



**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 91

Arrêt du 1^{er} mai 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière : Isabelle Schuwey

Parties

A._____, **recourant**, représenté par CAP Protection Juridique SA
contre

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

Objet

Assurance-invalidité – refus d'augmentation du quart de rente
Recours du 22 mars 2018 contre la décision du 20 février 2018

considérant en fait

A. A. _____, plâtrier, né en 1957, a été victime d'accidents à plusieurs reprises entre 1986 et 1997, ayant principalement touché ses deux genoux.

Par décisions du 24 octobre et du 2 novembre 2000, il a été mis au bénéfice d'une demi-rente AI, fondée sur un degré d'invalidité de 55%, une activité adaptée ayant été considérée comme exigible à 100%.

Un tel degré d'invalidité était également retenu par la SUVA, assureur-accidents.

La demi-rente AI a été confirmée en 2004 et en 2007.

B. On lui a ensuite posé deux prothèses du genou, à gauche en 2011, à droite en 2012.

L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) lui a alors octroyé une rente entière pour toute la durée de ces opérations et jusqu'au réexamen de sa capacité de travail, provisoirement nulle.

A l'issue de ce réexamen, l'OAI a estimé, par décision du 27 octobre 2014, que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité industrielle légère adaptée, sans perte de rendement, moyennant un abattement de 15% pour désavantage salarial, donnant lieu à un degré d'invalidité de 43%.

Ce quart de rente a été confirmé par la Cour de céans dans un arrêt du 8 février 2016 (605 2014 246).

C. Le 26 novembre 2015, l'OAI a reçu un rapport médical établi par le Dr B. _____, chirurgien orthopédiste traitant, mentionnant l'apparition d'une nouvelle atteinte ilio-lombaire dès le mois de novembre 2015.

Une procédure de révision a dès lors été mise en œuvre, dans le cadre de laquelle a notamment été ordonnée une expertise neurologique visant à investiguer la portée incapacitante des nouvelles atteintes signalées. L'expert a toutefois conclu que ces atteintes étaient en diminution et ne représentaient pas une cause d'aggravation significative de la capacité de travail reconnue précédemment du point de vue orthopédique.

Sur cette base, l'OAI, par décision du 20 février 2018, a refusé d'augmenter le quart de rente, en confirmant l'exigibilité entière d'une activité adaptée aux limitations liées aux atteintes orthopédiques et, partant, le quart de rente.

D. Le 22 mars 2018, A. _____, représenté par CAP Protection Juridique SA, interjette recours contre cette décision. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Subsidièrement, il conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} février 2016, et plus subsidiairement encore, à l'octroi d'une demi-rente. En substance, il conteste la capacité médico-théorique prise en compte par l'autorité intimée, à laquelle il reproche en outre de n'avoir pas suffisamment instruit sa demande de révision du 26 novembre 2015. A l'appui de sa position, il produit un rapport du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main,

attestant d'une incapacité totale de travail dans l'attente d'une opération de l'épaule droite prévue le 13 avril 2018.

Le 6 avril 2018, il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 22 mai 2018, l'OAI propose le rejet du recours, en soulignant que l'expertise neurologique n'a pas permis de mettre en évidence de nouvelles atteintes susceptibles de justifier une diminution de la capacité médico-théorique reconnue jusqu'alors. Par ailleurs, les atteintes orthopédiques ne sont pas récentes et ont déjà été prises en compte dans l'examen de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'incapacité de travail totale attestée par le Dr C. _____, sans motivation particulière, ne saurait enfin remettre en cause l'exigibilité retenue.

Dans ses contre-observations du 26 juin 2018, le recourant maintient ses critiques quant au manque d'instruction du cas par l'autorité intimée. Il conteste l'exigibilité réelle d'une activité adaptée, et met en doute l'opportunité de l'expertise neurologique en présence d'atteintes avant tout orthopédiques. Il produit en outre différents rapports médicaux, dont le protocole opératoire de l'opération de l'épaule droite réalisée par le Dr C. _____ le 13 avril 2018.

Dans ses ultimes remarques du 3 août 2018, l'OAI a confirmé que les pièces produites ne permettaient pas de remettre en cause l'exigibilité médicale, tout en précisant que la dernière intervention concernait des atteintes déjà connues et avait uniquement pour but d'améliorer l'état de santé du recourant, de sorte que cela n'avait pas d'incidence sur les limitations fonctionnelles retenues.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leur moyens de preuve.

en droit

1.

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

2.

Aux termes 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution

résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

3.1. 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).

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 citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

3.2. Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le 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).

4.

Selon l'art. 17 al. 1 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.

4.1. 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). 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 citée; cf. également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b).

4.2. 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74^{ter} 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

5.

Est litigieux le refus de l'OAI d'augmenter le quart de rente octroyé à l'assuré par décision du 27 octobre 2014, confirmé par arrêt du TC du 8 février 2016.

Il convient de revenir brièvement sur le parcours médical du recourant afin de voir si et comment son état de santé a pu évoluer depuis la décision du 27 octobre 2014 réduisant la rente entière à un quart de rente.

