit les conditions lui permettant de bénéficier d'une orientation professionnelle et d'un reclassement, auquel cas il aurait également droit à des indemnités journalières jusqu'à ce que la mesure débute et pendant la durée de celle-ci. Pour répondre à cette question, il importe de définir si l'activité retenue par l'Office AI est exigible au vu des limitations fonctionnelles du recourant. Subsidiairement, la Cour doit analyser le droit du recourant à une rente d'invalidité. 8. 8.1. Décision du 26 janvier 2016 Dans la décision du 26 janvier 2016 (dossier AI pièce 240), l'Office AI de Fribourg a notamment mentionné l'expertise réalisée le 7 janvier 2009 par le Dr D. _____, spécialiste médecine interne et maladies rhumatismales. L'objectif de cette expertise était de déterminer l'opportunité d'une reconversion professionnelle et de définir les aptitudes du point de vue médical du recourant en vue d'une nouvelle formation. Selon ce médecin, le recourant était capable d'exercer à 100% une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles: "Au plan physique, elles concernent le genou et le dos, à savoir éviter des activités se déroulant de façon prépondérante en position debout, nécessitant la marche en terrain instable ou monter et descendre fréquemment les escaliers ou échelles ainsi que le port de charges de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs en flexion/extension ou rotation du rachis et les stations statiques prolongées. Pas de limitation au plan psychique et mental ni social." (dossier AI pièce 103). L'Office AI a indiqué dans sa décision que le dossier du recourant avait par la suite à nouveau été soumis au SMR. Or, selon le rapport du 29 juin 2015 du Dr E. _____, spécialiste en médecine générale et médecin du SMR, aucune aggravation de l'état de santé du recourant ne nécessitait de reconsidérer la situation : "La problématique dorso-lombaire demeure toujours présente et aucune aggravation sur le plan neurologique n'est constatée. Il s'agit très probablement d'un épisode inflammatoire transitoire et les limitations fonctionnelles décrites par le Dr F. _____ sont compatibles avec le status relevé à l'époque par le Dr D. _____, lors de son examen d'expertise du 08.12.2008" (dossier AI pièce 220). Le Dr E. _____ s'est à nouveau déterminé le 9 novembre 2015 : "Après relecture attentive du dossier, du status du Dr F. _____ et en l'absence de nouvel examen paraclinique (radiographies, laboratoire avec comparatifs antérieurs), les informations apportées par le Dr F. _____ ne mettent pas en évidence un changement de status ou de limitations fonctionnelles par rapport à ce qui est mentionné dans le rapport d'expertise de 2008 du Dr D. _____, rhumatologue qui avait examiné l'assuré à l'époque. Le dernier certificat du Dr F. _____ du 19.10.2015 n'apporte pas de nouvel indice concret ou de nouveau diagnostic pouvant expliquer la recrudescence du syndrome douloureux de son patient. Dès lors, l'aggravation

Tribunal cantonal TC Page 12 de 23 du syndrome douloureux peut trouver son origine dans l'exercice par l'assuré d'une activité non entièrement adaptée à sa problématique dorso-lombaire." (dossier AI pièce 235). 8.2. Décision du 31 août 2017 Pour rappel, l'Office AI de Fribourg a, par décision du 31 août 2017, refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, dès lors que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il a considéré que l'état de fait était resté identique et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente (dossier AI pièce 262). 9. Validité formelle de l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2021 9.1. Avant d'analyser les conclusions retenues par les experts ainsi que les autres médecins, il convient de déterminer si l'expertise doit être écartée du dossier, dès lors qu'elle comprend une annexe intitulée « résumé du dossier » qui a été rédigée par une secrétaire médicale, du nom de G. _____, et non par un médecin, et que le nom de cette personne ne figurait nulle part dans l'expertise, seules les initiales H. _____ étant mentionnées. 9.2. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions dans un délai de 10 jours. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, par expert au sens de l'art. 44 LPGA, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise. La communication du nom de l'expert doit permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation. Cette communication doit de plus avoir lieu suffisamment tôt pour que l'assuré soit en mesure de faire valoir ses droits de participation avant le début de l'expertise en tant que telle. En particulier, lorsque l'intéressé soulève des objections quant à la personne de l'expert,

l'organe de l'assurance-invalidité doit se prononcer à leur sujet avant le commencement de l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et les références citées). En sa qualité de mandant, l'assureur a droit à ce que l'expertise soit effectuée par la personne mandatée. La substitution ou le transfert (même partiels) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en oeuvre l'expertise. L'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire ("Hilfsperson"), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumise à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté. Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance. Font ainsi notamment partie des tâches

