

FR_GERICHTE 608 2019 74 vom 25. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_74

FR: FR_GERICHTE 608 2019 74 du 25 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2019 74 del 25 novembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 12

novembre 2007 et du 18 décembre 2007, l'assuré se verra reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1er septembre 2005 au 31 mars 2006, puis du 1er mars 2007 au 30 juin 2007. C'est alors qu'un nouvel accident non professionnel a été annoncé par l'assuré, en date du 27 juin 2007, avec une blessure au genou gauche (lésion du ligament croisé antérieur), qui justifiera une nouvelle opération, à la fin mars 2008. Au vu de l'évolution positive, l'assureur-accidents a mis fin à ses indemnités journalières avec effet au 31 août 2008, considérant en particulier que les séquelles de cet accident ne modifiaient pas la capacité de gain de manière importante. B. Une nouvelle demande de prestations AI a été déposée le 10 juillet 2012, l'assuré invoquant cette fois des douleurs au genou droit, consécutives à une chute dans les escaliers en octobre 2011. Une intervention chirurgicale sera pratiquée en septembre 2012. La situation mettra du temps à se stabiliser, l'assuré continuant à se plaindre de douleurs au genou droit plusieurs années durant. Par décision datée du 18 mars 2016, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci- après: OAI) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité entre le 1er janvier 2013 et le 28 février 2016. Il a notamment retenu que celui-ci était à nouveau en mesure d'exercer une activité adaptée à partir du 1er décembre 2015. Cette position a également été partagée par l'assureur-accidents, lequel a refusé l'octroi d'une rente, par décision du 10 mars 2016 qui sera confirmée plus tard sur opposition. C. Une nouvelle demande a été remise par l'assuré le 11 octobre 2016, dans laquelle l'assuré faisait mention de ses problèmes à l'épaule et aux genoux, mais évoquait également des problèmes cardiaques. Dans le courant de l'année 2017, le Dr D. _____, chirurgien orthopédiste traitant, posera une indication opératoire (ostéotomie de valgisation au genou droit), susceptible selon lui de diminuer la symptomatologie douloureuse. Cette option sera toutefois abandonnée, dès lors qu'il s'est avéré qu'une telle opération n'était pas recommandée du fait de la pathologie cardiaque. Après avoir clos la phase d'intervention précoce, le 3 mai 2018, l'OAI a requis divers avis médicaux qui le conduiront finalement à retenir que l'assuré demeure capable d'exercer une activité légère adaptée à plein temps, lui permettant de gagner un revenu supérieur à celui qu'il aurait obtenu en poursuivant son activité habituelle. Le droit à une rente d'invalidité lui a par conséquent été nié par décision du 8 février 2019.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 D. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Valentin Aebischer, interjette recours le 15 mars 2019. Il conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée, à charge pour celle-ci de diligenter une expertise (orthopédique et cardiologique),

le tout sous suite de frais et dépens. Il requiert également le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT). A l'appui de ses conclusions, il se plaint tout d'abord de l'insuffisance de la motivation de la décision attaquée et, par conséquent, de la violation de son droit d'être entendu. Il conteste le fait que son état de santé n'aurait pas évolué depuis la dernière décision rendue en mars 2016 et reproche à tout le moins à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son dossier. Enfin, compte tenu des limitations fonctionnelles évoquées par la Dresse E. _____, il estime illusoire de pouvoir reprendre une activité industrielle légère, se considérant comme totalement invalide. Dans ses observations du 26 mars 2019, l'OAI se réfère à l'avis du SMR qu'il a une nouvelle fois sollicité ainsi qu'au contenu de sa décision et conclut au rejet du recours. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 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. 2. Le recourant se plaint tout d'abord d'un défaut de motivation de la décision litigieuse. 2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. 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 (ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre; la motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 doivent rester compréhensibles pour les administrés; il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1). 2.2. En l'espèce, la Cour constate que l'autorité intimée fonde sa décision essentiellement sur l'absence de modification de l'état de santé du recourant depuis la précédente décision et la persistance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Bien que cela soit succinct, il en ressort clairement que l'OAI n'a retenu aucune incapacité de travail due à quelque trouble que ce soit et qu'il a considéré que la situation médicale ne s'est pas péjorée. Quand bien même l'on peut regretter que la décision ne soit

que brièvement motivée, il faut constater qu'il n'existe pas de réelle violation du droit d'être entendu. Au surplus, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la Cour de céans, avec plein pouvoir de cognition, de sorte que tout éventuel vice aurait dû être considéré comme guéri. Pour ces motifs, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant doit dès lors être rejeté.

