

FR_GERICHTE 608 2018 40 vom 9. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_40

FR: FR_GERICHTE 608 2018 40 du 9 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 40 del 9 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2.1

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 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 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). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

E. 2.2

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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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 précité consid. 3.4.2.1).

E. 2.3

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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

E. 2.4

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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), 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.

E. 2.5

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 (ATF 142 V 58 consid. 5.1). En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) 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). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.2 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). 3. En l'espèce, le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra consid. 2.3.), avec son état de santé au moment de la décision querellée, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. 3.1. Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 17 septembre 2012, l'OAI s'était fondé sur le rapport d'expertise rendu le 25 février 2010 par C._____, dans le cadre duquel les médecins suivants s'étaient prononcés: la Dresse H._____, spécialiste en rhumatologie, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr J._____, spécialiste en neurologie et Madame K._____, neuropsychologue. En substance, les experts ont retenu que le recourant présentait les limitations fonctionnelles suivantes: éviter les activités nécessitant l'usage des membres supérieurs de manière répétitive, ou en force, ou avec des ports de charges (depuis le 21 février 2000), la station à genoux (depuis 2008), les activités en charge et en hauteur pour le membre supérieur gauche (depuis 2005 environ), les activités nécessitant la vision binoculaire et tout risque de corps étranger dans l'œil gauche (depuis 1992). Ils ont ensuite conclu qu'il est "totalement incapable d'exercer son ancienne activité de grutier, tout comme celle d'ouvrier de chantier ou toute activité physiquement pénible. Il ne peut exercer qu'une activité simple, sans utilisation des membres supérieurs. Une réserve est à formuler quant à une éventuelle réadaptation risquant d'aggraver la comorbidité d'ordre psychiatrique qui, à ce stade, n'atteint pourtant pas de seuil incapacitant. Il est difficile

comme le soulignent l'expert psychiatre et l'experte neuropsychologue de s'écarter du fait que cet assuré est peu scolarisé, que son niveau intellectuel est simple et qu'une réadaptation pourrait épuiser certaines réserves et placer l'expertisé en décompensation anxieuse et dépressive, qui pourrait alors jouer un rôle incapacitant secondairement". Il en découle que l'assuré peut travailler à temps complet dans une activité adaptée (hors chantier de construction), sans utilisation importante des membres supérieurs. Cette activité ne doit pas comprendre de port de charge ni d'effort physique important ou répétitif des membres supérieurs. C'est sur cette base que l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. 3.2. En février 2017, le Dr L. _____, spécialiste en orthopédie, indique ne pas avoir revu ce patient depuis 2015. Il joint un exemplaire du rapport de consultation du 19 août 2015, dans lequel il évoquait une bonne évolution suite à la fracture de l'olécrâne gauche et, pour les autres lésions, une situation inchangée depuis plusieurs années. Il terminait en ces termes: "Il reste donc d'importantes séquelles aux deux membres supérieurs, à droit principalement au poignet, à gauche principalement au coude. La situation est stabilisée depuis plusieurs années. Une reprise chirurgicale est déconseillée. Fin du traitement". Le 1er février 2017, le Dr D. _____, spécialiste en neurologie, pose le diagnostic de lésion L5 droite, depuis 2015. A l'anamnèse, il évoque des sciatgies chroniques, avec exacerbation en 2016. Il confirme une incapacité complète dans l'ancienne activité, mais semble admettre l'exigibilité d'une activité ne nécessitant "pas effort important", sans plus de précision. Dans un rapport du même jour, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, mentionne le diagnostic de fracture de l'olécrâne gauche, qu'il a traitée lui-même en 2014. A l'anamnèse, il relève une "guérison sans séquelle" et donc un pronostic favorable. Il n'atteste par conséquent aucune incapacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Le 10 février 2017, la Dresse N. _____, médecin généraliste traitante, note qu'"en raison de la présence de l'enraidissement invalidant du coude gauche, le patient présente un flexum de cette articulation et ne peut de ce fait pas travailler librement avec sa main et son avant-bras gauche. A droite la mobilité du coude et de la main est un peu meilleure. Cependant le patient souffre de douleurs neuropathiques sévères et invalidantes des deux membres supérieurs avec une diminution de la force de préhension. Il ne voit que de l'œil gauche". Elle estime le patient capable d'exercer "une activité à temps partiel avec des charges légères et des gestes non-répétitifs avec la main droite mais en aucun cas il ne pourra travailler dans la construction ou les secteurs de l'industrie lourde ou comme grutier sur les chantiers". Dans un rapport du 17 février 2017, le Dr F. _____, psychiatre traitant, retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2) depuis 2008, engendrant une incapacité de travail totale, dans toute activité, en raison de l'absence de toute capacité d'adaptation, liée au déficit affectif et cognitif ainsi qu'aux limitations fonctionnelles somatiques. Enfin, la Dresse O. _____, spécialiste en anesthésiologie, évoque notamment des douleurs neuropathiques sévères avec impotence fonctionnelles des membres supérieurs, présentes depuis 2000, ainsi que des lombosciatgies gauches depuis septembre 2014. Elle rappelle qu'il s'agit d'un "patient connu de longue date pour des douleurs et limitations fonctionnelles des membres sup. Détérioration de l'état physique déjà fortement altéré. Limitation des mouvements et douleurs des MS + cervicgies. Vision uniloculaire. Détérioration de l'état psychique". Elle estime que "toute activité physique dans le cadre d'une profession s'avèrerait très compliquée puisque même pour ses soins personnels et les activités quotidiennes, le patient doit trouver des solutions, voire demander l'aide de sa famille". Sur recommandation du SMR, une nouvelle expertise a été confiée à E. _____, qui a rendu son rapport le 4

