

FR_GERICHTE 608 2015 21 vom 9. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_21

FR: FR_GERICHTE 608 2015 21 du 9 mai 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2015 21 del 9 maggio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

juin suivant, une intervention chirurgicale a été effectuée. Suite à une évolution peu favorable, avec la survenance de lombalgies, il a été hospitalisé du 18 mars au 17 avril 2008 à C._____. Une nouvelle intervention chirurgicale a été réalisée sur l'épaule droite le 27 janvier 2010. Par décision du 30 juin 2010, la CNA a conclu que son assuré subissait une perte de gain à hauteur de 18%, le considérant comme entièrement apte à exercer une activité adaptée, par exemple de type industriel avec un plan de travail situé entre la ceinture et les épaules. Pour sa part, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité prend en considération une diminution de l'intégrité de 10%. Cette décision n'a pas été contestée par l'assuré. B. Parallèlement à cette procédure devant l'assureur-accidents, le 13 mai 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'Office), à Givisiez, et a requis l'octroi d'une rente. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a demandé l'avis des médecins ayant traité l'assuré – y compris dans le cadre du séjour à C._____ – ainsi que celui de son Service Médical Régional (ci-après: SMR). Par projet de décision du 28 octobre 2008, confirmé par décision du 28 janvier 2009, l'Office a refusé l'octroi d'une rente mais a admis celui d'une aide au placement. Constatant une capacité de gain sauvegardée dans une activité adaptée, il avait estimé que son assuré était en mesure d'exercer une telle activité à temps plein et sans perte de rendement, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère. Suite au recours (cause 605 2009 78) interjeté par l'assuré le 4 mars 2009, le Tribunal cantonal a confirmé la décision de l'OAI par arrêt du 13 octobre 2011. Cet arrêt n'a pas été contesté. C. Par courrier du 16 septembre 2009 l'assuré a fait part à l'OAI d'une aggravation de son état de santé, notamment des troubles à son épaule droite, et demandé la révision de la décision sur sa rente. Suite à cette nouvelle demande, l'OAI a requis des rapports des médecins ayant suivi l'assuré ainsi que de son SMR.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Dans un premier projet de décision du 18 octobre 2010, l'OAI a refusé la nouvelle demande au motif que la capacité de gain était restreinte depuis le 5 novembre 2009, mais restaurée et entière dans une activité adaptée dès le 6 juin 2010. Par courrier du 22 novembre 2010, l'assuré s'est opposé à ce projet. Par un second projet de décision du 21 mars 2011, l'Office a reconnu le droit de son assuré à une rente entière du 1er février 2010 au 30 septembre 2010. Selon lui, se fondant sur un avis de son SMR, il y a eu une incapacité totale de travail entre le 5 novembre 2009 et le 6 juin 2010. Avant et après cette période, la capacité de travail est complète dans une activité adaptée. Malgré les objections déposées par l'assuré le 30 mars 2011 et suite à un courrier de rappel du 7 février

