



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 141

Arrêt du 19 novembre 2018

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président:	Marc Boivin
Juges:	Daniela Kiener, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur:	Philippe Tena

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Benoît Sansonnens,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité; révision - évaluation de la capacité de travail

Recours du 6 juin 2018 contre la décision du 3 mai 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 1973, domicilié à B. _____, sans formation, marié et père d'un enfant mineur, travaillait en tant que plâtrier.

Il était assuré, par le biais de son employeur, auprès de C. _____ contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

B. Le 16 juin 2013, il a fait une glissade avec grand écart dans sa baignoire. Se plaignant de douleurs à la hanche, il a consulté le service des urgences de D. _____. Ce cas a été annoncé à C. _____, qui l'a pris en charge.

Celle-ci a notamment soumis le cas à son médecin d'arrondissement, la Dresse E. _____, spécialiste en neurochirurgie, laquelle a conclu à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dans son rapport du 7 décembre 2016.

Par décision du 20 mars 2017, confirmée sur opposition le 10 mai 2017, C. _____ a reconnu à son assuré le droit à une rente sur la base d'un degré d'invalidité de 16%.

Le recours (605 2017 132) interjeté devant le Tribunal cantonal a été rejeté par arrêt du 11 juin 2018. Celui-ci n'a pas été contesté.

C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 10 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), sans toutefois préciser la nature de ses atteintes.

Il a bénéficié d'un stage d'évaluation professionnelle au sein de F. _____ du 16 février au 1^{er} mai 2015. Ce stage a cependant été interrompu le 3 mars 2015, une incapacité de travail ayant été prononcée.

Par décision du 13 octobre 2015, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

D. Début 2017, une procédure de révision a été initiée, avec mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire (neurologie et psychiatrie) auprès de G. _____. Dans leur rapport du 8 décembre 2017 et leur complément du 26 avril 2018, les deux experts concluent à l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

Par décision du 3 mai 2018, confirmant en cela un projet du 22 janvier 2018, l'OAI a supprimé la rente qu'il octroyait, évaluant le degré d'invalidité à 20%.

E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 6 juin 2018 concluant au maintien de sa rente entière.

A l'appui de ses conclusions, il se plaint d'abord du fait que son dossier est désordonné et redondant, regrettant de ne s'être pas vu transmettre spontanément le rapport d'expertise. Il se prévaut ensuite de l'avis de son médecin traitant pour contester les conclusions de la Dresse E. _____ et de G. _____, mettant en doute la neutralité des experts en raison de la condamnation récente d'un centre d'expertises. Il demande, à tout le moins, la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

Le 19 juin 2018, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 8 août 2018, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant aux considérants de sa décision.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

Dans son mémoire, le recourant se plaint d'abord de ce que son dossier asséurologique est mal tenu ainsi que de ne pas s'être vu transmettre automatiquement les documents de G. _____.

Par ce grief, il se plaint d'une violation de son droit d'être entendu.

2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 127 I 56 consid. 2b; 127 III 578 consid. 2c; 126 V 130 consid. 2a; 126 I 16 consid. 2a/aa; 124 V 181 consid. 1a; 375 consid. 3b et les références).

Le droit de consulter le dossier en est un aspect. Il s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2; 129 I 85 consid. 4.1; 125 II 473 consid. 4c/cc; 121 I 225 consid. 2a). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e). En outre, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, l'autorité est tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt TF I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3).

2.2. 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).

2.3. Il ressort des pièces produites par l'autorité intimée que le dossier assécurologique du recourant est composé de 1'119 pages.

Force est de constater que certains documents apparaissent à plusieurs reprises dans le dossier. De même, les pièces ne sont apparemment pas systématiquement classées par ordre chronologique, celles reçues de l'assurance-accidents étant, par exemple, classés à la date de leur réception par l'office, et cela indépendamment de la date de leur rédaction qui peut être parfois bien plus ancienne.

L'on peut comprendre que cette systématique puisse agacer. Cependant, l'on ne saurait pour autant considérer que le dossier est désordonné et redondant au point d'empêcher le recourant d'exercer effectivement son droit d'être entendu.

En outre, il apparaît que si l'autorité intimée n'a pas spontanément transmis les deux rapports de G. _____, le recourant était en mesure de les consulter sur demande (cf. dossier OIA, p. 1'027). Cela ne saurait être constitutif d'une violation du droit d'être entendu.