5.1. Octroi d'une demi-rente (2 novembre 2000)

Le recourant, né en 1957, a tout d'abord été victime de plusieurs accidents survenus dans le cadre de l'exercice de son métier de plâtrier.

Il s'est tout d'abord abimé le poignet en 1986 (fracture du scaphoïde; cf. rapport médical SUVA du 25 mai 1993, dossier OAI, p. 297).

En 1995, il est tombé sur le genou gauche depuis un échafaudage (lésion ligament interne du genou et rupture itérative de la corne du ménisque interne; cf. déclaration d'accident du 25 janvier 1995, dossier OAI, p. 283). La même année, son genou droit présentait une pathologie typique (causant à terme une double déchirure ménisco-fémorale et ménisco-tibiale de la corne du ménisque), liée à l'exercice de son métier et considérée comme une lésion assimilée à un accident.

Il a ainsi été opéré des deux genoux le 30 novembre 1995 par le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique (cf. protocole opératoire du 30 novembre 1995, dossier OAI, p. 263).

Alors qu'il venait de reprendre le travail, il a été victime de deux nouveaux accidents, survenus dans le cadre de ses loisirs: tout d'abord d'un accident de ski le 21 février 1997, lors duquel il a subi une fracture du plateau tibial externe de la jambe droite (cf. déclaration d'accident du 27 février 1997, dossier OAI, p. 228), puis une chute à vélo le 16 septembre 1997, qui a causé une fracture bicondylienne du plateau tibial de la jambe gauche (cf. déclaration d'accident du 24 septembre 1997, dossier OAI, p. 187).

Compte tenu de ces différentes atteintes, il a été considéré, à l'occasion de l'examen médical final auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr D. _____, que l'activité de plâtrier n'était plus exigible d'un point de vue médical. Une activité adaptée était en revanche exigible à plein temps sans diminution de rendement (dossier OAI, p. 303 s.).

C'est dans ce contexte que, par décision du 2 novembre 2000, l'assuré s'est vu attribuer une demi-rente AI fondée sur un taux d'invalidité de 55% (dossier OAI, pièce 377). Pour parvenir à ce taux d'invalidité, deux réductions avaient été opérées sur un revenu statistique d'invalidité exigible à plein temps dans une activité industrielle légère: la première, de 10%, comme perte de rendement, contrairement à ce qu'avait estimé le médecin d'arrondissement de la SUVA, et une seconde, de 30%, "*compte tenu de l'ensemble des circonstances*" (motivation du 12 septembre 2000, dossier OAI, p. 362 ss).

La SUVA, par décision du 13 mars 2001, lui a également octroyé une rente LAA fondée sur le même taux (dossier OAI, pièce 396).

La demi-rente AI a ensuite été confirmée lors de deux procédures de révision d'office, le 22 janvier 2004 (dossier OAI, p. 441) et le 23 avril 2007 (dossier OAI, p. 505).

5.2. *Augmentation provisoire de la demi-rente en rente entière (16 octobre 2012)*

Face à de telles atteintes des deux genoux, des prothèses, tout d'abord à gauche le 2 mars 2011 (dossier OAI, p. 581), puis à droite le 29 mai 2012 (cf. not. dossier OAI, p. 725), ont dû être implantées par le Dr B. _____.

Durant cette période, le recourant fut provisoirement mis au bénéfice d'une rente entière, jusqu'à nouvelle réévaluation de la situation au terme de l'incapacité de travail post-opératoire (cf. motivation du 7 août 2012, dossier OAI, p. 746 ss, et décision du 16 octobre 2012, dossier OAI, p. 741 ss).

5.3. *Décision du 27 octobre 2014 (octroi d'un quart de rente)*

Le 24 septembre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr E. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport d'examen médical final, ce dernier a estimé que la pose des deux prothèses avait plutôt amélioré la situation antérieure et, partant, a confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée, à 100% et sans diminution de rendement, telle que retenue par son prédécesseur en 2000. Il avait ainsi confirmé les limitations fonctionnelles suivantes: activité "*sur un sol plat et non irrégulier, sans port de charge lourde avec une sollicitation type alternée, pas d'utilisation d'échelle ou d'échafaudages, pas de descente ou de montée d'escalier régulières, pas de nécessité de devoir s'agenouiller ou de travailler au sol ou s'accroupir régulièrement*" (dossier OAI, p. 866 ss).

Une nouvelle intervention (révision de la prothèse du genou droit) a ensuite encore été pratiquée le 17 juin 2014 par le Dr B. _____ (dossier OAI, p. 971).

Comme prévu dans la décision précédente, l'OAI a alors réévalué la situation et, par décision du 27 octobre 2014, a fixé le taux d'invalidité à 43%, n'ouvrant le droit qu'à un seul quart de rente, dès le 1^{er} décembre 2014. L'OAI a en effet estimé que la dernière intervention du genou droit avait encore amélioré la situation du point de vue des douleurs, sans modifier la pleine capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée retenue dans la décision du 2 novembre 2000. Il a ainsi tenu compte, comme par le passé, d'une pleine capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, mais désormais sans diminution de rendement, et a réduit l'abattement à 15%, au lieu des 30% retenus précédemment (dossier OAI, p. 982 s. et 984 ss.).