Tribunal cantonal TC Page 13 de 23 fondamentales d'expertise, qui ne peuvent être déléguées, la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise ou le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, cas échéant dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire (ATF 146 V 9 consid. 4.2.2 et les références citées). Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPG, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. Ainsi, le nom de la tierce personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation; même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références citées). Dans les constellations mentionnées, les prescriptions de l'art. 44 LPG sont applicables. Le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré. Cette interprétation a été confirmée par les cours intéressées du Tribunal fédéral réunies dans une procédure selon l'art. 23 al. 2 LTF (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références citées). Le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.3.2). Toutefois, le défaut formel dont

est entachée la procédure d'expertise ne conduit pas à écarter d'emblée le rapport d'expertise : si les experts désignés ont accompli personnellement les tâches fondamentales d'expertise, le fait que l'assuré n'a pas eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. A cette fin, il convient de placer le recourant dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués. Dans un tel cas de figure, la cause doit donc être renvoyée à l'office AI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom du ou des médecins dont l'assistance a été requise soit communiqué au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation. Il incombe ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité (ATF 146 V 9 consid. 4.4). 9.3. En l'espèce, il est vrai que le rapport d'expertise comprend une annexe intitulée « résumé du dossier de la personne assurée » qui a été rédigée par une secrétaire médicale, du nom de G. _____, dont le nom n'a pas été communiqué préalablement au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 23 S'agissant de l'absence de communication préalable du nom de cette personne, conformément à la jurisprudence susmentionnée, cette éventuelle violation du droit de participation à l'administration des preuves est susceptible d'être réparée. Or, le nom de cette personne a désormais été communiqué au recourant, qui n'a soulevé aucun motif de récusation. Le fait qu'il n'ait pas connu son identité avant l'établissement du rapport ne saurait donc conduire à l'invalidation du rapport d'expertise à cet égard. Cela étant, contrairement à ce qui prévalait dans l'arrêt de principe repris ci-dessus, la question principalement litigieuse en l'espèce n'est pas de savoir si le nom de la personne déléguée à l'établissement du résumé du dossier devait être communiqué à l'avance au recourant, mais bien plus de déterminer s'il est admissible qu'une partie du travail d'expertise, à savoir le résumé du dossier annexé au rapport proprement dit, soit effectué par une secrétaire médicale. A cet égard, il est constaté que le rapport d'expertise pluridisciplinaire est constitué d'une appréciation générale interdisciplinaire (p. 4 à 12) et de volets spécifiques de médecine interne (p. 14 à 30), de psychiatrie (p. 31 à 47), de neurologie (p. 48 à 65) et d'orthopédie (p. 66 à 80). Il comprend également six annexes, à savoir 1) un « résumé du dossier de la personne assurée », 2) un formulaire de « questionnaire médical » complété par le recourant, 3) des déclarations formelles de celui-ci relatives à sa participation à l'expertise, 4) un contrôle de l'identité du recourant, 5) des rapports d'examen complémentaires et 6) des documents médicaux supplémentaires. Plus spécifiquement, il ressort de l'annexe 1 du rapport d'expertise qu'il s'agit d'un résumé du dossier administratif établi par l'Office AI, récapitulant sur 31 pages les différentes démarches administratives effectuées, les différents rapports médicaux récoltés, ainsi que les échanges de correspondance entre l'Office AI et le recourant et son mandataire. Le contenu de cette annexe, établie par une secrétaire médicale, ne s'apparente pas à une première analyse du dossier médical et ne contient pas d'éléments d'anamnèse. Sous cet angle, la situation est fondamentalement différente de celle qui a conduit à l'arrêt de principe 146 V 9, étant rappelé que le rapport d'expertise litigieux avait dans ce cas été réalisé « sur la base d'une collaboration interdisciplinaire » notamment avec un « médecin ne participant aux examens » qui avait analysé et résumé le dossier. En effet, s'il doit être admis que le médecin délégué à résumer le dossier médical et à procéder à une première analyse dispose de par sa formation de compétences médicales qui l'amèneront d'une façon

