



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

608 2023 162

## **Arrêt du 27 mars 2025**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Présidente : Daniela Kiener  
Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud  
Greffier-rapporteur : Michel Bays

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Elio Lopes, avocat  
contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité – Nouvelle demande  
Recours du 23 novembre 2023 contre la décision du 24 octobre 2023

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1970, marié et père de 2 enfants adultes, est domicilié à B. \_\_\_\_\_. Originaire de C. \_\_\_\_\_, il est arrivé en Suisse en 1994 et travaillait depuis 2005 en tant que maçon auprès du même employeur, à plein temps. Victime de problèmes à la jambe gauche, découlant d'une hernie discale, il a présenté une incapacité totale de travail médicalement attestée à partir du mois de mai 2018. Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur. Il a subi une première opération du dos en septembre 2018. Comme l'évolution n'était pas favorable, il s'est soumis à une seconde intervention chirurgicale en mai 2019.

Alors que la situation était rassurante dans un premier temps et qu'une reprise de l'activité habituelle était envisagée à partir de janvier 2020, des difficultés sont progressivement apparues, notamment des douleurs neuropathiques à la jambe gauche ainsi que des douleurs cervicales. Cela a amené l'assuré à déposer une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), le 2 octobre 2019, vu la probable impossibilité pour lui de reprendre son activité sur les chantiers.

Se fondant sur le résultat d'un examen orthopédique et neurologique, l'assurance perte de gain maladie a annoncé en avril 2020 qu'elle mettait fin à ses indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> août 2020, en considérant que l'assuré était depuis lors apte à reprendre une activité adaptée à ses problèmes de santé, à plein temps.

Le 1<sup>er</sup> mai 2020, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), a confirmé cette exigibilité. A la même période, l'employeur a mis fin aux rapports de travail.

Par projet de décision du 27 juillet 2020, l'OAI a annoncé son intention d'accorder à l'assuré une rente entière entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 (soit au terme du délai d'atteinte d'une année) et le 30 juin 2020. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020, le droit à une rente serait en revanche nié, dès lors que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée, et que la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 11.34%.

En dépit des objections déposées par l'assuré, l'OAI a maintenu sa position par décision formelle du 12 avril 2021, laquelle n'a pas été contestée non plus.

B. Le 23 juin 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, faisant notamment valoir des problèmes lombaires, cervicaux et à l'épaule gauche, rapports médicaux à l'appui.

Le 13 décembre 2021, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste SMR, notait que si une aggravation semblait peu plausible concernant l'atteinte au rachis, une autre atteinte, à l'épaule gauche, n'avait pas été prise en considération dans la dernière décision. Il recommandait donc la tenue d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et neurologique, pour réexaminer si de nouvelles limitations fonctionnelles étaient apparues et si la capacité de travail dans une activité adaptée s'était modifiée.

Un mandat en ce sens a été confié au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, œuvrant tous deux au sein de H. \_\_\_\_\_ Sàrl. Dans leur rapport du 30 août 2022, l'expert en orthopédie a retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, tandis que l'expert en neurologie a conclu à une

incapacité complète. En consensus, les experts estimaient que *"la capacité de travail est nulle quelle que soit l'activité, y compris dans une activité adaptée, depuis le 18 mai 2019"*.

Le 26 octobre 2022, le médecin SMR E. \_\_\_\_\_ a constaté une nette discordance entre les avis des deux experts; il a en particulier remis en question l'avis du spécialiste en neurologie. Il a donc conclu à l'impossibilité de valider les conclusions de l'expertise, *"en raison de l'absence de consensus interdisciplinaire et en raison des défauts de l'expertise en neurologie"*.