Quoi qu'il en soit, même si l'on devait considérer que la garantie de l'accès au dossier avait été ici violée, dite violation devrait être considérée comme guérie. En effet, elle ne saurait être considérée comme particulièrement grave alors que l'assuré peut contester ces rapports devant la Cour de céans, qui possède un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, le recourant possède un intérêt à ce que la cause soit rapidement tranchée qui s'accorderait peu avec un renvoi de la cause pour réparation du droit d'être entendu.

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 fédérale 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.

3.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris en cas de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} 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 – troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie compris – suppose 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. ATF 143 V 409), 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 doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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.

4.

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 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

5.

5.1. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

5.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

5.3. 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, 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).

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 outre, 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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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).

6.

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité du recourant, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. La décision du 13 octobre 2015 constitue le point de départ temporel.

Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

L'OAI avait alors considéré que, *"depuis le 17.11.2013 (début du délai d'attente d'un an), [la] capacité de travail [était] restreinte"* et avait évalué le degré d'invalidité du recourant à 100%, sans pour autant, préciser sur quels documents médicaux il se fondait.

A l'époque, le Dr H._____, médecin praticien, évoquait la pose d'une prothèse totale à la hanche gauche. Selon lui, *"une reprise professionnelle [n'était] pour l'instant pas possible selon le neurologue"* (rapport du 16 juin 2016, dossier OAI, p. 415; cf. ég. p. 515). Le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, prescrivait un arrêt de travail total en tant que plâtrier, sans statuer sur la problématique d'une capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors qu'il était *"trop tôt pour se prononcer"* (rapports des 22 mai 2014 et 12 mars 2015, dossier OAI, p. 69 et 207; cf. ég. p. 47, 350, 400, 455, 474, 496 et 522). Sur le plan psychique, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquant ne pas *"avoir prescrit d'arrêt de travail"* mais que son patient était *"en arrêt de travail pour des raisons orthopédiques"* (rapport du 3 mars 2015, dossier OAI, p. 357).

On indiquera que, également interrogés, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr M._____, spécialiste en neurologie, n'attestaient pas explicitement d'incapacité de travail. Cette question ne leur avait cependant pas été posée (dossier OAI, p. 190, 225, 323 et 510).

Ainsi, l'octroi initial de la rente entière en octobre 2015 était exclusivement lié à la problématique somatique. Les médecins affirmaient tous que l'état de santé du recourant l'empêchaient de travailler. A l'époque, cet avis était également partagé par les médecin d'arrondissement de C._____, le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui attestaient d'une incapacité de travail totale en lien avec la pose de la prothèse totale (dossier OAI, p. 264, 286, 483 et 486).

7.

7.1. Dans la décision litigieuse, l'OAI constate une amélioration de la capacité de travail, respectivement de gain, en se fondant exclusivement sur les conclusions des experts de G._____.

Dans leur rapport du 8 décembre 2017, ceux-ci diagnostiquent une *"atteinte séquellaire du tronc du nerf sciatique"*, un *"status après fracture du col du fémur [...], mise en place d'une prothèse cotyloïdienne gauche en 2006, changement de prothèse en 2013 suite à une chute dans la baignoire et réintervention pour changement du cotyle le 17.04.2015"*, une *"dysthymie (F34.1)"* et un *"trouble de l'adaptation"* (F43.23). Selon eux, sur le plan neurologique, *"la capacité de travail est nulle dans l'activité antérieure et complète dans une activité adaptée"*, soit *"un travail léger essentiellement sédentaire (position assise), avec néanmoins possibilité de changer régulièrement de position; pas de travail sur terrain irrégulier ni échelle"*. Par contre, *"sur le plan psychique, la capacité de travail est totale"* (dossier OAI, p. 1'005; cf. ég. complément du 26 avril 2018, dossier OAI, p. 1'062).

Dans son arrêt du 11 juin 2018 (605 2017 132), la Cour de céans avait relevé ce qui suit: *"les experts se sont [...] fondés sur le dossier de l'assurance-invalidité – comprenant notamment les pièces de l'assureur-accidents – ainsi que deux entretiens avec l'assuré. A cette occasion, tant l'expert-neurologue que l'expert-psychiatre ont pu procéder à un examen complet du recourant. Celui-ci a pu, pour sa part, décrire ses douleurs et blocages, y compris leur péjoration régulière, et son état psychique, qu'il considère comme mauvais, faisant état d'une tentative de suicide. C'est donc sur la base d'une pleine connaissance du dossier que les experts ont retenu les diagnostics"*

[...]. Les experts discutent de manière détaillée des conclusions des autres médecins interrogés et, notamment, des médecins traitants. L'on rappellera, pour mémoire, que la demande a été déposée à suite de l'accident dans la baignoire, pour des raisons essentiellement physiques au départ".