ou d'une autre à procéder à une appréciation des documents qu'il résume, à sélectionner des dates, informations et données qu'il considère comme déterminantes, la même conclusion ne peut pas être reprise lorsque la tâche de rédaction du résumé du dossier médical est confiée à un collaborateur administratif non médecin. Dans une telle configuration, comme en l'espèce, le résumé du dossier apparaît plutôt comme un document récapitulant les différentes pièces d'un dossier administratif comprenant près de 2000 pages. La délégation d'une telle démarche à une secrétaire médicale apparaît dès lors admissible. Par ailleurs, dans le volet relatif à sa spécialité respective, chacun des experts a indiqué avoir non seulement pris connaissance du résumé détaillé, mais également étudié le dossier médical. L'ensemble des experts, tout en pouvant s'appuyer sur le résumé des pièces du dossier de l'Office AI, a ainsi établi son appréciation directement sur les documents figurant au dossier et sur ses propres constatations. Ils ont ainsi accompli personnellement les tâches fondamentales de l'expertise.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 23 Partant, le fait que le rapport d'expertise pluridisciplinaire comprenne un résumé du dossier de l'Office AI établi par une secrétaire médicale dont le nom complet a été fourni au recourant dans un second temps ne justifie pas d'écarter l'expertise du dossier.

10. Capacité de travail – analyse de l'expertise pluridisciplinaire et autres rapports médicaux Le grief relatif à la validité formelle de l'expertise pluridisciplinaire ayant été rejeté, il est constaté, à titre préliminaire, que celle-ci a été dûment menée : elle est complète, les experts évaluent les plaintes du patient, procèdent à leur propre examen clinique, tout en tenant compte des rapports médicaux antérieurs, dont ils discutent les diagnostics de manière satisfaisante, et leurs conclusions sont motivées. Ce rapport d'expertise satisfait donc aux exigences requises d'une expertise médicale.

10.1. Sur le plan orthopédique

10.1.1. Expertise orthopédique Le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient que le recourant souffre actuellement des troubles suivants : lombalgies latéralisées à gauche avec douleurs dans la cuisse gauche et parfois des cervicalgies associées à des maux de tête, gonalgies droites à l'effort et apparition de douleurs au niveau des deux coudes. Il considère que les douleurs lombaires et sacro-iliaques ainsi que les gonalgies ont une incidence sur la capacité de travail du recourant, mais que tel n'est pas le cas des cervicalgies itératives. Il ajoute que les "séquences d'apparition des douleurs, toujours post-opératoires, tant au niveau de la cuisse droite, des coudes que dans la jambe gauche, ne semblent pas réellement cohérentes" (dossier AI pièce 385). Selon l'expert, les limitations fonctionnelles suivantes doivent être respectées au niveau orthopédique : alternance de positions, pas d'activité se déroulant de façon prépondérante en position debout ou nécessitant la marche en terrain instable, pas de charge de plus de 5kg, pas de flexion antérieure du rachis, pas d'échelle, pas d'échafaudage et pas d'escalier de manière itérative. Il estime que le recourant est capable d'exercer une activité à 80%, soit une activité à 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de pauses fréquentes pour se détendre le rachis. L'expert ne relève aucune incohérence dans les déclarations du recourant par rapport aux troubles d'ordre orthopédique (dossier AI pièce 385).

10.1.2. Rapports médicaux relatifs aux lombalgies La Cour relève que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert sont pour l'essentiel les mêmes que celles qui avaient été définies en 2015 déjà par le Dr F. _____, chiropraticien traitant. En effet, dans son rapport médical du 9 juin 2015, celui-ci retient que les douleurs rachidiennes surviennent lors d'efforts ou de positions prolongés ou lorsque le recourant effectue des travaux répétitifs ou en flexion/porte-à-faux. Il considère qu'une reprise de l'activité professionnelle à temps partiel est envisageable dès qu'un travail adapté