2014, l'OAI a confirmé son projet de décision le 11 avril 2014 et lui a octroyé une rente entière pour la période allant du 1er février 2010 au 30 septembre 2010. Dès le 1er octobre 2010, le droit à une rente a été refusé. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Alexis Overney, avocat, interjette recours le 2 février 2015 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi du dossier pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de ses conclusions, se prévalant surtout de l'avis de son médecin traitant, il fait grief à l'Office de ne pas avoir pris en compte ses limitations fonctionnelles et l'impact de son état de santé sur ses capacités professionnelles (notamment les douleurs) dans le choix de l'activité adaptée. Il souligne que certaines lésions ont été négligées, ses limitations découlant de ses deux épaules et d'autres problèmes multiples mis en exergue par son médecin traitant. Il se plaint du fait que la décision contestée provoque une "régression sociale" inconcevable et inadmissible, le faisant passer d'une position de chef de chantier et d'entreprise à celle de "simple" ouvrier. Finalement, il allègue une fixation arbitraire de la période d'octroi de la rente. Le 17 février 2015, il s'est acquitté de l'avance de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 25 mars 2015, l'OAI conclut au rejet du recours. Selon lui, le médecin traitant admet que son patient a une capacité de travail dans une activité adaptée, relevant avoir tenu compte des limitations mises en exergue par celui-ci lorsqu'il a "exigibilisé" l'assuré. Tout en rappelant qu'il n'appartient pas au médecin de déterminer le profil de l'activité adaptée, il affirme que celle décrite par le médecin traitant n'est motivée que par les souhaits de son patient. Il rappelle que les douleurs sans substrat organique objectivé ne peuvent pas être tenues pour invalidantes, sans compter qu'elles sont dues au fait que l'assuré a poursuivi une activité contre-indiquée. Il considère que la régression sociale alléguée n'est pas pertinente et a d'ores et déjà fait l'objet d'un jugement. Dans ses contre-observations du 4 mai 2015, le recourant a produit spontanément un rapport médical du 4 février 2015 attestant, selon lui, de ses limitations et de son incapacité totale à exercer son ancienne activité. Outre les éléments d'ores et déjà allégués, il se plaint en sus d'une motivation insuffisante de la décision attaquée. Etendant ses conclusions, il ajoute finalement conclure plus subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise pour déterminer la nature de l'aggravation de son état de santé et l'étendue de ses limitations actuelles, notamment en ce qui concerne les deux épaules et les autres affections.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Dans ses ultimes remarques du 12 mai 2015, l'OAI indique ne pas avoir de remarques particulières à formuler et maintient les conclusions déjà exprimées. 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, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Dans un premier moyen, de nature formel, le recourant allègue que la décision litigieuse est insuffisamment motivée dans la mesure où l'OAI ne précise pas quelle activité adaptée elle retient ni ne procède à une comparaison des revenus. Il se plaint dès lors d'une violation de son droit d'être entendu. a) 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 et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient.

Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – 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 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 I 72; 126 V 132 consid. 2b et les références). b) En l'espèce, le grief de violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 Certes, l'OAI n'explicite pas les critères que doit remplir une activité pour être compatible avec l'état de santé du recourant ni ne procède à une comparaison des revenus. Néanmoins, il renvoie aux considérations retenues par le passé, notamment dans sa décision du 28 janvier 2009 confirmée par la Cour de céans par arrêt du 13 octobre 2011. A la lecture des deux décisions, on peut clairement discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité intimée. D'ailleurs, dans les faits, la seule lecture du recours montre que l'assuré a parfaitement compris quelle activité d'invalidé avait été retenue par l'autorité intimée. Ainsi, il y conteste l'activité adaptée choisie en affirmant qu'elle n'est pas adaptée à ses limitations. Dans ce cadre, il regrette aussi qu'elle lui occasionne "une claire régression sociale". L'obligation de motiver et le droit à une décision motivée ont été respectés. 3. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI). L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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). b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon ce principe, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, le recourant et l'autorité intimée sont en droit de produire de nouveaux rapports médicaux en cours de procédure et le juge se doit de les accepter en vertu de la maxime d'office. C'est ensuite, dans le cadre de l'appréciation des preuves, que le juge décidera s'il doit en tenir compte ou non (cf. arrêt TF 9C_286/2008 du 6 novembre 2008 consid. 4.1 et la référence citée). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). La portée du principe précité est toutefois restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. art. 43 et 61 let. c LPGA; voir également ATF 125 V 193 consid. 2; arrêt TF I 90/04 du 6 mai 2004 consid. 2 et les références in REAS 2004 p. 242). c) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le tribunal des assurances doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a

tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'ancien art. 87 al. 4 aRAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; cf. ég. arrêt TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). d) 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. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde, comme