3. 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (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 (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

3.2. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 3.3. 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 citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). 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 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. 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 la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente, avec son état de santé au moment de la décision querellée, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. 4.1. La dernière décision ayant matériellement examiné le droit à la rente du recourant est celle qui lui a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, en raison d'une atteinte au genou droit. Il convient donc de retenir que cette décision du 18 mars 2016 est déterminante – au moment où elle a supprimé la rente, soit le 1er mars 2016 – pour la comparaison à effectuer dans le cadre de la procédure de révision ayant conduit à la décision attaquée. Elle était basée principalement sur les documents suivants: - dans un rapport du 30 mars 2015, le Dr D. _____ relève à l'anamnèse que "la gêne est identique concernant le genou droit avec une limitation fonctionnelle liée essentiellement à une

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 symptomatologie douloureuse apparaissant au regard du genou droit. Il ne présente pas d'instabilité fonctionnelle au sens strict mais le patient évite fortement les mouvements de pivots. En position assise, la situation s'améliore et le genou est moins sensible. La position agenouillée ainsi que la marche en terrain inégal restent très limités chez ce patient". Au terme de son examen clinique, il ne propose pas de nouvelle intervention chirurgicale, mais "propose plutôt d'adapter une profession pour ce patient qui reste volontaire mais qui, dans sa situation actuelle, ne peut pas trouver dans le métier qu'il pratiquait auparavant comme monteur sur chantier [...]. A mon sens, le patient pourrait, dans une position assise, travailler de l'ordre de 80 à 100%". - dans son rapport d'examen final du 29 mai 2015, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, retenait en substance que "la situation actuelle relève principalement de mesures symptomatiques, d'auto-physiothérapie et d'un suivi espacé à long terme. On ne peut en effet exclure une aggravation à moyen ou à long terme de l'atteinte dégénérative du genou, susceptible de nécessiter de nouvelles mesures chirurgicales [...]. Sur le plan professionnel : le retour vers une capacité de travail dans une activité de ferrailleur exercée lors de l'accident n'est plus envisageable au vu des limitations fonctionnelles actuelles du genou. En revanche cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas la marche en terrain irrégulier, la position accroupie, la montée et la descente d'échelles ou le port de charges lourdes". - dans une attestation médicale du 15 mars 2016 versée à l'appui des objections au projet de décision de l'OAI, le Dr D. _____ annonce que "l'évolution après plusieurs chirurgies reste marquée par une impotence fonctionnelle du MID, plus précisément en regard du genou. En termes de reprise du travail, il peut à mon sens être considéré comme apte à travail[er] à 70% dans un travail adapté et qui consiste essentiellement à éviter les positions suivantes: être accroupi ou agenouillé, la montée et la descente d'une échelle ou être en terrain inégal". C'est sur cette base qu'une rente entière a été accordée à l'assuré, entre le 1er janvier 2013 et le 28 février 2016. L'OAI a retenu que l'assuré était à nouveau en mesure de travailler à

plein temps, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à partir du 1er décembre 2015. 4.2. L'évolution ultérieure, jusqu'au moment de la décision litigieuse, est la suivante: - dans un rapport du 15 juin 2016, le Dr G._____ retient les diagnostics de cardiopathie congénitale et de malaises répétés sans perte de connaissance. Il propose alors de procéder à une IRM cardiaque morphologique puis de poser un appareil de surveillance rythmique. - plusieurs rapports sont établis dans le courant de l'année 2017 par le Dr D._____ (23 février,