peut lui être proposé, qui respecte les limitations suivantes: pas d'activité uniquement en position assise ou debout, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position penchée, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête et pas de position accroupie ou à genoux (dossier AI pièce 219).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 23 Dans son rapport du 15 mai 2019, le Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en médecine du sport, considère que "suite à la future chirurgie que va avoir A. _____ [...] les limitations fonctionnelles seront beaucoup plus conséquentes afin de préserver ce montage. Ainsi, toutes les positions acrobatiques seront proscrites, le port de charge < 05 kg de façon répétitive est à éviter, les sollicitations répétitives et soutenues en flexion/extension/rotations du rachis ainsi que les stations statiques prolongées sont à éviter également. La marche sur terrain accidenté ou instable ainsi que le travail en hauteur est contre-indiqué, idem pour la montée/descente des escaliers et échelles. Le travail en porte-à-faux ou au-dessus du plan de l'horizontal avec les 2 membres supérieurs sera également contre-indiqué". A noter que les limitations fonctionnelles sont en substance les mêmes que celles retenues dans l'expertise. Ainsi, s'il retient certes que l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis 2015, cette aggravation reste toutefois sans incidence sur ses limitations fonctionnelles (dossier AI pièce 308). Le 21 juin 2019, la Dre K. _____, spécialiste en médecine générale, répond aux questions du mandataire du recourant. Elle indique que les douleurs se sont aggravées en raison d'une péjoration des discopathies L4-L5 et L5-S1 et que le recourant souffre de lombalgies invalidantes. Selon elle, une activité professionnelle adaptée doit répondre aux exigences suivantes : pas de port de charge et pas de maintien long d'une position. Elle ne se prononce toutefois pas sur le taux d'activité horaire ou le rendement exigibles (dossier AI pièce 308). Ainsi, malgré une aggravation des douleurs, la Dre K. _____ ne retient pas de réduction de la capacité de travail du recourant, mais estime que celui-ci ne peut pas exercer une activité qui implique de port de charge ou de maintien d'une position, limitations également retenues, à tout le moins dans une certaine mesure s'agissant du port de charges, par l'expert. Tant le Dr J. _____, dans son rapport du 17 février 2020 (dossier AI pièce 355), que le Dr L. _____, médecin généraliste traitant, dans son rapport du 9 mars 2020 (dossier AI pièce 358), retiennent des lombalgies chroniques invalidantes. Le Dr Hatén Allouche ajoute toutefois que "sous une rééducation bien conduite, il serait probable que cette symptomatologie s'améliore". Ce symptôme a ainsi été pris en compte dans l'expertise orthopédique. S'agissant de l'impact de ce trouble sur la capacité de travail du recourant, il convient de préférer les conclusions de l'expert à celles du médecin traitant qui, vu la relation de confiance qui unit ce dernier à son patient, doivent être considérées avec retenue. Le 23 juin 2022, le Dr L. _____ est amené à répondre aux questions du mandataire du recourant, sur la base notamment de l'IRM du rachis cervical du 24 janvier 2022, l'IRM lombo-sacrée du

E. 25

janvier 2022 et l'examen de la colonne lombaire du 12 avril 2022 (pièce 1 produite par le recourant). Ces examens médicaux étant postérieurs à la décision par l'Office AI, il n'y a pas à tenir compte des nouvelles limitations fonctionnelles alléguées en lien avec des atteintes diagnostiquées à ce stade. Il en va de même des investigations médicales réalisées par la Dre M. _____, médecin cheffe adjointe auprès du Département d'imagerie médicale de N. _____ (rapport du 12 avril 2022, pièce 2 produite par le recourant), du Dr O. _____, radiologue (rapport du 26 janvier 2022, pièce 3 produite par le recourant), du

Dr P. _____, radiologue (rapport du 27 janvier 2022, pièce 4 produite par le recourant) et de la Dre Q. _____, gastroentérologue (rapport du 11 mars 2022, pièce 5 produite par le recourant). A noter également que ces médecins posent un diagnostic à l'endroit du recourant, mais n'analysent pas la question de sa capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 23 Le 9 novembre 2022, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du sport, répond aux questions du mandataire du recourant. Selon lui, si la racine L5 est irritée, la capacité de travail se situe entre 0 et 50%, et en cas de douleurs, aucun rendement ne peut être exigé du recourant. Il considère que l'irritation de la racine L5 gauche est à l'origine de la lombosciatalgie qui limite totalement une reprise d'activité, même adaptée. Il est d'avis que seul un neurochirurgien est apte à déterminer l'incidence de cette problématique sur la capacité de travail du recourant (pièce 3 produite par le recourant). Le Dr R. _____ se contredit donc lorsqu'il indique que le recourant n'est pas capable de travailler, même dans une activité adaptée, alors qu'il considère que seul un neurochirurgien est capable de répondre à cette question. Sur le vu de ce qui précède, il convient de suivre l'expertise pour ce qui est de la capacité de travail du recourant en lien avec les problèmes dorsaux dont il souffre. Les autres rapports médicaux ne permettent nullement d'arriver à une autre conclusion.