septembre 2017. Quatre spécialistes y ont participé, chacun dans sa spécialité respective: le Dr P._____, pour la médecine interne, le Dr Q._____, pour la psychiatrie et psychothérapie, le Dr R._____, pour la neurologie, et le Dr S._____, pour la chirurgie orthopédique; le rapport a été établi au terme d'une discussion consensuelle. Après avoir exposé de manière détaillée l'historique du dossier (données administratives, rappel des précédents rapports médicaux, présentation des plaintes de l'assuré, présentation de sa situation personnelle), les experts ont procédé, chacun dans leur domaine, à l'examen clinique du recourant, incluant différents examens complémentaires (monitoring médicamenteux, ENMG, examen myographique des membres inférieurs). Dans le cadre de leur discussion, les experts reviennent en particulier sur la chute survenue en septembre 2014, au cours de laquelle l'assuré a subi une fracture au coude gauche, qui a nécessité une ostéosynthèse: "L'ablation du matériel a été effectuée le 22.06.2015. Les contrôles radiologiques ont montré une bonne consolidation de la fracture avec une restitution pratiquement anatomique de l'olécrâne". Ils relèvent que l'assuré a continué à se plaindre, malgré les traitements instaurés de façon prolongée, et qu'il a même annoncé une aggravation au niveau du coude gauche et du poignet droit. Il va également signaler, par la suite, des cervico-brachialgies droites. Enfin, depuis 2016 surtout, il se plaint de lombalgies, se compliquant avec irradiation douloureuse et troubles sensitifs au membre inférieur gauche. Sur la base des constatations de l'examen clinique, les experts retiennent ce qui suit: Au plan neurologique, les plaintes formulées sont superposables à celles évoquées précédemment. Globalement, l'examen clinique révèle "des troubles neurologiques à la fois multiples et incertains/atypiques, si ce n'est une possible irritation du nerf ulnaire gauche au coude,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 mais sans atteinte sensitivo-motrice secondaire certaine. Pas d'éléments non plus clairement indicateurs d'une atteinte du nerf médian droit au niveau du canal carpien, d'une souffrance radiculaire au niveau cervical et lombaire". Le spécialiste en neurologie relève également que les examens complémentaires (ENMG extensif et étude neurographique et myographique du nerf péronier droit) n'ont rien révélé de particulier. "En conclusion, sur le plan neurologique, force est d'admettre que le présent bilan ne démontre pas d'atteinte neurologique radiculaire ou tronculaire significative susceptible d'expliquer les plaintes exprimées par A._____. [...] Lorsqu'on compare la présente situation à celle de 2010, à l'évidence, il n'y a pas, d'un point de vue neurologique objectif, d'évolution défavorable de la situation et donc de raison de reconnaître une aggravation significative de la situation de A._____ entre 2010 et 2017". Au plan orthopédique, le spécialiste concerné retient en substance que l'activité de maçon et de grutier n'est plus exigible, mais qu'une activité adaptée peut être envisagée, si elle respecte certaines limitations fonctionnelles. S'agissant des diagnostics, l'examen est considéré comme normal en médecine interne, "il n'y a pas d'affection significative pouvant limiter la capacité de travail"; il en va de même en neurologie; au niveau orthopédique, le spécialiste ne retient que des diagnostics de "status après" différentes atteintes, y compris la fracture de 2014. Au plan psychique, l'expert retient avant tout le fait que l'assuré se plaint principalement du conflit assécurologique, sur lequel il est fixé. "Objectivement, on constate l'expression d'un syndrome douloureux plutôt démonstratif et en décalage avec une bonne mobilité des deux membres supérieurs". Outre la présence d'éléments de majoration liés au conflit assécurologique, présent depuis plusieurs années, il relève l'absence d'évènement particulier susceptible de justifier une aggravation dudit syndrome, de sorte qu'il en écarte le diagnostic. De même, il constate "l'absence d'argument en faveur d'un épisode dépressif