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'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 (art. 88a al. 1 RAI; ATF 130 V 349 ss consid. 3.5). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 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 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un

assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4. Est litigieuse, la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est péjoré au point de justifier l'octroi d'une rente entière puis s'est ensuite amélioré au point d'entraîner sa suppression. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment du dernier refus d'octroi de rente entière en novembre 2009, avec ceux prévalant jusqu'au prononcé de la décision litigieuse du 11 décembre 2014. a) Cela étant, il se doit d'être rappelé pour quels motifs l'autorité intimée avait initialement rejeté la demande de rente, par décision du 28 janvier 2009, confirmée par la Cour de céans par arrêt du 13 octobre 2011. Dans son arrêt, la Cour avait considéré qu'à la lecture des rapports médicaux, les praticiens s'accordaient sur les diagnostics posés. Il en allait de même en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, à l'exception de l'avis émis par le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale. La Cour n'avait néanmoins pas été convaincue par ce dernier avis dès lors qu'il émanait du médecin traitant de l'assuré et que son argumentation relative aux lombalgies était contredite par le rapport du spécialiste en la matière, le Dr E. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, de C. _____. Pour ces motifs, la Cour avait estimé qu'il y avait lieu de préférer les limitations fonctionnelles mentionnées par le reste du corps médical par rapport à celles mises en avant par le médecin traitant. Elle avait ainsi confirmé les conclusions du SMR, selon lesquelles le recourant était en mesure d'exercer en plein une activité sans port de charges lourdes dépassant 15-20 kg, sans travaux pénibles de manutention avec le membre supérieur droit, sans plans de travail au-dessus du niveau des épaules et sans travail en hauteur ou sur échelle. b) Dans la décision litigieuse du 11 décembre 2014, l'autorité intimée a estimé que son assuré était en incapacité totale de travailler du 5 novembre 2009 au 6 juin 2010. Avant et après cette période, la capacité de travail était complète dans une activité adaptée. Elle se fonde en cela sur l'avis du 17 septembre 2010 de la Dresse F. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR. Dans son rapport sur dossier, la docteure affirme qu'une totale incapacité de travail devait être reconnue entre le 5 novembre 2009 et le 6 juin 2010. Dès cette date, le recourant retrouvait une capacité de travail complète dans une activité adaptée, l'ancienne activité n'étant toutefois pas considérée comme telle. Les limitations fonctionnelles sont l'élévation des bras au dessus des épaules, les mouvements répétitifs et le port de charges de plus de 10 kg (dossier OAI, pièce 398). L'avis du médecin SMR est confirmé par le Dr