10.1.3. Rapports médicaux relatifs aux gonalgies

Le recourant est vu à la consultation du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le 11 novembre 2019, en raison de ses gonalgies droites. Ce médecin retient que l'activité exercée jusqu'alors par le recourant n'est plus exigible. En revanche, il est capable d'exercer une activité adaptée, sans diminution du rendement, qui respecte les exigences suivantes : pas de position à genoux, pas de position accroupie, le périmètre de marche doit être de 400 mètres au maximum, pas d'utilisation des deux bras, pas de port de charge de plus de 20 kg, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de déplacement sur sol irrégulier ou en pente. De plus, le recourant ne doit pas devoir se baisser ou effectuer des mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs. Il juge bonne la motivation du recourant pour la reprise du travail ou pour un reclassement professionnel (dossier AI pièce 346). Ce médecin apporte des précisions dans un autre rapport du même jour. Selon lui, dans une activité en tant que mécanicien ou de ferblantier, le recourant ne peut pas exercer d'activité à 100%. En revanche, en tant que polymécanicien, pour autant que la place de travail soit adaptée ou dans toute autre activité adaptée qui permet l'alternance des positions assise et debout, il est capable d'exercer une activité à 100%. Il estime que l'état de santé du recourant est stable et qu'il devrait donc être en mesure de trouver une activité adaptée. Il relève que le patient n'a toutefois pas de formation suffisante pour exercer une activité adaptée à son état de santé (dossier AI pièce 347). Il découle de ce qui précède que le Dr S. _____ prend les mêmes conclusions que l'expert s'agissant de la capacité de travail du recourant. Sur le vu de ce qui précède, rien ne justifie de s'écarter des conclusions prises par l'expert en orthopédie.

10.2. Sur le plan neurologique

10.2.1. Expertise

Le Dr T. _____, expert en neurologie, retient une symptomatologie périphérique au membre inférieur droit, notamment une meralgie paresthésique déjà ancienne, stable, et une symptomatologie irritative sans caractère déficitaire. Au niveau des membres supérieurs, le recourant a une irritation du nerf cubital au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne, mais également sans aucun déficit sensitif ou moteur. Le recourant souffre en plus de deux crises de migraine commune par mois. Il ajoute que le recourant fait une description crédible d'un syndrome des jambes sans repos qui perturberait son endormissement, mais qui n'a pas de répercussion

Tribunal cantonal TC Page 18 de 23 diurne, notamment de somnolence. Il ne retient aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. S'agissant de ceux qui n'ont pas d'incidence, il énumère les diagnostics suivants : migraine commune, meralgie parasthésique droite, sensibilité du nerf cubital au coude des deux côtés, sans déficit neurologique, probable traumatisme crânio-cérébral modéré en 2006, sans séquelle, et suspicion de syndrome des jambes sans repos. (dossier AI pièce 385). Selon l'expert, le recourant n'est pas limité du point de vue neurologique, sauf en cas de position prolongée en flexion du coude, des parasthésies pouvant apparaître au niveau des deux mains nécessitant une extension de cette articulation. Sa capacité de travail est donc entière dans une activité adaptée qui tient compte de ses douleurs aux deux coudes (dossier AI pièce 385).