Ces considérations pourraient être seules reprises ici. Dans un objectif d'exhaustivité en lien avec la problématique d'espèce, on ajoutera néanmoins que les deux experts expliquent ce qui les a conduits à constater que la situation s'était améliorée, tant sur le plan somatique que psychique. S'agissant du premier plan, ils indiquent ainsi notamment que *"même s'il existe quelques facteurs de majoration dans le cadre de l'expertise, l'ensemble des éléments à disposition ne laissent aucun doute quant au fait que [le recourant] a présenté une atteinte sévère du tronc du nerf sciatique prédominant sur les fibres à destinée du nerf péronier, avec une récupération très partielle pour ce qui est du nerf péronier, vraisemblablement meilleure mais pas totale pour ce qui est du nerf tibial"*. Quant au second plan, ils relèvent que *"globalement le trouble dépressif qui avait peut-être au départ une intensité sévère a désormais une intensité située entre léger et le moyen (mais plus proche du léger)"*.

Partant, l'expertise de G. _____ est conforme aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur ses conclusions, étant rappelé qu'elles ne sauraient écartées aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé.

Les conclusions des experts vont, au demeurant, dans le sens de celles de la Dresse E. _____, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement de C. _____. Dans son rapport du 7 décembre 2016, celle-ci retient ainsi que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité, mais qu'il peut exercer, à 100% et sans perte de rendement, une activité respectant les limitations suivantes: *"travail léger, principalement en position assise avec la possibilité de changer de position, pas de travail sur terrain irrégulier, ni échelles, ni contraintes pour le genou et le pied G"* (dossier OAI, p. 894).

7.2. Dans son mémoire, le recourant conteste pourtant les conclusions concordantes des médecins de G. _____ et de la Dresse E. _____.

7.2.1. Il affirme d'abord que, *"à l'occasion de l'examen médical, le médecin d'arrondissement s'est exprimé sur l'état de santé du patient, en ce sens qu'il estimait qu'il ne pourrait absolument pas retravailler, dans quelque activité que ce soit"*. Afin d'appuyer cette affirmation, il demande l'audition de sa cousine, P. _____, laquelle a joué le rôle de traductrice, et de la Dresse E. _____.

Cependant, l'on peine à comprendre en quoi les prétendues déclarations de la Dresse E. _____ au recourant remettent en cause la décision de l'OAI. Celle-ci n'est en effet pas fondée sur le rapport du médecin d'arrondissement, mais sur les conclusions des experts de G. _____. Au demeurant, la médecin d'arrondissement a eu l'occasion de s'expliquer sur ses conclusions en détail par écrit dans son rapport de 7 pages (dossier OAI, p. 894).

Pour leur part, en présence d'un lien familial déclaré, on peut douter de la neutralité des affirmations de P. _____, sans compter qu'elles seraient en relation avec des déclarations qui auraient eu lieu il y a près de deux ans. On se demande par ailleurs en quoi elle serait susceptible d'établir l'existence ou non d'une atteinte invalidante selon des critères médicaux. Quoi qu'il en

soit, l'on ne saurait déduire des éventuelles déclarations du médecin d'arrondissement un pronostic contraignant et irrévocable pour le futur.

Dans ces circonstances, il n'apparaît pas nécessaire de donner une suite favorable aux propositions de preuve du recourant et, en particulier, qu'il soit procédé à l'audition de P. _____ et de la Dresse E. _____.

7.2.2. Le recourant se prévaut ensuite de l'avis du Dr I. _____, son orthopédiste traitant.

Dans son arrêt du 11 juin 2018 (605 2017 132), la Cour n'avait déjà pas été convaincue par les rapports de ce médecin. Elle avait ainsi souligné ce qui suit: *"dans ses rapports adressés à l'assurance-accidents, il n'examine jamais la question de la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Depuis 2013, [...] le médecin indique qu'il est trop tôt pour se prononcer [cf. dossier OAI, p. 597, 614, 617, 629, 649, 713, 721, 732, 766 et 826]. Cependant, à l'assurance-invalidité, il indique que le patient marche avec deux cannes, une attelle Heidelberg; le périmètre de marche n'avoisine pas une vingtaine de minutes. Le patient n'est donc en aucun cas capable d'effectuer une quelconque activité [rapports du 6 juin 2016, dossier OAI, p. 714; cf. ég. p. 648]. L'on doit d'emblée constater que le médecin ne propose que ces quelques lignes très peu étayées pour toute motivation de l'incapacité de travail qu'il atteste à son patient. Même en tenant compte des rapports de suivis (lesquels indiquent qu'il "est trop tôt pour se prononcer"), cela reste court, d'autant plus en comparaison des 35 pages rédigés d'une écriture dense par les experts de G. _____. Par ailleurs, le médecin semble se fonder, de manière non négligeable, sur les seuls dires de son patient. C'est ce qu'atteste, par exemple, son rapport du 28 septembre 2016 dans le cadre duquel il indique: 19.09.16: Amélioration d'après le [Dr. M. _____] mais pas d'après le patient [dossier OAI, p. 826]. Cela va dans le sens que l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant est influencée par la relation de confiance qui l'unit à son patient. Enfin, il ressort du dossier – et notamment de l'expertise – que des facteurs extra-médicaux, notamment psychosociaux (maîtrise de la langue, maladie de l'épouse, difficultés financières), conduisent le recourant à adopter une approche revendicatrice vis-à-vis de C. _____ et de l'OAI. De tels facteurs ne relèvent toutefois pas des assurances sociales".*