G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main. Le spécialiste admet que l'ancienne activité n'est plus conforme à l'état de santé du recourant. Ainsi, dans ses différents rapports, il fait état d'une incapacité de travail fluctuante dans l'ancienne activité entre 2007 et 2010. Depuis janvier 2008, il l'estime à 20%. Puis, il considère que son patient est en incapacité complète de travailler dès le 5 novembre 2009, soit depuis un traumatisme subi à l'épaule droite, probablement suite à des "travaux en élévation répétitive". Il précise ensuite ce qui suit: "50% 07.06.2010 pour la gauche et Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 20% 02.01.2008 pour la droite". Par contre, le spécialiste admet qu'il existe une capacité de travail complète dans une activité adaptée suite à l'hospitalisation de janvier 2010. Cette activité doit "ménager ses épaules dans les activités répétitives" (rapports des 12 janvier 2010, 20 juillet 2010 et 28 juillet 2010, dossier OAI, pièces 295, 368 et 392). Le rapport du 4 février 2015 du Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ne contredit pas les considérants résumés ci-avant. Ce rapport est en soi clairement postérieur à la décision litigieuse. Pour ce motif, il n'a en principe pas à être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Néanmoins, en tant que seule pièce médicale récente, il pourrait éventuellement mettre en lumière une aggravation survenue entre 2011 et 2014. Cela étant, aucun rapport médical ne figure dans le dossier pour cette période de plus de trois ans. En outre, ce rapport n'atteste en aucun cas d'une évolution de l'état de santé. Au contraire, le rhumatologue se contente de répéter ce qui n'est pas contesté, à savoir que le recourant présente des douleurs aux épaules (associées à un manque de force et de mobilité) et qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité de plâtrier. Il fait état d'un état de santé inchangé. Pour sa part, dans l'évaluation de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail, le recourant s'appuie surtout sur l'avis de son médecin traitant, le Dr D. _____. Citant son généraliste, il affirme qu'il est incapable "d'adopter une même position du corps pendant longtemps, ni une position à genoux, ni une inclinaison du buste, ni une position accroupie, ni le port ou déplacement de charges de plus de 5/10 kg, ni des mouvements des membres ou du dos répétitifs". Il ajoute que la décision "ne prend pas en considération la présence, ni même l'intensité des douleurs dorsales éprouvées par [l'assuré]. Or il a été unanimement constaté que ces douleurs étaient apparues intensément lors de la reprise [...] de l'activité professionnelle à mi- temps du recourant, en février 2008". Selon l'avis du recourant, il en découle que "la décision de l'Office AI méconnaît non seulement [son] état de santé [...] mais aussi l'impact qu'il a sur ses capacités professionnelles et futures" (recours, p. 8 pt. 1 et 2). Au mot près, ces affirmations avaient déjà été faites par le recourant dans son mémoire de recours du 4 mars 2009 (p. 5). La répétition mot à mot des mêmes griefs et des mêmes limitations fonctionnelles à cinq ans d'intervalle ne rend pas crédible la péjoration de l'état de santé dans une activité adaptée. Au contraire, cela confirme que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail suite à l'opération de janvier 2010 et qu'il est à nouveau en mesure d'exercer l'activité adaptée retenue dans la décision initiale. Ceci dit, le Dr D. _____ est imprécis, voire contradictoire, dans les différents rapports médicaux qu'il a remplis d'avril 2009 à ce jour. Ainsi, le généraliste affirme constamment que l'état de son patient se péjore (lombalgies en avril 2009 et dépression en octobre 2011) et que son incapacité de travail en tant que plâtrier diminue, passant de 50% à 100% dès le 5 novembre 2009 sans s'améliorer par la suite. Toutefois, outre qu'il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son ancienne activité, les limitations fonctionnelles demeurent globalement inchangées depuis 2008. Ainsi, le médecin estime qu'aucun travail physique n'est exigible mais que, par contre, une

activité administrative l'est. Plus spécifiquement, il mentionne des limitations dans le port de charge limité à 5/10 kg, les postures (alternance des positions possible uniquement) et l'utilisation des deux épaules (dossier OAI, pièces 219, 266, 293, 432 et 463). Pour être rendue crédible, la péjoration telle qu'attestée de l'état de santé aurait dû se répercuter sur les limitations fonctionnelles retenues par le médecin. Cela n'est pas le cas ici, les limitations