5.4. *Recours et arrêt du 8 février 2016*

Saisie d'un recours contre cette dernière décision, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 8 février 2016 (605 2014 246), en confirmant le taux d'invalidité de 43% et, partant, le quart de rente.

En substance, elle a retenu que la pose de prothèses aux deux genoux avait permis d'améliorer l'état de santé du recourant, de sorte que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dont il avait été tenu compte dans la décision du 2 novembre 2000, était à tout le moins conservée.

Quant à la diminution de rendement de 10% admise à l'époque - alors même qu'elle n'avait pas été admise par le médecin d'arrondissement de la SUVA -, la Cour a estimé qu'elle n'était désormais plus justifiée, pas plus que la réduction de 30% qui avait été opérée sur le revenu statistique d'invalidé dans la décision du 2 novembre 2000 "*compte tenu de l'ensemble des circonstances*", sans autre explication. En effet, au vu des différentes opérations des genoux, de la disparition des douleurs au poignet et d'une perte de poids importante suite à la pose d'un by-pass gastrique, il se justifiait de retenir une amélioration de la situation par rapport à celle qui prévalait lors de l'octroi de la demi-rente en 2000. Partant, l'OAI était en droit de tenir compte d'une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité industrielle légère adaptée, ceci sans diminution de rendement.

Concernant la fixation d'un abattement de 15% sur le revenu statistique d'invalidé, la Cour a considéré qu'elle n'excédait pas le pouvoir d'appréciation de l'autorité intimée, tout en précisant que seul l'âge du recourant justifiait une réduction et que rien ne permettait de maintenir la réduction globale de 30%, particulièrement généreuse, opérée à l'époque sans véritable explication.

Non contesté, cet arrêt est entré en force.

5.5. Procédure de révision litigieuse (26 novembre 2015)

5.5.1. Annonce de nouvelles atteintes

Dans l'intervalle, dans le cadre d'une mesure d'initiation au travail soutenue par l'AI, l'assuré a été engagé à 60% par l'entreprise F._____ en tant qu'aide-carreleur, notamment pour effectuer des petits travaux de manutention, de surveillance de chantier et de calculs de métrés, dès le 1^{er} février 2015 (dossier OAI, p. 1009, 1015 ss, 1028 ss et 1031 ss).

Dès le 21 novembre 2015, il s'est toutefois trouvé en incapacité de travail totale en raison de douleurs au dos et à la jambe droite (cf. questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité, dossier OAI, p. 1192 ss). Consulté en urgence, le Dr B._____, dans un rapport du 23 novembre 2015, avait alors suspecté un "*problème ilio-lombaire bas, avec possible compression radiculaire L3-L4 D*" (dossier OAI, p. 1045).

Ce rapport a été transmis spontanément à l'OAI, qui, l'ayant reçu le 26 novembre 2015, a alors entamé une nouvelle procédure de révision du droit à la rente de l'assuré.

Le 5 février 2016, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a ensuite prolongé l'arrêt de travail en évoquant le diagnostic de "*syndrome sacro-iliaque droit*" (dossier OAI, p. 1080 et 1084).

Le 29 avril 2016, ce dernier a indiqué à l'OAI que l'état de son patient s'était aggravé au mois de novembre 2015, impliquant une incapacité de travail totale. Il a mentionné les atteintes suivantes : "*syndrome sacro-iliaque*", "*gonalgie droite en aggravation*" et "*épaule gauche*". En conclusion, il a affirmé qu'aucune réinsertion professionnelle, même partielle, n'était envisageable "*sur le premier marché du travail*" (dossier OAI, p. 1195-1196), tout en laissant ouverte la question de l'exigibilité d'une autre activité, éventuellement à 50% "*selon évaluation spécialisée*" (dossier OAI, p. 1200).

Dans un rapport du 11 février 2016, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné un "*syndrome sacro-iliaque D*" et de "*lombocruralgies D d'origine mixte*", avec cependant une "*nette amélioration des douleurs sacro-iliaques suite à l'infiltration*" qui avait été pratiquée à ce niveau le 1^{er} décembre 2015. Ce spécialiste a toutefois confirmé l'arrêt de travail attesté par le médecin traitant (dossier OAI, p. 1188 ss).

Invité à se prononcer sur cette nouvelle révision, le service médical régional de l'OAI (SMR), par la voix du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé le 17 mai 2016 qu'il convenait de solliciter l'avis du Dr C._____, s'agissant des nouvelles atteintes de l'épaule gauche, et du Dr B._____, s'agissant de l'évolution des lombo-cruralgies (dossier OAI, p. 1203 s.).