L'OAI a derechef mis sur pied une nouvelle expertise bidisciplinaire, auprès de I. \_\_\_\_\_ cette fois. Dans leur rapport du 7 mai 2023, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ont conclu consensuellement à la persistance d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 12 mai 2023, l'OAI a annoncé son intention de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, en se fondant sur le résultat de l'expertise de I. \_\_\_\_\_. L'assuré a élevé différentes objections à cet égard et requis une prolongation de délai pour permettre à ses médecins traitants de se déterminer sur dite expertise. Se fondant sur un courrier de I. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2021 adressé à l'OAI, concernant la gestion des mandats d'expertise, il arguait que le fait de confier le résumé du dossier et la relecture de l'expertise à un secrétaire et à une juriste était contraire aux principes posés par la jurisprudence fédérale (ATF 146 V 9). Sur le fond, il reprochait aux experts d'avoir *"ignoré plusieurs éléments de nature clinique et diagnostique invalidants"*, et en particulier les résultats d'une IRM effectuée le 8 février 2022. Il critiquait également le fait qu'aucune expertise psychiatrique et neuropsychologique n'ait été mise en oeuvre, alors que des éléments allaient dans ce sens, notamment une demande de l'expert F. \_\_\_\_\_. Finalement, il contestait le calcul des revenus de valide et d'invalidé.

Invités par l'OAI à se déterminer sur les objections de l'assuré, les experts de I. \_\_\_\_\_ ont pris position le 12 octobre 2023. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a tout d'abord confirmé avoir *"pris connaissance personnellement des documents contenus dans le dossier AI"*. S'agissant du rapport d'IRM du 8 février 2022, il a indiqué qu'après comparaison avec celui du 4 décembre 2019, il n'apportait *"pas d'éléments susceptibles de modifier les conclusions de notre expertise"*. Il a ensuite contesté les reproches relatifs à certains passages de son expertise et expliqué les raisons qui lui ont permis de conclure à l'absence d'éléments objectifs en faveur d'un déficit d'origine radiculaire. Finalement, il a expliqué pourquoi il n'avait pas investigué plus avant les céphalées, en renvoyant notamment à une prise en charge par le neurologue traitant et en relevant l'absence d'éléments en faveur du caractère incapacitant desdites céphalées. S'agissant de la mise en place d'un examen psychiatrique et neuropsychologique, l'expert en neurologie a noté l'absence de plaintes cognitives et/ou psychiatriques durant l'examen. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il a admis ne pas avoir eu accès à l'IRM de février 2022 au moment de l'expertise et indiqué qu'il était possible que, si tel avait été le cas, *"la modification modic 1 C5/C6 aurait amené à des investigations complémentaires et qu'une stabilisation à ce niveau aurait pu être proposée"*. Il relevait néanmoins que *"les éventuelles irritations radiculaires étaient situées à droite alors que les plaintes de la personne assurée sont situées à gauche"* et estimait les chances d'amélioration par une nouvelle intervention chirurgicale inférieures à 50%.

Après avoir refusé de prolonger plus avant le délai pour se déterminer, l'OAI a rendu sa décision formelle le 24 octobre 2023. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon depuis le mois d'avril 2019, mais qu'il disposait encore d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, moyennant le respect de certaines limitations

fonctionnelles. La comparaison des revenus aboutissant à un degré d'invalidité de 28%, il lui a refusé l'octroi d'une rente.

C. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Elio Lopes, avocat à Fribourg, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 23 novembre 2023. Sous suite de frais et dépens, il conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2020, respectivement du 1<sup>er</sup> juin 2021 et, subsidiairement, à la mise en œuvre, par le Tribunal cantonal, d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de neurologie, d'orthopédie, de psychiatrie et de neuropsychologie, auprès de nouveaux experts.