selon la CIM-10", ainsi que l'absence de trouble anxieux, spécifique ou dépressif. Au final, il considère que "ces éléments confirment l'absence de pathologie psychiatrique". En ce qui concerne la réadaptation, les experts relèvent la nécessité de tenir compte, sur le plan psychique, de la réduction partielle des ressources, qui ne permettent d'envisager qu'une activité manuelle générale. Sur le plan somatique, "une réadaptation ne peut se concevoir que dans une activité où il y aurait un usage principalement du membre supérieur droit et de la main gauche, mais sans solliciter le coude gauche. Une activité de manutention légère serait envisageable, sans charge ou légère limitée à 2-3 kg et sans caractère répétitif. Du point de vue orthopédique, une réadaptation professionnelle dans une activité utilisant principalement la main et le membre supérieur droit est envisageable. Nous notons toutefois que le rapport sur la réadaptation professionnelle du 31.03.2002 était négatif chez un sujet passablement figé sur ses problèmes de santé et n'arrivant pas à se projeter dans une autre activité". Sous la rubrique "capacité de travail", les experts se déterminent comme suit: aucune incapacité de travail sous l'angle neurologique, psychique et de la médecine interne; "sur le plan orthopédique, la capacité de travail en qualité de maçon-grutier dans son ancienne profession est de 0% depuis la date de l'accident". Mais c'est dans le cadre du questionnaire de l'OAI que les experts s'expriment plus précisément à cet égard, notamment au point 4, où ils confirment que d'autres activités que celle précédemment exercée sont exigibles de la part de l'assuré, à condition de respecter les limitations fonctionnelles. "Il faut respecter les limitations fonctionnelles et créer un environnement ergonomique adapté à l'usage principalement du membre supérieur droit en tenant compte des limitations fonctionnelles du poignet droit décrites ci-dessus. Il faut tout de même tenir compte d'une intelligence limitée dans un contexte de scolarisation assez faible, d'une pensée opératoire associée à une capacité