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 demeurant semblables malgré le passage du temps. Cette dichotomie entre l'état de santé et les limitations fonctionnelles va dans le sens de ce qu'avait déjà relevé la Cour dans son arrêt du 13 octobre 2011 et qui avait justifié qu'elle s'écarte de l'avis du médecin traitant. A ce jour, il apparaît de surcroît que l'évaluation du médecin est influencée par des facteurs externes à l'invalidité. C'est notamment ce qu'illustre le passage suivant: "le contexte psycho-social ainsi que l'âge vont limiter les possibilités de reclassement professionnel, sans parler des difficultés socio-économiques dans son pays natal" (rapport du 20 janvier 2011, dossier OAI, pièce 432). Les difficultés socio-économiques et culturelles ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation de l'invalidité par l'OAI. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée n'a pas suivi l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr D. _____ et s'est rattachée à l'avis des autres intervenants au dossier. Au vu des avis convaincants présents au dossier et de l'absence d'une péjoration récente, la réalisation d'une expertise telle que requise par le recourant ne s'avère pas nécessaire. Compte tenu de ce qui précède, la Cour constate que tous les intervenants admettent que l'ancienne activité du recourant n'est plus adaptée à son état de santé. Il n'est pas litigieux non plus qu'il a souffert d'une période entière d'incapacité de travail entre le 5 novembre 2009 et le 6 juin 2010. Néanmoins, depuis cette dernière date, le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans le cas concret, cette dernière ne doit pas imposer une élévation des bras au dessus des épaules, des mouvements répétitifs et un port de charges de plus de 10 kg. c) Reste encore à examiner la question du taux d'invalidité retenu. Dans la décision litigieuse et renvoyant à sa décision du 28 janvier 2009, mis à part la période entre le 5 novembre 2009 et le 6 juin 2010, l'Office considère que son assuré est en mesure d'effectuer une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère. L'évaluation du salaire d'invalidé se fonde sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS; TA1, secteur 2, niveau de qualification 4, hommes). Le salaire de valide est pour sa part basé sur la moyenne des salaires perçus dans son entreprise pour les années 2002 à 2006. Si les montants retenus dans l'ancienne activité ne sont pas critiqués, l'assuré conteste l'activité adaptée choisie. Dans ce cadre, il affirme qu'en retenant qu'il peut devenir ouvrier dans la production industrielle légère à plein temps, l'office a totalement méconnu ses limitations fonctionnelles. Selon lui, dans ce domaine d'activité, il est évident qu'il "devrait précisément adopter ces positions jugées inconciliables avec [son] état de santé" (recours, p. 8 pt. 1). Il souligne ensuite avoir exercé les fonctions de chef de chantier, respectivement chef d'entreprise, au sein de sa société "pendant les 22 dernières années". Pour cette raison, il lui semble tout à fait "inconcevable d'exiger à présent de sa part qu'il exerce le métier de simple ouvrier". Il se plaint qu'il s'agisse "d'une claire régression sociale" qui "ne saurait être exigée de sa part" (recours, p. 9ss pt. 4). A nouveau, ces griefs se recourent, au mot prêt, avec ceux formulés dans le recours du 4 mars 2009 contre la décision initiale du 28 janvier 2009 (p. 5 et p. 6-7). S'agissant d'abord du grief relatif aux limitations retenues par son médecin traitant, dans son arrêt du 13 octobre 2011, la Cour avait mis en exergue le fait que le revenu d'invalidé était fondé sur l'ESS et correspondait à celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 simples et répétitives dans le secteur privé, toutes activités confondues. Or, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on devait convenir qu'un certain nombre d'entre elles était adaptée à l'état de santé du recourant, telles que caissier, une activité dans le cadre d'un travail de surveillance ou de contrôle de petites pièces mécanisées évoluant sur tapis roulant et, dans une moindre mesure, magasinier. S'agissant ensuite du grief relatif à la "régression sociale", la Cour avait déjà rappelé qu'un invalide devait entreprendre de son propre chef tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (obligation de diminuer le dommage). Il en découlait qu'un assuré n'avait pas droit à une rente lorsqu'il est en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une perte de gain ouvrant le droit à une rente. La Cour avait souligné que le statut de chef d'entreprise et le recul social allégués ne permettaient pas de déroger à ce principe, particulièrement au vu de l'anamnèse professionnelle de l'assuré. Il devait mettre au mieux sa capacité résiduelle de travail à profit. Elle avait aussi rappelé que la position sociale ne jouait aucun rôle dans le domaine de l'assurance-invalidité. Pour l'ensemble des griefs qui précèdent, les considérations tenues à l'époque par la Cour sont toujours valables de sorte qu'il n'est pas nécessaire de les approfondir plus avant. Pour le surplus, comme constaté par le passé, les montants des salaires de valide et d'invalide retenus ainsi que la comparaison des revenus opérée doivent être confirmés. d) Finalement, l'assuré se plaint que les périodes aient été fixées de manière arbitraire, ne comprenant pas pourquoi la fin de la rente a été fixée au 30 septembre 2010. Selon lui, en substance, il y a une contradiction entre cette date et les constats de l'OAI qui fixaient au 6 juin 2010 la date de l'amélioration de l'état de santé. Force est de constater que la fixation des périodes telle que retenue par l'OAI ne souffre pas la critique. Tant le départ du droit à la rente au 1er février 2010 que son échéance au

E. 30

septembre 2010 tiennent compte du délai de trois mois au sens de l'art. 88a RAI, celui-ci débutant avec l'évolution (positive ou négative) durable de l'état de santé. 5. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance de frais. Pour les mêmes motifs, il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 9 mai 2016/pte Président
Greffier

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