5.5.2. Investigations complémentaires

Le même jour, l'OAI a dès lors interpellé le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, qui, dans un rapport non daté, a indiqué avoir reçu l'assuré en consultation le 24 août 2015 en raison de "*douleurs occasionnelles à la face antérieure de l'épaule droite*", et a posé le diagnostic de "*omarthrose D*" et de "*discrète arthrose poignet D sur status après fracture scaphoïde*", en précisant que "*les deux arthroses,*

épaule et poignet, sont encore modérées et bien contrôlées (...). Il n'y a pas d'autre geste à entreprendre pour l'instant" (dossier OAI, p. 1207).

Un rapport a également été demandé au Dr B. _____ le même jour. C'est cependant le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a répondu le 29 août 2016, en indiquant que l'évolution suite à la dernière intervention était *"favorable"*, *"avec disparition quasi complète des douleurs"*. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur l'exigibilité d'une activité adaptée (dossier OAI, p. 1213 s.).

Le 27 juin 2016, le Dr K. _____, spécialiste en neurologie consulté sur proposition du médecin traitant suite à l'apparition des lombo-cruralgies, a indiqué que les douleurs avaient progressivement diminué, mais qu'une perte de force subsistait. Il a diagnostiqué des *"lombocruralgie L2, L3 et/ou L4 d'origine compressive et une plexite"*, et plus précisément un *"status post plexio lombaire du MID"*, en présence d'une suspicion d'atteinte neurogène périphérique proximale (dossier OAI, p. 1216 s.).

Sur la base de ces nouveaux éléments, le Dr I. _____ du SMR a estimé, le 13 septembre 2016, que *"l'assuré souffre de problèmes ostéo-articulaires principalement de type arthrosique, relativement peu invalidantes mais contre-indiquant certaines activités, ainsi que de séquelles de plexite lombaire (selon Dr K. _____) susceptibles d'expliquer les fortes douleurs survenues fin 2015"*. Il a affirmé que le rapport du neurologue permettait de comprendre l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant et confirmait la survenance d'une aggravation, *"dont les répercussions sur la capacité de travail restent à préciser"*. Il a dès lors recommandé la mise en œuvre d'une expertise neurologique pour préciser l'exigibilité (dossier OAI, p. 1221).

5.5.3. Expertise neurologique (5 juillet 2017)

Une expertise neurologique a ainsi été mise en œuvre auprès du Dr L. _____, spécialiste en neurologie. Le rapport du 5 juillet 2017 (dossier OAI, p. 1237 ss) retranscrit tout d'abord l'ensemble des plaintes exprimées par l'assuré (*douleurs au niveau des 2 épaules, constantes, s'accompagnant d'une limitation des mouvements; gêne au niveau du poignet et du pouce droits, avec une limitation de la flexion du pouce; douleurs au niveau des 2 genoux, qualifiées de constantes, plus prononcées à gauche, entraînant une gêne à la marche pouvant aller jusqu'à la chute avec tout particulièrement des difficultés à se déplacer en terrain inégal; tendinite récente à gauche; douleurs sacro-iliaques droites et à la face antérieure de la cuisse droite, accompagnées, comme précité, de tremblements au niveau de la musculature antérieure de la cuisse droite et d'un manque de force de cette cuisse, sans troubles sensitifs*; rapport, p. 12).

L'expert, constatant que les atteintes sont de nature essentiellement orthopédique, précise alors d'emblée qu'il ne se prononcera pas sur la capacité de travail globale, mais uniquement sur la symptomatologie survenue le 16 novembre 2015 (p. 15), après un choc du pied droit contre une marche d'escalier, sans chute, suite auquel se sont développées de violentes douleurs au niveau de la région sacro-iliaque droite avec irradiations le long de la face antérieure de la cuisse (p. 11). Sur le plan neurologique, il affirme que l'examen clinique, complété par un ENMG, n'a pas révélé de *"signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit et dépendant des myotomes L3-S1"*, ni de *"signes de dénervation spontanés certains dans la musculature paravertébrale"* (p. 14), seule une *"limitation modérée de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, avec provocation de quelques douleurs locales, sans plus"* ayant été constatée (p. 16).

L'expert a par ailleurs évoqué la possible influence défavorable du contexte psycho-social : *"il n'est pas impossible que le contexte socio-professionnel et le désir de récupérer une rente complète ne participent au maintien au moins en partie des plaintes faisant suite à l'épisode de novembre 2015"* (p. 17).