Ces considérants, ne sont pas mis en cause par le dernier rapport du médecin. Celui-ci y soutient que son patient n'est en mesure d'exercer aucune activité, qu'elle soit faite en position debout – dès lors qu'il marche avec une attelle et doit se déplacer à l'aide de 2 cannes anglaises – ou assise – en présence de douleurs de hanches et du membre inférieur gauche (rapport du 28 février 2018, dossier OAI, p. 1'047). Outre que ces conclusions semblent toujours fondées sur les seules déclarations du recourant, à propos duquel une exagération des symptômes est évoquée, les affirmations du médecin dans ce dernier rapport confirment l'existence, déjà évoquée par la Cour, d'une relation de confiance l'unissant à son patient et pouvant influencer l'appréciation de l'incapacité de travail. En témoigne l'emportement du médecin lorsqu'il soutient que *"l'avis de l'expert est à rebours du bon sens. Je ne vois pas comment un confrère avec un tant soit peu de bon sens, puisse avancer de telles stupidités. Le patient est incapable de travailler dans une quelconque activité, un point c'est tout"* (rapport du 28 février 2018, dossier OAI, p. 1'047).

Partant, les différents rapports du Dr I. _____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions concordantes des médecins de G. _____ et de la Dresse E. _____.

7.2.3. Sur le plan psychique, la Dresse Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostique un *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans*

symptômes psychotiques" ainsi qu'un *"trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions"*. Selon elle, ces deux troubles provoquent une *"incapacité de travail totale dans l'économie libre"* (rapport du 31 mars 2016, dossier OAI, p. 697).

Cependant, le rapport de la psychiatre n'avait déjà pas convaincu le Dr R._____, certes spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional (ci-après: SMR). Celui-ci avait ainsi relevé que *"les diagnostics attestés en mars 2016 par la psychiatre sont incompatibles l'un avec l'autre. En effet, un trouble de l'adaptation correspond, par définition, à un trouble réactionnel à un changement existentiel important ou à un événement stressant... Ses manifestations sont variables et comprennent: une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association de ces manifestations), un sentiment d'incapacité à faire face... Aucun de ces symptômes n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique... Le trouble... ne persiste guère au-delà de six mois [...]. Il n'est donc pas possible de poser simultanément le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère"*. C'est ce qui avait conduit le médecin du SMR à recommander la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, neurologique et psychiatrique (rapport du 25 octobre 2016, dossier OAI, p. 809).

Le raisonnement du médecin du SMR est confirmé par les experts de G._____. Ceux-ci contredisent de manière argumentée les conclusions de la psychiatre en se référant aux critères jurisprudentiels pour examiner l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail (cf. consid. 3.2. ci-avant). Ils relèvent ainsi l'existence d'une *"légère discordance entre la présentation objective et l'importance de certaines plaintes subjectives"* et *"d'une composante émotionnelle liée à la colère, associée à un positionnement de victime, qui revendique une reconnaissance de son état et de sa situation"*, soit des facteurs pouvant être assimilés à des motifs d'exclusion au sens de l'ATF 131 V 49, mais également à des incohérences au sens de l'ATF 141 V 281. Les experts constatent ensuite que le recourant possède des ressources (autonomie dans les activités quotidiennes, atteinte psychiatrique légère, fonctionnement cognitif complet, capacité à interagir préservée, réseau d'amis et de connaissances) en comparaison aux facteurs négatifs (comorbidités, état régressif, épouse souffrant de troubles psychiques, état régressif).

Les conclusions de la Dresse Q._____ n'emportent dès lors pas la conviction de la Cour.