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 d'introspection inexistante". Une telle activité est exigible à plein temps, mais une diminution du rendement de l'ordre de 50% est à prévoir en raison des lésions subies au poignet droit qui ne peuvent être compensées par le côté gauche nettement limité fonctionnellement. Invité par l'OAI à se déterminer sur dite expertise, le Dr T._____, médecin SMR spécialiste en anesthésiologie, constate, en date du 12 septembre 2017, qu'"il n'y a aucune péjoration objective de l'état de santé de l'assuré depuis 2012". De ce fait, "compte tenu de l'absence démontrée d'aggravation de l'état de santé objectif et de l'absence de nouvelles limitations fonctionnelles, l'exigibilité médicale ne saurait être différente de celle fixée précédemment". La diminution de rendement de 50% attestée par les experts en raison de limitations orthopédiques ne constitue, pour le médecin SMR, rien d'autre qu'une appréciation différente d'une situation médicale inchangée, qui ne justifie donc pas de s'écarter de la précédente décision rendue. Dans le cadre des objections au projet de décision rendu par l'OAI, le recourant a déposé un rapport établi le 29 novembre 2017 par le Dr F._____, dans lequel ce dernier prend position sur l'expertise de E._____. Il confirme tout d'abord la présence d'une "fixation anxieuse et dépressive de type post-traumatique, accentuée par le conflit assécurologique persistant. La capacité d'adaptation à un environnement professionnel demeure limitée en raison de cette perturbation affective et cognitive". Il cite ensuite différents extraits de l'expertise, qui lui paraissent exprimer les limitations de son patient. "Il me semble aussi que l'expertise ne considère pas suffisamment dans sa discussion l'aggravation de la santé / de la capacité fonctionnelle des membres supérieurs suite à l'accident de 2015 et à un diagnostic nouveau d'arthrose radiocarpienne droite, éventuellement sur compensation de la limitation fonctionnelle à gauche". Il conclut en ces termes: "Du point de vue médical et fonctionnel,

il est clairement improbable voire impossible d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit sans aggraver ultérieurement les troubles déjà constatés. De plus et bien que les experts ne retiennent pas de diagnostic psychiatrique invalidant, ils mentionnent bien les limitations cognitives présentes et compromettant par exemple une réinsertion dans une activité de bureau". Le 5 décembre 2017, le Dr T. _____, médecin SMR, note que les considérations du Dr F. _____ ont trait à la sphère somatique et sortent donc de son domaine de compétence. Il n'allègue en outre aucune aggravation au plan psychiatrique. 4. Les parties s'opposent tout d'abord sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, celui-ci se fonde sur les conclusions de l'expertise de E. _____ (soit, en bref, un rendement diminué de 50%), tandis que l'OAI se réfère aux conclusions du médecin SMR, lequel considère que dite expertise n'a fait que porter un regard différent sur un état de fait resté le même. A lire l'arrêt rendu par l'Instance de céans le 12 février 2015, confirmé ensuite par le Tribunal fédéral, la capacité de travail du recourant avait été considérée comme entière dans une activité adaptée, conformément aux conclusions des experts ainsi que du SMR. Dans le cadre de la nouvelle demande déposée en janvier 2016 par le recourant et du recours qui a suivi la décision de non entrée en matière de l'OAI, deux aspects avaient particulièrement retenu l'attention de la Cour de céans: d'une part, l'éventualité d'une aggravation suite à une chute de l'assuré sur l'épaule gauche en septembre 2014 et, d'autre part, la possibilité d'une modification au niveau neurologique, compte tenu des rapports du Dr D. _____, spécialiste en ce domaine.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Or, les rapports remis par le Dr L. _____ et par le Dr M. _____, dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI suite à l'arrêt de renvoi rendu le 30 août 2016 par l'Instance de céans, permettent d'emblée d'écarter la présence d'une péjoration suite à la chute sur l'épaule, ayant provoqué une fracture de l'olécrâne gauche. En effet, le premier parle d'une "bonne évolution pour cette lésion (Dr M. _____)", tandis que le second, qui a procédé à l'intervention chirurgicale (ostéosynthèse), mentionne une "guérison sans séquelle" et un pronostic favorable. S'agissant de la composante neurologique, les juges de céans constatent que le rapport remis par le Dr D. _____ confirmait certes une lésion L5 droite, mais qu'il ne se déterminait pas clairement sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, notamment dans une activité adaptée, et sans fournir d'explications particulières qui pourraient justifier une aggravation. L'expertise remise par E. _____ est particulièrement concluante à cet égard. De manière générale, la Cour constate qu'elle se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que les experts aient reçu personnellement le recourant. Elle prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des experts dûment motivées. Sur le plan neurologique en particulier, l'expert constate que les plaintes formulées par l'assuré sont superposables à celles formulées par le passé, mais retient surtout à l'impossibilité de démontrer une atteinte neurologique radiculaire ou tronculaire significative susceptible d'expliquer les plaintes précitées. Il conclut dès lors à une pleine capacité de travail et confirme l'absence d'évolution défavorable entre 2010 et 2017. Ce bilan, fondé sur un examen clinique approfondi, comprenant des examens complémentaires et basé sur une étude extensive du dossier, emporte la conviction de la Cour. L'expert fournit en effet des explications circonstanciées (p. 41-43 de l'expertise), tirées de l'examen du recourant, pour aboutir à la conclusion que le tableau neurologique ne s'est pas modifié. La conclusion est peu ou prou la même en ce qui concerne les autres spécialités médicales concernées: le spécialiste en