10.2.2. Rapports médicaux Le 4 mai 2021, le Dr L._____ répond aux questions posées par le mandataire du recourant au sujet de l'expertise. Selon lui, il convient de retenir, en plus des diagnostics posés dans l'expertise pluridisciplinaire, une neuropathie ulnaire bilatérale avec diminution de la force. Il ne partage pas l'avis du Dr T._____, selon lequel le recourant ne présente aucune séquelle du point de vue neurologique du traumatisme cranio-cérébral de 2006 : les migraines sont selon lui liées à ce traumatisme. Le Dr L._____ énumère les atteintes à la santé qui limitent la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, dont les neuropathies ulnaires et les cervicalgies (dossier AI pièce 404). S'agissant tout d'abord de la neuropathie ulnaire bilatérale, la Cour relève que ce diagnostic a également été posé par le Dr U._____, radiologue, dans son rapport du 23 novembre 2020 et par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main, dans son rapport du 11 novembre 2020 (dossier AI pièce 404). Ces deux médecins n'attestent toutefois pas d'une incapacité de travail en lien avec cette atteinte. En présence d'un avis isolé du médecin traitant à ce sujet, la Cour considère que c'est à juste titre que l'Office AI a renoncé à mentionner la neuropathie ulnaire bilatérale dans la liste des atteintes invalidantes. La Cour rappelle ensuite que l'origine des migraines importe peu, seule étant pertinente la question de savoir si cette atteinte est invalidante. En l'espèce, vu la fréquence des migraines, elle ne peut empêcher durablement le recourant d'exercer une activité professionnelle adaptée. Aucune autre limitation que celle qui ressort de l'expertise spécialisée neurologique ne doit donc être retenue.

10.3. Sur le plan psychiatrique

10.3.1. Expertise Le Dr W._____, expert psychiatre, retient un diagnostic non incapacitant de dysthymie. Il considère que les critères diagnostics d'un épisode dépressif sévère, d'un état de stress post-traumatique ou d'une modification durable de la personnalité ne sont pas rassemblés. En effet, malgré la tristesse, la fatigue et le sentiment de déprime ressentis, le recourant reste capable d'effectuer les gestes de la vie quotidienne, de faire de la moto, de se promener et de passer du temps avec sa fille, notamment en l'aidant à faire des bricolages. Il précise qu'il « existe des divergences entre les symptômes décrits concernant le manque d'envie et la tristesse et les constats

Tribunal cantonal TC Page 19 de 23 de l'examen clinique qui ne retrouve pas de symptôme objectif en faveur d'un épisode dépressif ». L'expert considère qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Il ressort également de l'expertise que la baisse de motivation ressentie par le recourant est à mettre en lien avec son sentiment d'incapacité de travail et le fait qu'il dépende financièrement de ses parents. Il déclare se faire beaucoup de souci pour son avenir (dossier AI pièce 385). Le recourant demande d'ailleurs une orientation professionnelle et un reclassement.

10.3.2. Rapports médicaux Le Dr X._____ retient un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un état de stress

post-traumatique et une autre modification durable de la personnalité, liée à une algie chronique (dossier AI pièce 279). Il estime qu'on pourrait raisonnablement exiger du recourant qu'il travaille dans une activité qui tienne compte de son état de santé. Toutefois, il est relevé qu'à titre de limitations fonctionnelles, ce médecin ne décrit que des atteintes physiques (rapport du 15 mai 2019; dossier AI pièce 307). S'agissant du traitement, le Dr X._____ indique tant dans son rapport du 21 août 2018 (dossier AI pièce 279) que dans celui du 15 mai 2019 (dossier AI pièce 307) qu'il prescrit au recourant du DEROXAT (antidépresseur) et du RISPERDAL (neuroleptique), traitements qu'il qualifie d'indispensables. Or, lors de l'entretien d'expertise, le recourant a expliqué qu'il ne supportait pas les antidépresseurs et qu'il ne les avait jamais pris plus de 2 ou 3 jours (dossier AI pièce 385). Le caractère indispensable de ce traitement doit donc largement être relativisé. De plus, dans son rapport du 21 août 2018, le Dr X._____ indique qu'une psychothérapie de soutien est nécessaire (dossier AI pièce 279). Il est toutefois relevé que le 15 mai 2019, soit près de 9 mois plus tard, ce suivi n'a toujours pas été mis en place, puisque le psychiatre indique qu'il s'agit de la prochaine mesure envisagée (dossier AI pièce 307). De plus, dans son rapport du 26 mai 2021, le Dr X._____ indique avoir vu le recourant à sa consultation pour la première fois le 24 avril 2018, qu'il a eu 18 séances avec lui et que la dernière consultation a eu lieu le 14 mai 2019. Depuis, il a eu 2 rendez-vous téléphoniques durant l'été 2019, et quelques brefs coups de fil par la suite (pièce 4 produite par le recourant). Le traitement, qui n'a été suivi qu'un peu moins d'une année par le recourant, n'est pas cohérent avec un épisode dépressif sévère. La Cour relève également que lors de l'entretien avec l'expert, le recourant indique qu'il n'a pas de suivi psychiatrique régulier et qu'il n'a presque pas d'échange téléphonique avec son psychiatre traitant. A la date de l'entretien, il ne l'avait pas vu depuis plus d'une année et le dernier échange par téléphone remontait à 3 mois. Interrogé sur les raisons de la sporadicité de ce suivi, il répond qu'il n'a pas l'impression que ça lui "apporte" et que "ce sont les douleurs qui la gênent le plus et les aspects financiers". A cet égard, il est également relevé ce qui suit : "[Le recourant] ne rapporte pas de limitation psychiatrique significative. [II] axe ses plaintes sur les difficultés liées aux douleurs (dossier AI pièce 385). Même s'il estime que le recourant souffre d'un vrai syndrome dépressif, et non d'une simple dysthymie, le Dr L._____ ne retient, dans son rapport médical du 4 mai 2021, aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. A cela s'ajoute le fait qu'en tant qu'il émane d'un médecin généraliste, cet avis ne saurait avoir le pas sur celui d'un spécialiste en psychiatrie. De plus, le Dr L._____ n'expose nullement les raisons pour lesquelles il conviendrait de retenir un épisode dépressif plutôt qu'une dysthymie (dossier AI pièce 404). Dans son rapport du 26 mai 2021, le Dr X._____ indique les raisons pour lesquelles il retient un épisode dépressif sévère plutôt qu'une dysthymie, de même qu'une modification durable de la

Tribunal cantonal TC Page 20 de 23 personnalité et un stress post-traumatique. S'il motive les raisons de ce diagnostic, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un avis isolé, qui ne concorde pas avec le traitement suivi par le recourant. En outre, le Dr X._____ ne répond pas clairement à la question de savoir quelle est l'incidence des atteintes psychiques sur la capacité de travail. Interrogé sur l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant, il donne une réponse vague : "A une période, il se plaignait des difficultés de concentration, de mémorisation. Mais déjà à cette époque, au moment où il allait moins mal, il évoquait le souhait d'une éventuelle reconversion, si les limitations fonctionnelles sont moins inhibantes". Il ne se prononce pas non plus sur le taux d'activité

exigible, ni sur son rendement (pièce 4 produite par le recourant). Sur le vu de ce qui précède, aucun rapport médical ne permet de mettre en doute les conclusions tirées par l'expert psychiatre, à savoir le diagnostic de dysthymie et, surtout, la capacité de travail à 100% du recourant sur le plan psychiatrique. 10.4. Sur le plan de la médecine interne Du point de vue de la médecine interne, le seul diagnostic avec incidence sur la capacité de travail retenu par l'experte, la Dre Y. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pharmacologie et toxicologie cliniques, est un asthme bronchique, qui influence uniquement les limitations fonctionnelles. De ce point de vue, il faut favoriser un travail en milieu tempéré, éviter l'exposition à la fumée ou à d'autres substances irritantes pour les voies aériennes. Le reflux gastrooesophagien, les symptômes allergiques saisonniers et le taux de vitamine D ne sont, selon elle, pas incapacitants. Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail est donc de 100%, ce qui n'est pas contesté. Il convient toutefois de tenir compte des limitations fonctionnelles précitées dans l'exercice d'une activité adaptée, ce que l'Office AI n'a pas fait dans sa décision du 17 novembre 2021. 11. Droit à la rente : autres griefs 11.1. Sur l'aggravation de l'état de santé Doit tout d'abord être résolue la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 26 janvier 2016. En l'espèce, la Cour constate que les limitations fonctionnelles restent pour l'essentiel les mêmes. Pour rappel, en 2016, il avait été retenu qu'il fallait éviter des activités se déroulant de façon prépondérante en position debout, nécessitant la marche en terrain instable ou la montée et descente fréquente des escaliers ou échelles ainsi que le port de charges de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs en flexion/extension ou rotation du rachis et les stations statiques prolongées. Aucune limitation sur le plan psychique n'avait été retenue. Actuellement, les limitations fonctionnelles suivantes doivent être respectées dans l'exercice d'une activité adaptée: pas de charge de plus de 5kg, pas de flexion antérieure du rachis, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'escalier de manière itérative, pas de position prolongée en flexion du coude. En outre, il faut favoriser un travail en milieu tempéré, éviter l'exposition à la fumée ou à d'autres substances irritantes pour les voies aériennes.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 23 Ainsi, à l'exception de la charge maximale et des limitations relatives à la médecine interne, aucun changement n'est constaté. Partant, il doit être considéré que la situation du recourant ne s'est pas aggravée au point d'exiger une orientation professionnelle et un reclassement. 11.2. Sur l'activité exigible La question qui se pose également est celle de savoir si l'activité retenue par l'Office AI dans sa décision du 17 novembre 2021, soit celle de mécanicien de production CFC, est exigible au vu des limitations fonctionnelles du recourant, moyennant au besoin d'une adaptation de la place de travail. Il ressort de la brochure du Centre de formation professionnelle neuchâtelois relatif au métier de mécanicien de production CFC, produit par le recourant, que cette profession peut comporter des activités très variées, allant de la lecture et de l'interprétation des dessins techniques au contrôle de qualité, en passant par la préparation et l'assemblage de matériel. Le 17 décembre 2021, Z. _____, au bénéfice d'un CFC de mécanicien, d'une maîtrise et d'un brevet d'enseignement, ainsi que d'une expérience de 33 ans dans l'enseignement dont 10 ans dans l'activité de mécanicien de production, répond aux questions du mandataire du recourant sur l'exigibilité de l'activité retenue. Il indique que, en lien avec l'asthme bronchique et les limitations fonctionnelles qui en découlent, il faut faire attention aux produits sous forme, par exemple, de spray pour le nettoyage, le dégraissage et pour la protection contre la rouille et la corrosion. Il expose également que le métier peut comporter le port de charges assez lourdes. S'agissant du contrôle des pièces, il indique que,

dans tous les cas, les doigts, les mains, les bras, les épaules et le dos sont mis à contribution. Il explique également que le contrôle de séries de pièces implique la position prolongée en flexion du coude. Il ne répond pas vraiment à la question de savoir si des paresthésies au niveau des 2 mains sont compatibles avec une activité de mécanicien de production (pièce 5 produite par le recourant). En définitive, Z._____ fait mention de certaines activités qui ne sont pas compatibles avec l'état de santé du recourant, mais il ne ressort pas de ses déclarations que cette profession, dans son ensemble, n'est pas exigible de la part du recourant. Il y a certes des aspects qui ne semblent pas être adaptés aux limitations fonctionnelles, mais il ne peut pas pour autant être affirmé qu'aucune activité ne peut être exercée dans ce domaine, ce d'autant plus vu la variété des tâches qui sont envisageables. Il convient donc de confirmer la décision de l'Office AI sur la question de l'activité exigible, sans qu'il soit nécessaire de donner suite aux réquisitions de preuve formulées par le recourant, à savoir l'audition de trois personnes ayant une importante expérience professionnelle concrète et pratique dans l'exercice de l'activité de mécanicien de production.

11.3. Sur le calcul du taux d'invalidité Le recourant conteste tant le revenu d'invalidité que le revenu de valide retenus par l'Office AI de Fribourg dans sa décision du 17 novembre 2021. Le revenu d'invalidité, fixé à CHF 58'946.90 par l'Office AI de Fribourg, ne prête pas le flanc à la critique, dès lors qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour l'année 2018. S'agissant du revenu de valide, la Cour confirme le calcul effectué par l'Office AI de Fribourg, en se fondant sur les relevés de salaire produits par le recourant (pièce 2). La prime de CHF 200.- étant déjà comprise dans le montant de CHF 5'900.-, il ne se justifie pas de l'ajouter. Ainsi, le revenu

Tribunal cantonal TC Page 22 de 23 annuel brut du recourant aurait été de CHF 70'800.-, soit CHF 5'900.- x 12, s'il avait pu continuer à travailler dans sa dernière activité. La perte de revenu est donc bien de CHF 11'853.10 (CHF 70'800.- - CHF 58'946.90), ce qui correspond à une perte de revenu de 16.74%. Le recourant n'a ainsi droit ni à une orientation professionnelle, ni à un reclassement, la perte de revenu étant inférieure à 20%. Il n'a, a fortiori, pas droit non plus à une rente d'invalidité.

12. Sort du recours et frais Partant, le recours doit être rejeté et la décision de l'Office AI du 17 novembre 2021 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 7 février 2022. Pour le même motif, le recourant n'a pas droit à des dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 23 de 23 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 17 novembre 2021 est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 13 juillet 2023/sro Le Président La Greffière-rapporteuse

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