7.2.4. Quant aux autres médecins interrogés, ils ne sont d'aucun secours au recourant.

Ainsi le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, n'examine pas la problématique de la capacité de travail (dossier OAI, p. 767, 769). Pour sa part, le Dr M._____, spécialiste en neurologie, considère que l'exercice d'une activité en position assise est possible huit heures par jour sans diminution de rendement (rapport du 29 décembre 2015, dossier OAI, p. 593 et 668; cf. ég. p. 630, 731, 765, 804, 825). Quant au généraliste traitant, le Dr H._____, celui-ci admet l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une activité permettant l'alternance des positions et avec un périmètre de marche faible, sans pour autant la quantifier (dossier OAI, p. 795).

7.2.5. Enfin, le recourant met en cause l'expertise de G._____ se référant à *"de nombreux exemples récents [qui] ont démontré que les centres d'expertises ne sont pas aussi neutres que la jurisprudence fédérale voudrait le prétendre"*.

En l'occurrence, le recourant se contente de tirer une conséquence générale d'un cas spécifique, ayant trait au cas d'un autre centre d'expertise. Un arbre foudroyé ne justifie cependant pas de raser la forêt. Le recourant en convient, par ailleurs, indiquant que *"certes, il n'y a pas lieu de mettre tous les experts dans le même panier et on peut présumer qu'ils sont intègres en règle générale"*.

En l'occurrence, et contrairement à la clinique à la base de son raisonnement, on constate que G. _____ fait encore à ce jour partie des centres d'expertises pluridisciplinaires liés par une convention à l'Office fédéral des assurances sociales. Pour sa part, l'affirmation quant à l'absence de neutralité des experts de G. _____ n'est étayée par aucun élément concret mais uniquement par des allégations selon lesquelles *"le soussigné [le mandataire] vient d'apprendre qu'il ne s'agirait pas d'un cas isolé"*.

Par ailleurs, les conclusions médicales de G. _____ vont dans le droit sens de la réalité du dossier, qui laisse apparaître que le recourant ne saurait à l'évidence se prévaloir d'une invalidité entière médicalement attestée.

8.

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la Cour se rattache aux conclusions concordantes des médecins de G. _____ et de la Dresse E. _____. Elle retient ainsi que le recourant possède une capacité de travail complète dans travail léger essentiellement sédentaire (position assise), permettant de changer régulièrement de position et n'ayant pas lieu sur un terrain irrégulier ou des échelles.

Dans ces circonstances, il convient d'évaluer le degré d'invalidité du recourant, ce qui implique de procéder à la comparaison des revenus de valide et d'invalidé.

8.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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).

Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

8.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. 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 jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il

faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références).

En particulier, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). Il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser - au degré de la vraisemblance prépondérante - s'il n'était pas devenu invalide (cf. arrêt TF I 12/90 du 15 octobre 1991 consid. 4a, *in* RCC 1992 p. 94; voir également arrêt TF B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 3b, *in* VSI 1999 p. 246).

8.3. 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'invalide 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

9.

9.1. Le recourant ne conteste pas le montant du revenu de valide CHF 71.005.50 retenu par l'autorité intimée.

Cependant, selon attestation de l'employeur, en 2012, le recourant percevait annuellement un salaire de CHF 70'226.- (cf. dossier OAI, p. 137). Compte tenu de l'indexation des revenus de 0.5105% en 2013 et 0.4964% en 2014 (cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux, 2011-2017, secteur de la construction), cela correspond à un revenu de CHF 70'934.90.

Ce montant peut être retenu au titre de revenu de valide.

9.2. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes).

Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence impactant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2014 (CHF 66'453.10, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs).

L'on peut confirmer l'abattement supplémentaire de 15% retenu au titre de désavantage salarial, étant relevé qu'un pourcentage supérieur n'aurait ici aucune incidence sur le droit à la rente. Cet abattement supplémentaire concrétise le constat que la recherche d'un emploi est vraisemblablement plus difficile pour l'assuré, notamment en lien avec les limitations fonctionnelles qui ont été retenues. Ne lui en déplaise, il ne demeure pas moins qu'une activité adaptée existe dans un marché de l'emploi équilibré.

Le revenu d'invalidé est dès lors fixé à CHF 56'485.15.

9.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 70'934.90) et d'invalidé (CHF 56'485.15) que le recourant subit une perte de gain de CHF 14'449.75. Cela équivaut à un degré d'invalidité de 20.37%, soit 20% (cf. ATF 130 V 121).

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

La capacité de gain du recourant s'est donc améliorée au point d'impacter son droit à une rente.

10.

De l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée.

Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie.

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 avec l'avance de CHF 800.- effectuée.
- 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 19 novembre 2018/pte

Le Président:

Le Greffier-rapporteur: