

FR_GERICHTE 608 2017 151 vom 27. Februar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_151

FR: FR_GERICHTE 608 2017 151 du 27 février 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 151 del 27 febbraio 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2017 151 Arrêt du 27 février 2018 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud Greffier-rapporteur: Philippe Tena Parties A. _____, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité; nouvelle demande Recours du 16 juin 2017 contre la décision du 16 mai 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 13 considérant en fait A. A. _____, né en 1961, domicilié à B. _____, célibataire, sans formation, travaillait en tant que monteur dans une entreprise spécialisée dans le nettoyage de tuyaux et l'entretien d'installations sanitaires. Il a été déclaré en incapacité totale de travail par son médecin traitant à partir du 5 octobre 1993. Le 3 novembre 1993, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), notamment en raison des séquelles d'un accident de moto et d'une surcharge professionnelle. Il a alors bénéficié de la prise en charge d'un reclassement comme soudeur-serrurier auprès du centre C. _____ entre avril 1995 et avril 1998. Par communication du 25 juin 1998, constatant la réussite de la réadaptation, l'OAI a estimé que son assuré n'avait pas droit à une rente. Cette décision n'a pas été contestée. Courant 1999, celui-ci a commencé une activité de chauffeur. Son employeur a déposé le bilan à la fin de l'année 2002. B. Le 24 août 2002, l'assuré a subi un nouvel accident de moto. Il a été désarçonné de son véhicule suite au heurt de la roue avant d'un véhicule agricole. Ce cas a été pris en charge par D. _____, auprès de laquelle il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles par le biais de son employeur. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assuré a notamment bénéficié de séjours au sein de la Clinique E. _____ en avril-mai 2004 et en octobre-novembre 2004. Par décision du 25 janvier 2008, D. _____ lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 23% et d'une IPAI fondée sur une diminution de l'intégrité de 35%. C. Parallèlement à cette procédure, le 12 avril 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, soutenant que son pied droit avait été "détruit" suite à cet accident. Sur suggestion de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a mandaté le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 11 août 2006, ce dernier conclut que si la capacité de travail de l'assuré avait été fortement réduite par le passé pour des motifs psychiques, elle était désormais de 70%, sous la forme d'une baisse de rendement, dans une activité adaptée. Par décision du 18 mai 2007, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière entre le 1er août 2003 et le 31

décembre 2004, le degré d'invalidité ultérieur étant évalué à 37.7% et ne donnant pas droit à une rente. Cette décision n'a pas été contestée. Après avoir bénéficié d'un stage dans le cadre d'une aide au placement, l'assuré a été engagé par une entreprise de pompes funèbres à un taux de 60% dès le 1er septembre 2007 et de 80% dès le 1er août 2010. D. Le 28 juin 2012, l'assuré est tombé de sa moto et s'est blessé à la jambe et à l'épaule droites. Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 Ce cas a été annoncé à D. _____, qui l'a pris en charge. Par décision du 18 janvier 2018, en lien tant avec l'accident du 24 août 2002 qu'avec celui du 28 juin 2012, D. _____ maintiendra le droit de son assuré à une rente basée sur une incapacité de gain de 23%. E. Parallèlement à cette procédure, les 5 août 2013 et 1er septembre 2013, l'assuré a adressé une troisième demande de prestations à l'OAI en raison de "multiples fractures" au pied, au genou et à l'épaule droites. L'office lui a reconnu le droit à un stage de trois mois de préparation à une activité professionnelle auprès du CIS à un taux de 80%, ce stage ayant cependant été interrompu par l'assuré qui avait été déclaré en incapacité totale de travail par son médecin traitant. Par décision du 16 mai 2017, confirmant un projet du 5 décembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 23%. F. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Philippe Graf, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 16 juin 2017, mémoire complété le 14 septembre 2017, concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, puis, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. A l'appui de son recours, il rappelle que les médecins lui ont diagnostiqué des troubles d'ordre psychique depuis son premier séjour à la Clinique E. _____ en 2004, lesquels ont même amené l'OAI à lui octroyer une rente pour une durée limitée en 2004. A ses dires, ces troubles sont attestés par son médecin traitant depuis mars 2016 et n'ont pourtant pas été pris en compte par l'OAI dans l'évaluation de sa capacité de gain. Le 13 septembre 2017, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 12 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant en substance aux considérants de sa décision. Lors du second échange d'écritures fait à la demande du recourant, les parties ont maintenu leurs positions. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 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 de la loi du 19 juin Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à

prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGa; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré de gravité certain. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est

nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) 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 l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). 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, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 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). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 3. Pour pouvoir décider, 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). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé

(ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

c) Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

4. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. Le point de départ temporel pour résoudre cette question correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Il s'agit ici de la décision du 18 mai 2007. Dans cette décision l'OAI avait retenu que la capacité de travail de son assuré a été nulle du 24 août 2002 au 31 décembre 2004. Dès le 1er janvier 2005, elle était par contre entière, compte tenu d'une perte de rendement de 30%, dans une activité adaptée. Cela a conduit l'OAI à retenir un degré d'invalidité de 37.7% après comparaison des revenus de valide et d'invalidé (dossier OAI, p. 704 et 726).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13

Sur le plan somatique, dans un précédent projet de décision du 20 décembre 2004, l'OAI avait considéré que l'état de santé de son patient avait causé une incapacité complète de travail entre le 24 août 2002 et le 31 août 2004 (cf. dossier OAI, p. 452 et 456). Il se référait à un rapport du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 30 août 2004, lequel affirmait qu'en "résumé, la situation [du recourant] peut être considérée comme globalement stabilisée" et qu'"après 12 mois d'évolution, la situation professionnelle [du recourant] devrait être réenvisagée" (dossier OAI, p. 444). La stabilisation sur le plan orthopédique avait été confirmée peu après par les médecins de la Clinique E. _____, lesquels retenaient que le recourant possédait des capacités significatives mais que celles-ci étaient freinées par un trouble de l'humeur ainsi que des facteurs extra-médicaux (dossier OAI, p. 461). De même, le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de D. _____, considérait que, depuis mars 2004, "la situation n'a[vaient] guère évolué", les "plaintes [étaient] superposables" et les "constatations cliniques [étaient] également comparables". Il était d'avis qu'une "pleine capacité de travail [pouvait] être mise en valeur chez cet assuré dans une activité légère, principalement sédentaire ou ne nécessitant que de brefs déplacements" (rapport du 11 janvier 2006, dossier OAI, p. 557). Pour sa part, la Dresse I. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, retenait les limitations suivantes: "travail en position principalement assise, avec la possibilité de se lever et de faire [quelques] pas, sans port de charges lourdes. Doit porter des chaussures spéciales. Pas de marche prolongée ni en terrain inégal, pas de travaux en hauteur ou sur une échelle. Difficultés à manipuler de petits objets avec la main droite" (dossier OAI, p. 657). Sur le plan psychique, l'OAI se référait aux conclusions du Dr F. _____ qu'il avait mandaté en 2006 pour expertise. Comme diagnostic invalidant, l'expert faisait état d'un fonctionnement intellectuel limité, d'un trouble de la personnalité ainsi que des traits abandonniques et antisociaux. D'autres diagnostics d'ordre psychiatrique tels qu'un "trouble dépressif majeur" en rémission, étaient également mentionnés mais considérés comme non invalidants. Constatant toutefois que ce trouble dépressif majeur persistait jusqu'en