Il a donc conclu que, malgré la persistance de plaintes liées à des lombo-sacro-cruralgies droites, il n'existait *"pas d'éléments cliniques et électrophysiologiques permettant de conclure à une symptomatologie suffisamment importante pour représenter une cause d'aggravation significative de l'incapacité de travail reconnue préalablement [...] pour les problèmes orthopédiques. En conséquence de ce qui précède, plus d'un an après la survenue aiguë des troubles, je considère que persistent quelques plaintes modérées ne représentant pas une cause d'invalidité"* (p. 17). Il a estimé, sur la base du dossier et des déclarations de l'assuré, qu'une aggravation transitoire s'était certes produite depuis la dernière décision du 27 octobre 2014, sous la forme d'apparition de troubles neurologiques le 16.11.2015 justifiant une période d'incapacité de travail complète ayant duré au maximum 3 mois; au-delà, la capacité de travail est redevenue complète, cette atteinte n'entraînant pas de limitations fonctionnelles significatives (p. 21-22). S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, l'expert a estimé qu'il convenait d'évaluer la situation sous l'angle des atteintes orthopédiques, en rappelant que son appréciation ne concernait que *"les seules suites de l'épisode du 16.11.2015, dont les conséquences sur la capacité de travail résiduelle sont nulles et qui ne nécessitent pas en soi une réadaptation ni une réinsertion professionnelle"* (p. 23).

Le SMR, désormais par le Dr M. _____, spécialiste en anesthésiologie, s'est prononcé sur ce rapport le 20 septembre 2017. Il a estimé que l'expertise neurologique remplissait les critères de qualité requis, de sorte que ses conclusions relatives à l'absence d'une atteinte incapacitante sur le plan neurologique devaient être suivies. Pour le surplus, il a affirmé que *"les limitations fonctionnelles orthopédiques sont connues et inchangées. L'exigibilité médicale est donc à nouveau de 100% dans une activité adaptée"* (dossier OAI, p. 1265 s.).

Le Dr G. _____, médecin traitant, a pour sa part indiqué que l'état de santé s'était aggravé (en mentionnant simultanément un état de santé stationnaire), ne permettant une réinsertion professionnelle qu'à un faible taux de 20% (rapport du 1^{er} octobre 2017, dossier OAI, p. 969 s.). En parallèle, il a continué d'attester d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2017 (dossier OAI, p. 1272 ss).

5.6. *Décision litigieuse*

C'est dans ce contexte que l'OAI a rendu le projet de décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité le 27 novembre 2017, au motif *"qu'aucun élément médical objectif ne permet de remettre en cause l'exigibilité médico-théorique retenue dans [la] précédente décision, soit une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement dans une activité adaptée"* (dossier OAI, p. 1290 s.).

Dans ses observations du 23 janvier 2018, l'assuré a affirmé que la capacité médico-théorique retenue ne tient pas compte de la réalité du marché du travail. Dans le même sens, il a contesté l'abattement opéré sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, estimant que son âge et les limitations fonctionnelles dues à ses atteintes justifient une réduction supérieure à 15%. Il a en outre critiqué le manque d'instruction sur le plan orthopédique, notamment s'agissant des atteintes de l'épaule droite pour lesquelles une intervention était prévue le 16 avril 2018, en

soulignant que les Dr C._____ et G._____ concluent à une aggravation de son état de santé, ne permettant plus l'exercice d'une activité professionnelle (dossier OAI, p. 1307 ss).

A l'appui de ses observations, l'assuré a produit deux rapports du Dr C._____. Tout d'abord, un rapport du 25 janvier 2017, signalant une *"arthrose gléno-humérale modérée et plus importante sur l'articulation AC"*, pour laquelle une infiltration a été pratiquée le jour même, ainsi qu'un second rapport du 6 décembre 2017 mentionnant les diagnostics d'*"omarthrose bilatérale, arthrose acromio-claviculaire bilatérale et arthrose poignet droit"* impliquant des limitations fonctionnelles spécifiques (*"limitation de la mobilité en élévation des deux bras jusqu'à l'horizontale; douleurs à la mobilisation"*). Ce médecin confirme une *"lente aggravation progressive"*, principalement sous la forme d'une augmentation des douleurs, et estime, en conformité avec les autres avis médicaux au dossier, que l'activité de plâtrier n'est plus exigible. Il ne se prononce en revanche pas sur l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une autre activité, plus adaptée, et se limite à préciser que le port de charges est possible *"pour autant que les bras soient maintenus le long du corps"* (dossier OAI, p. 1313 s.).

Il produit également un rapport du 22 décembre 2017 son médecin traitant, le Dr G._____, qui évoque quant à lui le diagnostic de *"polyarthropathie des épaules, dos et genoux"* et confirme une aggravation de l'état de santé. Il affirme que la capacité de travail de son patient est de 0%, sans préciser si cela concerne uniquement l'activité de plâtrier ou également une éventuelle activité adaptée. Il indique toutefois que son patient ne peut plus porter la moindre charge (dossier OAI, p. 1315).

Le 26 janvier 2018, le Dr M._____ du SMR a tout d'abord rappelé que l'inexigibilité de l'activité de plâtrier n'était nullement contestée. Il a estimé que les limitations fonctionnelles attestées par le Dr C._____ étaient compatibles avec une activité adaptée aux atteintes orthopédiques retenues précédemment, par exemple une activité de surveillant de chantier. Il a dès lors estimé qu'il n'existait aucun élément médical justifiant une diminution du taux d'activité exigible dans une telle activité adaptée. S'agissant de l'aggravation mentionnée, il a estimé que celle-ci, comme pour toutes les pathologies dégénératives, en particulier arthrosiques, se situaient principalement dans une augmentation des douleurs, ce qui était un élément subjectif. Enfin, il a relevé que l'atteinte du poignet droit n'était pas un élément nouveau et avait d'ores et déjà été prise en considération. En conclusion, il a affirmé que *"les problèmes orthopédiques de l'assuré ne sont pas récents et ont été pris en compte. Ils ne justifient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée"* (dossier OAI, p. 1323).