médecine interne relève l'absence d'affection significative pouvant limiter la capacité de travail, tandis que le spécialiste en psychiatrie retient, au terme d'une présentation détaillée, l'absence de pathologie psychiatrique. Sur le plan orthopédique, le médecin concerné reprend divers diagnostics en rapport avec l'accident survenu en février 2000, ayant touché le poignet droit et le coude gauche; il y ajoute celui, nouveau, relatif à la fracture au coude gauche, intervenu en 2014. Dans le cadre de sa discussion, celui-ci ne discute pas spécifiquement de l'évolution survenue par rapport à la situation prévalant lors de la précédente décision. Il relève néanmoins qu'"une réadaptation professionnelle [lui] semble illusoire en raison des limitations fonctionnelles aux 2 membres supérieurs et des faibles ressources à disposition". Il ajoute que l'activité de maçon et grutier n'est plus exigible, mais qu'une activité adaptée peut être envisagée en respectant certaines limitations fonctionnelles: éviter l'usage répétitif des membres supérieurs; plus d'usage possible du membre supérieur gauche pour des activités lourdes; usage du membre supérieur droit pour des activités de petites manutentions légères; pas de travaux en hauteur au-dessus du plan des épaules; pas de travail sur une échelle ou un échafaudage. Dans la rubrique "capacité de travail", il ne retient qu'une incapacité totale dans l'ancienne activité de maçon-grutier. Ce n'est que dans le cadre du questionnaire annexé à l'expertise, sous le point 4.3, que mention est faite d'une diminution du rendement de l'ordre de 50%, "en raison des lésions subies au poignet droit qui ne peuvent être compensées par le côté gauche nettement limité fonctionnellement", ce à partir du 1er janvier 2005 (point 4.4 du questionnaire précité).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 La Cour relève dans ce contexte la mention, par trois des quatre experts, d'une discordance et de la présence d'une majoration des symptômes. Ainsi, le neurologue note-t-il qu'"il existe à l'évidence une divergence majeure entre l'importance des troubles rapportés par le patient et leurs conséquences sur la capacité de travail d'une part, et l'absence d'anomalie significative d'autre part. Cette divergence s'explique vraisemblablement d'une part par la composante orthopédique et d'autre part par des éléments psychiques et socio-professionnels". De son côté, le psychiatre relève également "des signes de majoration ainsi qu'un décalage entre le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu au début de l'année 2017 et l'absence d'atteinte psychiatrique au moment de notre évaluation, alors que le traitement antidépresseur n'est plus à haute dose. Il existe également un certain décalage entre la déclaration d'une péjoration de l'état psychique depuis la décision du Tribunal fédéral et l'absence de pathologies psychiatriques, y compris selon l'appréciation de l'expertisé lui-même". Enfin et surtout, l'orthopédiste, même s'il n'a pas noté d'incohérence, mentionne qu'"il y a certainement des phénomènes d'exagération et de majorations des symptômes surtout pour le poignet droit qui est décrit comme douloureux et peu fonctionnel, mais avec des examens radiologiques rassurants sans signe dégénératif important". Au vu de ce qui précède, l'évaluation consensuelle de la capacité de travail, telle que retenue dans le questionnaire sis à la fin (p. 49) du rapport d'expertise, paraît difficilement défendable. Ainsi que l'a relevé le médecin SMR, le rapport établi par les experts de E._____ ne permet pas de déceler en quoi la situation médicale se serait modifiée ni, a fortiori, de donner des motifs pouvant justifier une diminution de la capacité de travail du recourant. La diminution de moitié du rendement de l'assuré est clairement mise en rapport avec des atteintes et des limitations préexistantes, sans toutefois qu'une aggravation de ces dernières n'ait pu être démontrée. Bien au contraire, le sentiment qui prédomine à la lecture du rapport d'expertise est celui d'une continuité par rapport à la situation préexistante (i.e. au moment de la décision précédente). Ce constat s'impose d'autant plus si l'on tient compte des notions de majoration évoquées par différents experts,