E. 16

juin, 8 septembre et 10 novembre 2017). Ce dernier estime dans un premier temps que "l'ostéotomie de valgisation qui a corrigé l'axe de la jambe est actuellement insuffisante étant donné que le patient est toujours symptomatique et qu'il y a une progression de l'œdème osseux du condyle"; il recommande donc une nouvelle intervention chirurgicale. Toutefois, la découverte d'une malformation cardiaque conduira à suspendre ce projet. En novembre 2017, il ajoute qu'une nouvelle opération ne devrait quoi qu'il en soit être réalisée qu'après avoir réalisé "une scintigraphie à la recherche d'un processus de souffrance en regard du compartiment fémoro-tibial interne [...]. En effet, agir simplement sur le status anamnestique et clinique me semble actuellement insuffisant au vu de tous les antécédents chirurgicaux et l'évolution défavorable à ce jour". Raison pour laquelle il renonce à l'indication chirurgicale et "de garder la situation telle qu'elle est

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 actuellement", tout en demandant à l'assurance "s'il est possible de réorienter ce patient au niveau professionnel dans un travail adapté même s'il n'est pas au bénéfice d'une formation". - le 16 mars 2018, le Dr D._____ évoque un patient suivi par son service depuis l'accident d'octobre 2011. "L'évolution concernant son genou a plutôt été favorable durant le temps avec toujours une symptomatologie douloureuse qui persiste voire se péjore avec l'apparition dernièrement d'un pseudoblocage évoquant des fragments méniscaux dans l'articulation". La découverte récente d'un trouble du rythme cardiaque a induit la renonciation à une arthroscopie. Il termine en souhaitant "que la SUVA veuille bien examiner la situation du patient pour proposer malgré tout une reconversion ou une formation lui permettant de trouver un travail adapté". - le 24 juillet 2018, le Dr G._____ indique notamment ne jamais avoir attesté d'incapacité de travail, ajoutant plus loin que, "sur le plan cardiaque, l'AI ne se justifie pas". - le 4 septembre 2018, le Dr H._____, médecin généraliste SMR, constate que le Dr D._____ atteste d'une évolution défavorable de l'arthrose du genou droit, sans fournir d'informations précises sur l'exigibilité et les limitations fonctionnelles, et sans préciser si l'évolution modifie ses précédentes appréciations. Au plan cardiologique, il note que la situation est sans particularité. Il recommande de demander l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA "avec une prise de position en regard des exigences et des limitations fonctionnelles actuelles". - le 9 octobre 2018, le Dr G._____ constate que les pauses sinusales "sont un peu trop fréquentes et un peu trop prolongées pour être simplement banalisées". Il propose dès lors d'appareiller l'assuré avec un pacemaker. - le 12 octobre 2018, la Dresse E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, confirme en substance l'exigibilité d'une activité non physique à raison de 5 heures par jour, relevant au passage diverses limitations fonctionnelles. - le 14 novembre suivant, elle évoque un déconditionnement du genou sur multiples prises en charge chirurgicales et traumatismes du genou droit. S'agissant des diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, la spécialiste indique ne pas pouvoir prendre position à cet égard "car

le patient est depuis longtemps en incapacité de travail. Actuellement ce qui gêne le patient, c'est la situation du genou et de l'épaule droite ou il a été plusieurs fois opéré [...]. Le pronostic est de ce fait réservé: "Pour le moment, nous ne pouvons pas proposer de thérapie particulière. Eventuellement une indication pour corriger le flexum de façon chirurgicale au niveau du genou droit. Mais nous ne pouvons pas nous prononcer si cela règlera toutes les douleurs que le patient ressent à la marche". Au niveau des limitations fonctionnelles, une marche avec boîtier et décharge à droite est mentionnée, de même qu'une limitation de la mobilité du genou droit, avec un flexum à 20°. Aucune indication n'est donnée en rapport avec le potentiel de réadaptation: "Actuellement, avec la situation cardiaque, nous ne pouvons pas nous prononcer sur le pronostic de réadaptation ou de reprise du travail". - le 4 décembre 2018, le Dr I. _____, spécialiste en neurochirurgie œuvrant pour le compte de l'assureur-accidents, confirme à l'attention de l'OAI que l'exigibilité établie en 2015 avait déjà pris en considération les limitations du genou. Tout en indiquant qu'un retour dans la précédente activité de ferrailleur n'était plus envisageable, elle admet une possible mise en valeur d'"une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas la marche sur terrain irrégulier, la position accroupie, la montée et la descente d'échelles ou le port de charges lourdes".