Sur la base de cette appréciation, l'OAI a confirmé son refus d'augmentation de la rente par décision du 20 février 2018.

5.7. Recours et éléments médicaux ultérieurs

Figure encore au dossier de l'autorité intimée un rapport du 22 mars 2018 du Dr J._____, consulté le même jour en raison de douleurs au genou gauche, qui estime que les douleurs *"ressemblent tout à fait à celles ressenties en mai 2017, traitées par physiothérapie"*. Il a mentionné un comportement *"un peu caricatural, avec une démarche présentant une boiterie"*, alors que la mobilité constatée lors de l'examen était comparable à celle du dernier contrôle, et a considéré que la situation était inchangée depuis un an (dossier OAI, p. 1333).

A l'appui de son recours du 22 mars 2018, le recourant produit encore un rapport médical du 8 mars 2018 du Dr C._____, attestant d'une incapacité totale de travail dans l'attente d'une opération de l'épaule droite prévue le 13 avril 2018 (bordereau recourant, pièce 4).

Enfin, le recourant produit avec ses contre-observations du 26 juin 2018 le protocole opératoire de cette dernière intervention, une arthroscopie de l'épaule droite avec résection acromio-claviculaire réalisée par le Dr C._____ le 13 avril 2018, accompagné de deux certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail totale après cette intervention, jusqu'au 30 juin 2018.

6.

Le recourant conteste principalement la capacité médico-théorique retenue par l'autorité intimée, en affirmant que son âge et ses limitations fonctionnelles ne lui permettent pas de mettre en valeur une telle capacité sur un marché équilibré du travail. Il reproche à l'autorité intimée d'avoir procédé à une instruction lacunaire de son cas, principalement sous l'angle des atteintes orthopédiques, et de n'avoir, à tort, pas tenu compte de l'opinion des spécialistes, les Dr C._____ et B._____, dont l'avis avait pourtant été sollicité par le SMR, ainsi que du médecin traitant, le Dr G._____, qui concluent à une péjoration de l'état de santé et à une incapacité de travail dans toute activité.

Quant à l'autorité intimée, elle considère que les atteintes orthopédiques ne sont pas nouvelles et qu'elles ont été suffisamment examinées lors de la dernière décision du 27 octobre 2014, de sorte que l'exigibilité d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, qui avait alors été reconnue, ne saurait être remise en question, à défaut d'aggravation avérée.

6.1. Le présent litige se situe dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, ouverte d'office par l'autorité intimée en raison de la réception d'un rapport médical, le 26 novembre 2015, faisant état de nouvelles atteintes (cf. rapport du 23 novembre 2015 du Dr B._____ évoquant un "*problème ilio-lombaire bas, avec possible compression radiculaire L3-L4 D*"; dossier OAI, p. 1045).

A cet égard, force est de constater que l'on ne saurait reprocher à l'autorité intimée une instruction lacunaire sous l'angle de ces nouvelles atteintes.

En effet, une expertise neurologique a été mise en œuvre suite au rapport du 23 novembre 2015 du Dr B._____, qui suspectait une éventuelle atteinte radiculaire, hypothèse également envisagée par le Dr H._____, qui avait pratiqué une infiltration à ce niveau 1^{er} décembre 2015, ainsi que par le Dr K._____ le 27 juin 2016 (dossier OAI, p. 1216 s.). Les critiques du recourant relatives à l'inopportunité d'une telle mesure d'instruction tombent ainsi à faux.

Quoi qu'il en soit, la Cour constate à cet égard que le rapport du 5 juillet 2017 2017 du Dr L._____ a été établi sur la base du dossier assécurologique et médical complet et d'un examen clinique le 20 juin 2017, lors duquel ont également été pratiqués des examens neurologiques et un ENMG. A cette occasion, l'assuré a en outre pu s'exprimer librement sur ses plaintes et sur l'évolution de son état de santé (*douleurs au niveau des 2 épaules, constantes, s'accompagnant d'une limitation des mouvements; gêne au niveau du poignet et du pouce droits, avec une limitation de la flexion du pouce; douleurs au niveau des 2 genoux, qualifiées de constantes, plus prononcées à gauche, entraînant une gêne à la marche pouvant aller jusqu'à la chute avec tout particulièrement des difficultés à se déplacer en terrain inégal; tendinite récente à gauche; douleurs sacro-iliaques droites et à la face antérieure de la cuisse droite, accompagnées, comme précité, de tremblements au niveau de la musculature antérieure de la cuisse droite et d'un*

manque de force de cette cuisse, sans troubles sensitifs (rapport, p. 12), permettant ainsi à l'expert de disposer d'une pleine connaissance de l'anamnèse médicale, professionnelle et sociale de l'assuré.