décembre 2004, il reconnaissait à l'assuré "une incapacité d'au moins 70% de septembre 2002 à fin 2004, incapacité qui se chevauch[ait] avec l'incapacité de travail somatique totale". Ultérieurement, "avec la rémission symptomatique au début de l'année 2005, l'incapacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée sur le plan somatique [était] inférieure à 30%", précisant qu'"il [était] possible de proposer un horaire plein temps avec une baisse de rendement allant jusqu'à 30%" (dossier OAI, p. 621). Il ressort de ce qui précède que la rente entière octroyée était essentiellement liée à des motifs somatiques, lesquels justifiaient une incapacité de travail totale d'août 2002 à août 2004. Dans un second temps, jusqu'en décembre 2004, les troubles psychiques étaient considérés comme suffisamment graves pour justifier la prolongation du droit à la rente. Enfin, depuis janvier 2005, le recourant s'était vu reconnaître une capacité de travail minimale de 70% dans une activité adaptée aux limitations somatiques, ce qui avait justifié la suppression de la rente. 5. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis lors de manière à influencer son droit à une rente de l'assurance-invalidité. a) Sur le plan somatique, le Dr J. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, renvoie à l'examen du médecin d'arrondissement de D. _____, le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, qu'il estime entièrement probant (dossier OAI, p. 1027). Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Dans son rapport du 17 novembre 2014, ce dernier fait état d'atteintes en lien avec les accidents de 2002, essentiellement au membre inférieur droit, et de 2012, au niveau de tout l'hémicorps droit. Relevant qu'"actuellement, la situation est sous contrôle", il estime que l'assuré n'est plus en mesure de travailler en tant qu'employé de pompes funèbres avec "l'atteinte complémentaire de la partie distale de la jambe [droite et] l'atteinte de l'épaule [droite]" causées par l'accident de 2012. Relevant que cet accident a causé des atteintes supplémentaires, il précise qu'il y a désormais "des limitations qui sont liées à l'atteinte à l'épaule D, côté dominant". Il considère que l'assuré peut "travailler toute la journée dans une activité industrielle légère à moyenne" mais que celle-ci doit éviter les travaux répétitifs en hauteur ou en dessus de la tête, la plupart des ports de charges (10 kg à hauteur des hanches, 5 kg à hauteur du thorax et 1kg en dessus), les vibrations, les échelles ou échafaudages. Il estime en outre important que le recourant puisse alterner les positions, ait des déplacements réduits et évite des positions telles qu'accroupie ou à genoux. Il fait encore état de restrictions à l'usage des véhicules manuels (rapport du 17 novembre 2014, dossier OAI, p. 1013). Consultée en 2016, la Dresse L. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, médecin d'arrondissement de D. _____, retient une capacité de travail et des limitations semblables à celles de son confrère (rapport du 12 octobre 2016, dossier OAI, p. 1310). Les médecins du recourant partagent les conclusions des médecins d'arrondissement, à tout le moins aux moments où ceux-ci examinent le recourant (cf. dossier OAI, p. 998). Ainsi, les Drs M. _____ et N. _____, tous deux spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retiennent que leur patient peut exercer une activité "à 100% dans un poste bien adapté", relevant des limitations dans les positions qu'il peut adopter, la marche et le port de charge (dossier OAI, p. 968 et 998). Pour sa part, le Dr O. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, retient des limitations physiques identiques à celles des médecins d'arrondissement, y compris quant à l'alternance des positions, au port de charges et aux possibilités de déplacement. Si le médecin estime que son patient n'est pas en mesure de reprendre un travail et atteste d'une incapacité totale depuis mars 2016, il lie ces difficultés au "symptôme dépressif" et non à des troubles somatiques (dossier OAI, p. 1256). Partant, il