justifiant de faire preuve d'une certaine prudence face aux (nombreuses) plaintes du recourant. A cet égard, on notera enfin que les avis des autres médecins consultés, soit la Dresse N._____, le Dr F._____ et la Dresse O._____, ne permettent pas de remettre sérieusement en question les conclusions de l'expertise de E._____ (cf. supra consid. 2.4.). S'agissant de la généraliste traitante, on constate qu'elle n'exclut pas la possibilité pour son patient d'exercer une activité à temps partiel, avec port de charges légères, exercé de manière non répétitive. Elle ne précise toutefois pas à quel taux une telle activité serait exigible. Le rapport établi par le Dr F._____ se réfère quant à lui à une atteinte (trouble dépressif récurrent épisode sévère) présente depuis 2008 et ce, alors même que la présence d'une atteinte psychiatrique incapacitante a été successivement déniée dans l'expertise de 2010, puis dans celle de 2017. Enfin, le rapport de la Dresse O._____ fait certes état d'une détérioration de l'état physique et psychique de l'assuré et atteste d'une incapacité totale de travail, dans toute activité. Cela étant, elle ne fournit pas d'explication concrète sur la nature de l'aggravation, mentionnant des diagnostics connus de longue date. Aucun de ces médecins ne parvient quoi qu'il en soit à démontrer, de manière probante, l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant. En résumé, ces rapports ne parviennent pas à démontrer que des éléments auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 5. Le recourant a également demandé que l'abattement sur le salaire statistique, fixé à 15% par l'OAI, soit porté à 20%. Il invoque à cet égard les nombreuses limitations liées à son handicap, son âge (51 ans), sa nationalité ainsi que son faible niveau de formation. 5.1. Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue

lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 précité consid. 4.2). 5.2. Compte tenu en particulier du type d'activité encore exigible (activité industrielle légère), l'octroi d'un abattement de 20%, tel que requis par le recourant, n'est pas raisonnablement admissible. En vertu du large pouvoir d'appréciation conféré à l'administration, la Cour considère qu'un abattement de 15%, tel qu'accordé par l'OAI, tient très raisonnablement compte des limitations fonctionnelles et de l'absence de formation professionnelle de l'assuré et qu'il ne se justifie nullement de l'augmenter. L'âge de l'assuré (51 ans au moment de la décision litigieuse) ne justifie en aucun cas une réduction supplémentaire, dès lors que celui-ci dispose encore de perspectives professionnelles réelles. Enfin, l'absence de modification significative de l'état de santé, et en particulier des limitations fonctionnelles (cf. supra consid. 4) conduit à confirmer le taux de 15%, déjà appliqué lors de la précédente décision.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 La Cour relève au demeurant que l'application d'un abattement de 20% ne conduirait pas, quoi qu'il en soit, à l'octroi d'une rente, comme on le verra ci-dessous. 5.3. Le revenu de valide de CHF 69'309.35 n'étant pas contesté et comparé avec un revenu d'invalidé de CHF 57'106.40, le degré d'invalidité est de 17.61% et n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a refusé l'octroi de celle-ci. L'application d'un abattement de 20% aboutit à un degré d'invalidité de 22.45%, toujours largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente 6. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 21 février 2018. Pour les mêmes motifs, l'assuré n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. 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 octroyé 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 9 octobre 2018/mba Le Président: Le Greffier-rapporteur:

E. 7

juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

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