En outre, les questions litigieuses, à savoir l'existence d'une atteinte neurologique et son éventuelle influence sur la capacité de travail, ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expert a en effet procédé à un examen clinique complet (p. 13-14) et à un EMG (p. 14), qui n'ont toutefois pas permis d'établir de manière suffisamment probante l'existence d'une atteinte neurogène significative (p. 14), et plus particulièrement d'une souffrance radiculaire ou d'un épisode de plexite lombosacrée, qui avaient été suspectés lors de l'épisode aigu survenu au mois de novembre 2015. Dans ces conditions, l'on peut adhérer à ses conclusions relatives à l'absence de portée incapacitante de ces douleurs, d'origine indéterminée et, de surcroît, en diminution ("*lombo-sacro-cruralgies droites au décours*", p. 19, dans le droit sens de la constatation de douleurs "*progressivement amendées*" selon le Dr K. _____ le 27 juin 2016, dossier OAI, p. 1216 s., ou encore d'une "*nette amélioration des douleurs sacro-iliaques suite à l'infiltration*" selon le Dr H. _____ le 11 février 2016, dossier OAI, p. 1188 ss).

Ainsi, dans la mesure où ce rapport d'expertise est par ailleurs en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels et qu'il a en soi pleine valeur probante, c'est à bon droit que l'OAI s'est fondé sur ses conclusions pour retenir l'absence d'aggravation significative de l'état de santé du recourant sous l'angle neurologique.

6.2. S'agissant ensuite des atteintes au niveau des genoux, la Cour constate que le dossier médical ne permet pas d'établir la présence d'une quelconque aggravation susceptible d'influencer négativement la capacité médico-théorique retenue lors de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir la décision du 27 octobre 2014, confirmée par la Cour de céans par arrêt du 8 février 2017.

Pour mémoire, une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, avait à l'époque été retenue, notamment sur la base des conclusions du 24 septembre 2013 du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr E. _____, qui, en tenant compte de la situation constatée à l'époque ("*status post PTG ddc*" avec "*quelques pseudo-blocages et déclics du côté D mais sans douleur, chaleur ou épanchement. La flexion reste quelque peu limitée ddc, surtout à D*"), avait estimé qu'une activité adaptée était exigible à 100% et sans diminution de rendement, telle que retenue par son prédécesseur en 2000. Il avait ainsi confirmé les limitations fonctionnelles suivantes: activité "*sur un sol plat et non irrégulier, sans port de charge lourde avec une sollicitation type alternée, pas d'utilisation d'échelle ou d'échafaudages, pas de descente ou de montée d'escalier régulières, pas de nécessité de devoir s'agenouiller ou de travailler au sol ou s'accroupir régulièrement*" (dossier OAI, p. 866 ss).

Aucun élément médical ne permet d'établir une péjoration de l'état des genoux depuis lors, qui impliquerait une aggravation de ces limitations fonctionnelles et la remise en question de la capacité médico-théorique.

Au contraire, les seuls éléments médicaux à ce propos sont des rapports établis par le Dr J. _____, le premier le 29 août 2016, en réponse à un questionnaire adressé au chirurgien traitant le Dr B. _____. Il avait alors mentionné une évolution favorable suite à la dernière intervention au niveau des genoux, "*avec disparition quasi complète des douleurs*" (dossier OAI,

p. 1213 s.). Dans un second rapport du 22 mars 2018, il avait ensuite qualifié la situation d'inchangée depuis un an (dossier OAI, p. 1333).

On relèvera à cet égard que, là encore, les critiques du recourant liées au manque d'instruction du cas par l'autorité intimée, en particulier liées à l'absence de toute instruction auprès du Dr B. _____, s'avèrent infondées.

Rien ne permet ainsi de suspecter une quelconque aggravation au niveau des genoux.

Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a considéré que l'exigibilité reconnue dans sa précédente décision était toujours valable.

6.3. Quant à l'arthrose de l'épaule, évoquée pour la première fois par le Dr C. _____ suite à une consultation du 24 août 2015 (dossier OAI, p. 1207), alors limitée à l'épaule droite, mais touchant depuis les deux épaules, cette atteinte paraissait, à la fin de l'année 2017, causer de nouvelles limitations fonctionnelles : "*limitation de la mobilité en élévation des deux bras jusqu'à l'horizontale; douleurs à la mobilisation*" (rapport du 6 décembre 2017 du Dr C. _____, dossier OAI, p. 1313 s.).

Cette atteinte a d'ailleurs entraîné une arthroscopie de l'épaule droite avec résection acromioclaviculaire, pratiquée le 13 avril 2018 par ce même médecin, qui a ensuite attesté d'une incapacité de travail totale post-opératoire jusqu'au 30 juin 2018.

Rien ne laisse toutefois suspecter que l'évolution post-opératoire n'ait pas été favorable et que cette intervention, après la période de rétablissement normale, n'ait pas permis une certaine amélioration de la situation du point de vue des douleurs et, partant, des limitations fonctionnelles.