convient de se référer à l'évaluation de la capacité de travail faite par les médecins d'arrondissement de D._____. Toutefois, on doit relever que, suite à son accident du 28 juin 2012, les Drs M._____ et N._____ estiment que leur patient n'était pas en mesure de travailler jusqu'en novembre 2013, en raison des interventions qu'il avait subies en avril, juin et juillet 2013 (dossier OAI, p. 811, 873, 924, 968). Ce n'est que dans un rapport du 19 novembre 2013, faisant suite à un examen du 22 octobre 2013, qu'ils admettent l'existence d'une capacité résiduelle de travail, celle-ci n'étant quantifiée que le 8 mai 2014 (dossier OAI, p. 968 et 998). Ils attestent ainsi de l'existence d'une incapacité de travail complète jusqu'en novembre 2013. Cette thèse est vraisemblable, étant relevé que les médecins d'arrondissement ne se sont pas prononcés sur la présence d'une incapacité de travail antérieure à leur examen, n'ayant pas été interrogés à cet égard. Il ressort de ce qui précède que, sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle du 28 juin 2012, date du dernier accident, jusqu'au 31 octobre 2013. Pour la période ultérieure, celle-ci est entière dans une activité adaptée qui correspond aux limitations retenues par les Drs K._____ et L._____. b) Sur le plan psychiatrique, le recourant affirme que les pièces au dossier justifient qu'une expertise soit diligentée. Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 aa) A titre liminaire, on signale que, dans le cadre de l'échange d'écritures, le recourant a produit des rapports du Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que de Q._____, psychologue-psychothérapeute FSP. Cependant, ces rapports, dont le plus ancien est daté du 24 août 2017, précisent que le suivi psychiatrique du recourant a commencé le 30 mai 2017. Ils ont donc été établis postérieurement à la décision litigieuse et se fondent sur des constats et des examens postérieurs à la décision contestée. On le rappelle, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). Dans ces circonstances, les rapports du Dr P._____ et de Q._____ n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Au demeurant, après examen de ces documents, la Cour constate que la psychologue ne pose pas de diagnostic proprement dit. Pour sa part, le psychiatre affirme l'existence de troubles ayant une "très importante répercussion négative" depuis 2006 alors qu'il ne le suit que depuis mai 2017. Il contredit donc l'expert F._____ quant à l'évaluation de la capacité de travail, celui-ci reconnaissant pour la même période une capacité résiduelle d'au moins 70%. Ainsi, ces rapports médicaux ne peuvent pas justifier un renvoi pour instruction complémentaire. Enfin, il est renvoyé au consid. 5b/cc, deuxième paragraphe, ci-après, s'agissant de la problématique du délai d'attente. bb) Cela étant, force est de constater que les Drs K._____ et L._____ n'indiquent pas que le recourant souffrirait de troubles, aurait un moral déprimé ou prendrait une quelconque médication d'ordre psychiatrique. Le Dr K._____ soulignait au contraire que "l'assuré est sympathique, collaborant et bien orienté dans le temps et dans l'espace" (dossier OAI, p. 1013 et 1222), ce qui tend à souligner l'absence de trouble dans ce domaine. Pour leurs parts, les médecins du recourant, essentiellement les Drs M._____ et N._____, ne font pas mention d'atteintes psychiatriques ou de plaintes dans ce sens dans leurs rapports médicaux, à tout le moins jusqu'à ce qu'un projet de décision n'ait été rendu par l'autorité intimée (cf. not. dossier OAI, p. 811, 873, 924, 968, 988, 998, 1126, 1207). La première mention de troubles psychiques est faite dans un rapport du 8 février 2017. Le Dr O._____ y fait état de l'existence d'un "trouble dépressif majeur" présent depuis "début 2016" dont les symptômes sont

"partiellement contrôlés par un traitement antidépresseur pris régulièrement" (dossier OAI, p. 1241). Précisant ses dires, il a, par la suite, indiqué que son patient souffrait d'un "trouble dépressif majeur sévère, code F34.2, dès l'hiver 2010 et récidive en hiver 2016". Ce trouble est à ses dires caractérisé par "une humeur triste, des ruminations anxieuses, des difficultés de concentration, une émotionnalité à fleur de peau, une labilité émotionnelle, une tendance à l'hypersomnie avec une fatigabilité importante ainsi qu'une anhédonie dans la plupart des activités exercées". Il conclut que "ce patient est donc inapte à 100% depuis le début du mois de mars 2016, date de l'introduction du traitement spécifique" (dossier OAI, p. 1253). On s'étonnera d'emblée que le recourant n'ait pas attiré l'attention de l'autorité intimée sur ses troubles psychiatriques avant qu'elle ne rende un projet de refus de rente. En effet, les rapports du Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 Dr O._____ sont tous postérieurs au projet de décision du 5 décembre 2016, alors que débute le présent litige entre le recourant et l'autorité intimée. Cela étant, dans ses rapports, le médecin soutient l'apparition d'un "trouble dépressif majeur sévère" plus d'une année auparavant et atteste ainsi rétroactivement que son patient souffre de troubles graves et totalement invalidants. Il convient de prendre en compte avec suspicion un rapport médical établi plus d'une année après le commencement allégué de l'incapacité de travail. En outre, devant la persistance des troubles, il est surprenant que le généraliste – quand bien même il aurait suivi des formations complémentaires dans le domaine – ait attendu plus de deux ans pour adresser son patient à un spécialiste (cf. pièces 6, 7 et 8, bordereaux du recourant). Cela l'est d'autant plus qu'aux dires dudit médecin les symptômes ne sont que "partiellement améliorés par un traitement de Myrtazapine 30mg qu'il prend le soir". Par ailleurs, le début allégué des troubles d'ordre psychique est antérieur de six mois à l'examen de la Dresse L._____. Or, celle-ci ne fait pas mention de plaintes de cet ordre dans son rapport du 12 octobre 2016. On le rappelle, les atteintes alléguées étaient suffisamment sérieuses pour justifier une incapacité complète de travail. Selon l'expérience, des troubles d'une telle gravité auraient fait l'objet d'une remarque par la médecin d'arrondissement, à tout le moins dans la rubrique des déclarations du patient (cf. dossier OAI, p. 391 et 557), et cela même si l'assurance-accidents ne les estimait pas de sa responsabilité. Enfin, l'inaptitude au travail dont se prévaut le recourant semble également liée à des motifs d'ordre socio-économiques. Ainsi, le Dr O._____ relève que "le patient présente une accumulation de difficultés financières, une fragilité sociale importante qui l'ont poussée à émarger au social. Il semble résigné par une vie qui s'est rétrécie et qu'il décrit comme honteuse avec un sentiment de culpabilité importante [...]" (rapport du 15 mars 2017, dossier OAI, p. 1253). Ces facteurs ne sont pas de la responsabilité de l'assurance-invalidité. cc) Tous ces éléments mettent en doute l'appréciation du médecin traitant. A cet égard, on relèvera que celle-ci semble être, de manière non négligeable, influencée par la relation de confiance qui l'unit à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Il convient dès lors de se référer à l'ensemble des autres pièces au dossier, lesquelles ne font pas mention d'un trouble d'ordre psychiatrique qui influencerait la capacité de travail. Cela étant, même si l'on devait hypothétiquement retenir que le recourant souffre de troubles psychiques invalidants, de tels troubles ne seraient attestés qu'à partir du mois de février 2017, soit lorsque le Dr O._____ en fait mention pour la première fois. On ne pourrait prendre en compte l'attestation rétroactive, celle-ci étant, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, mise en doute par l'absence d'autre mention au dossier. Or, pour se voir reconnaître le droit à une rente pour cette nouvelle atteinte à la santé – pour autant que celle-ci existe –, l'assuré doit respecter le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente ne commencerait dès lors

que bien postérieurement au prononcé de la décision litigieuse, en février 2018. Dans ces circonstances, le dossier apparaît suffisamment étayé pour que la Cour puisse statuer. Il convient de rejeter la requête de mise sur pied d'une expertise psychiatrique. c) Partant, il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la capacité de travail du recourant était nulle du 28 juin 2012 au 31 octobre 2013. La demande de prestation ayant été déposée le 5 août 2013, il aurait eu droit à une rente au plus tôt le 5 février 2014 (art. 29 al. 1 LAI). Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Dans ces circonstances, l'incapacité totale de travail du 28 juin 2012 au 31 octobre 2013 ne peut lui donner droit à une quelconque rente. Pour la période ultérieure, seuls les troubles d'ordre somatique limitent la capacité de travail dans le sens que l'activité doit permettre l'alternance des positions, limiter la marche à de courtes distances sur terrain plat ainsi qu'éviter la position accroupie, le port de charges (en particulier au dessus du thorax) et les mouvements répétitifs. Dans une telle activité, sa capacité de travail est entière, sans perte de rendement. L'autorité intimée a estimé que ces limitations permettaient au recourant d'exercer une activité adaptée, par exemple dans la production industrielle légère (conditionnement, contrôle qualité, polissage de petites pièces) à temps plein et sans perte de rendement. Cela l'a conduit à comparer un revenu de valide de CHF 57'942.60 à un revenu d'invalidé de CHF 44'789.30, étant relevé qu'il a été fait application du principe du parallélisme et qu'il a été tenu compte d'une réduction du salaire de 25% au titre de désavantage salarial. De la comparaison des revenus découle un degré d'invalidité de 23%. La comparaison des revenus peut être confirmée, étant relevé qu'elle ne fait au demeurant l'objet d'aucune critique. Au vu des considérants qui précèdent, la Cour retient que la capacité de gain du recourant ne s'est pas péjorée depuis le refus de rente du 18 mai 2005. En l'absence d'aggravation de l'état de santé ou de changement d'un autre élément qui aurait pu avoir une influence sur le droit à la rente, c'est à juste titre que l'autorité intimée a rejeté la nouvelle demande présentée par le recourant. 6. De l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance du même montant qui a été effectuée. Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie. Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés par l'avance de frais CHF 800.- 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 27 février 2018/pte Président Greffier-rapporteur