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 4.3. A l'appui de son recours, l'assuré déposera encore deux rapports supplémentaires: - rapport du 14 janvier 2019, dans lequel le Dr C. _____, chirurgien orthopédiste, constate que ce patient revient après plus de 11 ans de la dernière intervention, avec bonne évolution initialement, avec diminution des douleurs. Ledit patient "présente depuis quelques années de plus en plus de douleurs à son épaule D, aggravées en raison de la marche avec des cannes suite à 3 interventions au genou D par le Dr D. _____. De plus, un problème cardiaque a été détecté, qui a nécessité l'implantation d'une surveillance cardiaque". Au terme d'un bref examen clinique et d'un examen radiographique sans particularité, ce médecin propose de refaire un bilan avec une arthro-IRM. - dans un rapport du 28 février 2019, le Dr D. _____ établit la liste des diagnostics déjà connus. "Les démarches actuelles thérapeutiques mènent à une stabilisation de la situation dans une persistance d'une symptomatologie douloureuse en regard du genou droit qui n'évolue finalement plus. Il avait été discuté à l'époque d'une prise en charge chirurgicale rendue actuellement impossible en raison d'un bloc de branches au niveau cardiaque [...]. Le bilan clinique révèle toujours une symptomatologie diffuse sans phénomène de blocage en regard du compartiment fémoro-tibial interne. Il n'y a pas de laxité des collatéraux ni formellement du pivot central. Amyotrophie toujours présente en regard du quadriceps. Absence d'épanchement intra-articulaire. En résumé, chez [c]e patient, en ce qui concerne le genou droit, l'évolution reste stationnaire et plutôt défavorable avec une persistance d'une symptomatologie douloureuse présente de jour comme de nuit associée à un flexum connu depuis de nombreuses années. En ce sens, une reprise du travail dans la profession du patient ne me semble pas possible, ce d'autant plus qu'il y a de multiples comorbidités (atteinte épaule droite et cardiaque) qui rendent ce processus de reprise de la fonction locomotrice globale pas possible". Constatant que la reprise d'un travail de force ne sera plus possible, avec ou sans reprise chirurgicale, ce spécialiste préconise plutôt l'abstention de prise en charge chirurgicale en ce qui concerne le genou droit mais une réévaluation par l'Office AI pour lui permettre d'avoir une activité adaptée à ses pathologies ou alors le versement d'une rente. Dans le cadre de ses observations, l'OAI a remis un rapport du Dr H. _____, médecin SMR, prenant position sur les différents documents médicaux déposés au dossier depuis sa précédente prise de position. Au terme