La Cour relève à cet égard que le Dr C. _____ ne s'est jamais exprimé sur la question de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, se limitant à affirmer que l'activité de plâtrier n'était plus exigible et que le port de charges demeurerait possible "*pour autant que les bras soient maintenus le long du corps*" (dossier OAI, p. 1313 s.). Contrairement à ce qu'affirme le recourant, ce spécialiste ne s'est ainsi nullement prononcé dans le sens d'une incapacité de travail dans toute activité, même adaptée.

Le Dr G. _____ affirme pour sa part que la capacité de travail est nulle, sans préciser si cela concerne uniquement l'activité de plâtrier ou également une éventuelle activité adaptée (dossier OAI, p. 1315).

Outre le fait que cette appréciation de la capacité de travail, pas réellement explicite, n'est nullement motivée, il sied de souligner que son statut de médecin traitant du recourant, selon la jurisprudence mentionnée plus haut (consid. 3.1.), est susceptible de le rendre enclin à prendre parti pour son patient en cas de doute. Par ailleurs, la Cour constate également que lors de la dernière décision de réduction de la rente, ce médecin n'envisageait déjà qu'une très faible capacité de travail de 20% dans une activité adaptée (cf. rapport du 1^{er} octobre 2014, dossier OAI, p. 969 s.), opinion jugée à l'époque insuffisamment probante pour remettre en question l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA. Il ne saurait en être autrement aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, ces éléments, même s'ils mettent en évidence une évolution des atteintes dégénératives au niveau des épaules, n'apparaissent toutefois pas encore suffisants pour établir une péjoration de la capacité médico-théorique entière retenue dans une activité adaptée. En

particulier, le recourant ne démontre pas en quoi les activités adaptées envisagées par l'autorité intimée, par exemple de surveillant de chantier, ne seraient plus adaptées aux limitations fonctionnelles liées à l'arthrose des épaules.

6.4. Il ressort de ce qui précède que, depuis la décision d'octroi d'un quart de rente du 27 octobre 2014, aucune aggravation réellement significative de l'état de santé du recourant, susceptible de réduire la pleine capacité de travail retenue dans une activité adaptée, n'était avérée au moment où la décision litigieuse a été rendue.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa.

La prise en compte d'un revenu d'invalidité statistique à 100%, sans diminution de rendement, doit dès lors être confirmée.

Il n'y a par ailleurs pas lieu de donner suite à la requête du recourant demandant la mise en œuvre d'un complément d'instruction, à tout le moins pas dans le cadre de la présente procédure de recours, l'évaluation de l'atteinte au niveau des épaules après la dernière opération - ultérieure à la décision querellée - ne sachant se discuter ici.

7.

Le recourant remet enfin en cause ses chances de pouvoir exercer une telle activité adaptée, sur un marché équilibré du travail. Plus précisément, il estime que son âge et les limitations fonctionnelles dues à ses différentes atteintes justifient un abattement supérieur à la réduction de 15% appliquée par l'autorité intimée.

Ce taux de 15%, qui avait été appliqué lors de l'octroi du quart de rente le 27 octobre 2014, avait déjà été contesté par le recourant, pour les mêmes motifs, dans son recours introduit à l'époque. Ses griefs avaient toutefois été écartés par la Cour, qui avait retenu que si son âge justifiait bien une certaine réduction, ce seul critère ne pouvait toutefois justifier un désavantage salarial maximal, faute de considérer que l'assurance-invalidité couvrirait également, à tout le moins en partie, le risque vieillesse. La Cour avait ainsi confirmé la réduction de 15% opérée par l'autorité intimée, estimant que cette dernière n'avait à tout le moins pas excédé son pouvoir d'appréciation à cet égard, au demeurant très large.

En reprenant aujourd'hui les mêmes griefs à l'encontre du taux d'abattement repris dans la nouvelle décision litigieuse, le recourant remet donc en cause sur ce point l'arrêt du 8 février 2016, entré en force.

Admettre aujourd'hui ces mêmes critiques reviendrait à accueillir des griefs tardifs qui auraient dû être formulés dans le cadre des voies de recours ordinaires, ce qui n'avait pas été fait à l'époque.

Dans la mesure où rien ne justifie de revenir sur ce point, il convient, une nouvelle fois, de confirmer le taux d'abattement de 15% opéré par l'OAI sur le revenu statistique d'invalidité, dans les limites de son large pouvoir d'appréciation de l'OAI à cet égard.

8.

Au vu de tout ce qui précède, la Cour estime que c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'augmenter le quart de rente octroyé au recourant, à défaut de modification sensible de l'état de santé susceptible d'avoir une incidence sur le taux d'invalidité qui avait été déterminé le 27 octobre 2014.

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Compte tenu de l'issue du litige, les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais.

Il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie.

la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision du 20 février 2018 est confirmée.

II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de frais du 6 avril 2018.

III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

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 1^{er} mai 2019/isc

Le Président :

La Greffière :