d'un avis détaillé, évoquant tour à tour l'atteinte au genou droit, celle à l'épaule droite ainsi que l'atteinte cardiologique, le médecin SMR confirme que l'exigibilité retenue par l'OAI était correcte. Il ne recommande pas de suivre l'avis de la Dresse E. _____, "les limitations fonctionnelles alléguées par cette dernière n'étant pas complètement cohérentes avec ses observations cliniques". Il relève que la situation cardiaque est rassurante et ne justifie aucune incapacité de travail, ajoutant qu'aucune contre-indication à une intervention chirurgicale n'a été attestée par un anesthésiste et soupçonnant que la réticence des orthopédistes est plutôt liée à l'incertitude quant au résultat d'une nouvelle intervention. Enfin, il constate qu'aucune atteinte invalidante à l'épaule droite ne ressort du dossier. "Des douleurs sont décrites, probablement en rapport avec l'usage des cannes, mais sans évidence de lésion organique nouvelle". 4.4. Appelée à statuer, la Cour de céans constate que, dans le cadre de la précédente demande, l'attention s'était focalisée sur le genou droit de l'assuré, suite à l'accident survenu en 2011. Au terme d'une longue prise en charge, et alors même que celui-ci continuait à se plaindre de douleurs à ce niveau, l'OAI, de même que l'assureur-accidents, avaient estimé que les empêchements liés à cette atteinte permettaient l'exercice d'une activité adaptée à son état de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 santé, moyennant le respect de quelques limitations fonctionnelles (pas de position accroupie ou agenouillée, pas de montée et de descente d'une échelle, pas de marche en terrain inégal) visant l'épargne du genou en question. La nouvelle demande de prestations, déposée en 2016, se fonde à nouveau principalement sur l'atteinte au genou droit, à laquelle est venue se greffer une problématique cardiologique. Il convient d'emblée de relever que celle-ci n'est toutefois pas déterminante au sens de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle n'interfère pas avec la capacité de travail; les rapports établis par le cardiologue traitant sont très clairs à cet égard. Cela n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant, lequel invoque en revanche le fait que cette atteinte empêche la prise en charge de son genou droit. Il semble en effet qu'une nouvelle intervention sur cette articulation était envisagée par le Dr D. _____, lequel y a toutefois renoncé, en accord avec l'assuré, en raison des risques que cela représentait sur le plan cardiologique. Dans ce contexte, c'est l'évolution au niveau du genou droit qui est donc particulièrement déterminante. Du point de vue de la Cour, le fait de devoir renoncer à une opération susceptible de diminuer éventuellement les douleurs ressenties par l'assuré ne permet pas encore de remettre en cause l'exigibilité précédemment admise, respectivement de démontrer la présence d'une aggravation sensible de l'état de santé. Une lecture attentive du dossier incite plutôt à penser le contraire: globalement, la situation sur le plan orthopédique n'a pas connu d'évolution particulière durant la période déterminante. A cet égard, le rapport du 12 octobre 2018 établi par la Dresse E. _____, sur lequel le recourant se fonde en particulier pour justifier une telle aggravation, n'emporte pas la conviction des juges de céans. Dans un rapport établi sur la formule officielle, cette spécialiste se borne en effet à attester d'une capacité de travail de 5 heures par jour dans une activité légère et en se limitant à cocher une série de limitations fonctionnelles dans le tableau ad hoc. Ce faisant, elle ne motive nullement en quoi la situation justifierait de s'écarter de l'évaluation jusqu'alors concordante des différents spécialistes, et notamment du Dr D. _____. Le rapport plus détaillé établi le 14 novembre 2018 par la Dresse E. _____ fait d'ailleurs ressortir l'incertitude à laquelle celle-ci fait face, comme ses confrères. Elle admet en effet ne pas être en mesure d'établir le diagnostic et se réfère simplement à la gêne ressentie par l'assuré au genou et à l'épaule droites, soit des éléments purement subjectifs. De même, elle n'est pas en mesure de poser une indication quant au potentiel de réadaptation, se limitant à mentionner une possible

intervention au genou, sans toutefois pouvoir garantir que cela réglerait toutes les douleurs ressenties à la marche. En définitive, la position de cette Dresse rejoint celle de son collègue de la clinique de chirurgie orthopédique de J. _____, le Dr D. _____. Les nombreux rapports établis par ce dernier dressent invariablement la même longue énumération de diagnostics, sans toutefois que le contenu ne s'en modifie. De même, les limitations fonctionnelles sont toujours les mêmes que celles évoquées dans la précédente procédure, à savoir l'impossibilité de marcher en terrain inégal, de monter et de descendre des échelles ainsi que de s'accroupir. En définitive, cette nouvelle demande de prestations ne se justifie que par la persistance de la symptomatologie douloureuse, tandis que sur le plan strictement objectif, la situation n'a pas connu de modification notable. De ce point de vue, le dernier rapport établi par le Dr D. _____, remis à l'appui du recours, est particulièrement significatif: il confirme d'une part une évolution stationnaire et, d'autre part, n'écarte pas la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 possibilité pour son patient d'exercer une activité adaptée à ses pathologies; seule l'impossibilité de reprendre l'ancienne activité y est expressément attestée, comme cela est le cas depuis plusieurs années. Quant au rapport du Dr C. _____, il n'apporte aucun élément en faveur d'une détérioration (objective) de l'état de santé du patient, mentionnant lui aussi les douleurs alléguées par ce dernier et se bornant au final à proposer un nouvel examen IRM. Le rapport établi par le médecin SMR le 25 mars 2019, remis à l'appui des observations de l'OAI, vient corroborer ce constat. Résumant la situation de manière parfaitement cohérente, il reprend l'une après l'autre les diverses pathologies en présence (épaule droite, genou droit, atteinte cardiaque) et met en évidence, de manière convaincante, l'absence de changement notable de l'état de santé. Il découle de ce qui précède que l'OAI était fondé à retenir que la situation ne s'était pas modifiée significativement depuis la dernière décision et que le recourant disposait encore et toujours d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Un complément d'instruction n'est donc pas nécessaire. 5. Le recourant conteste également le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI, et en particulier la fixation du revenu d'invalidité. Il estime que ce montant est irréaliste, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. 5.1. 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 degré d'invalidité résulte ainsi 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 classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469). En règle générale, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en

tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). 5.2. En soi, le recourant ne conteste pas fondamentalement le calcul opéré par l'OAI, mais remet en question le montant du revenu d'invalidé. Se référant à l'avis de la Dresse E._____, il allègue d'une part ne pas être en mesure de travailler à plein temps. Il remet par ailleurs en cause l'exigibilité d'une activité industrielle légère, compte tenu des limitations fonctionnelles attestées par celle-ci. Dès lors qu'il a été démontré plus haut que l'assuré dispose encore et toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles et que l'avis de la Dresse E._____ a été relativisé, il n'existe nul motif de s'écarter du taux d'activité retenu par l'autorité intimée. Quant au type d'activité envisagé, il convient de rappeler que les limitations fonctionnelles présentées par le recourant sont somme toute communes au regard des pathologies diagnostiquées et qu'elles sont compatibles avec maintes activités légères, parmi lesquelles certaines autorisent la position assise et/ou les changements de position. De ce point de vue, le salaire retenu est suffisamment représentatif et recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars 2018 consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). Le revenu d'invalidé retenu par l'autorité intimée (CHF 5'312.- par mois) correspond à celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités 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 doit admettre qu'un certain nombre d'entre elles est adapté à l'état de santé du recourant. Cela ne concerne dès lors pas uniquement le secteur strictement industriel; on pense notamment à une activité de caissier, dans le cadre d'un travail de surveillance ou encore de contrôle de petites pièces mécanisées évoluant sur tapis roulant et, dans une moindre mesure, à un emploi de magasinier. Cette conclusion s'impose d'autant plus que le recourant est encore relativement jeune. On relèvera enfin que le revenu de valide n'a pas été contesté et que, par ailleurs, rien n'indique qu'il est inférieur aux salaires usuels de la branche. Le résultat de la comparaison des revenus à laquelle il a été procédé, aboutissant à un taux d'invalidité nul, peut donc être avalisé par l'Instance de céans. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 6. Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 6.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). 6.2. S'agissant de la première condition, il ressort des pièces produites que le recourant est soutenu financièrement par le Service social de sa commune, de sorte que l'on peut admettre qu'il ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 15 mars 2019 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent pas à première vue d'un grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 75) est admise et que Me Valentin Aebischer, avocat, est désigné comme défenseur d'office. 6.3. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée. Conformément aux art. 142 ss CPJA et à l'art. 12 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et sur la base de la liste de frais déposée le 18 novembre 2019 par le mandataire du recourant, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit en l'indemnisant à raison de 13.07 heures à CHF 180.-, soit un montant de CHF 2'352.60. S'y ajoutent CHF 51.30 au titre de débours et CHF 185.10 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 2'589.- est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 74) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 75) est admise et Me Valentin Aebischer, avocat, est désigné comme défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Valentin Aebischer en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'352.60, plus CHF 51.30 de débours, plus CHF 185.10 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 2'589.-, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg V. 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 25 novembre 2019/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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