A l'appui de ses conclusions, il demande à titre liminaire que la procédure soit suspendue jusqu'à droit connu sur le recours déposé le 14 septembre 2023 par un autre assuré auprès du Tribunal fédéral (9C\_570/2023), en lien avec la question de la délégation de la rédaction du résumé du dossier médical à un secrétaire médical du centre d'expertise. Il invoque ensuite que son droit d'être entendu a été violé à plusieurs titres. Il critique tout d'abord de ne pas avoir été informé de la démarche de l'OAI visant à obtenir un rapport complémentaire de la part des experts de I. \_\_\_\_\_, ni d'y avoir eu accès avant que la décision litigieuse ne soit rendue. Selon lui, l'OAI a tenté de soumettre une nouvelle expertise dans le but que les mêmes experts vérifient la cohérence de leur premier rapport et/ou le contrôlent, ce qui n'est pas conforme à la jurisprudence fédérale. Il se plaint également du fait que l'OAI ne lui a pas accordé de délai supplémentaire pour pouvoir produire de nouveaux rapports médicaux. Dans un grief supplémentaire, il allègue que l'OAI n'a, à tort, pas donné suite à sa demande d'instruire le volet psychiatrique et neuropsychologique; il reproche en substance aux experts de ne pas avoir tenu compte d'éléments ressortant de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, témoignant de la présence de facteurs psychiatriques et neuropsychologiques. Il conteste enfin la valeur probante de l'expertise de I. \_\_\_\_\_, en relevant tout d'abord que l'OAI n'a pas expliqué pourquoi il a privilégié cette dernière au détriment de celle de H. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, il constate que, contrairement à ce qu'il a fait pour l'expertise de I. \_\_\_\_\_, l'OAI n'a pas demandé aux experts de H. \_\_\_\_\_ de se déterminer sur les critiques formulées par le médecin SMR. Il requiert dès lors un complément d'expertise auprès de H. \_\_\_\_\_. Il revient en outre sur le résultat du scanner de février 2022, qui n'a pas été discuté dans l'expertise de I. \_\_\_\_\_ et qui est de nature à infirmer les conclusions de l'expert en orthopédie.

Il estime en bref que l'OAI aurait dû se référer aux conclusions des experts de H. \_\_\_\_\_ et lui accorder une rente entière sur cette base ou, à tout le moins, mandater de nouveaux experts.

Le 27 novembre 2023, il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

Le 28 février 2024, il complète son recours et produit spontanément deux rapports médicaux établis par ses psychiatres traitants en novembre 2023 et janvier 2024, dans le but de démontrer qu'il présentait une incapacité totale de travail pour des motifs psychiatriques, présents déjà au moment où la décision litigieuse a été rendue. Il fait également valoir la présence de troubles cognitifs à investiguer par un examen neuropsychologique, en se référant à l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, lequel avait émis le souhait de faire réaliser un complément neuropsychologique, avant de se raviser, du fait qu'il avait finalement attesté une incapacité totale de travail pour des motifs neurologiques. Il réitère dès lors ses conclusions.

Dans ses observations du 12 juin 2024, l'OAI revient tout d'abord sur le complément d'expertise requis par ses soins, en notant en particulier que l'examen IRM du 8 février 2022, non pris en compte dans l'expertise principale, n'en modifiait pas les conclusions. Il en allait de même des céphalées, dont les experts avaient estimé qu'elles n'avaient pas de caractère incapacitant. S'agissant de la requête visant à soumettre l'avis du médecin SMR du 6 octobre 2022 aux experts de H. \_\_\_\_\_, l'OAI indique avoir suivi l'avis dudit médecin quant à l'absence de valeur probante de l'expertise et à la nécessité d'en mandater une nouvelle, notamment du fait que les divergences entre les experts F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ étaient irrémédiables. Concernant le fait que les experts de I. \_\_\_\_\_ aient été réinterrogés par l'OAI après le dépôt de leur expertise, de même que leur complément d'expertise n'ait pas été communiqué au recourant avant le prononcé de la décision litigieuse, l'OAI indique que les questions supplémentaires avaient permis d'éclaircir plusieurs points soulevés dans le cadre des objections (opportunité d'une expertise psychiatrique et prise en compte de l'IRM du 8 février 2022), dans le respect de la jurisprudence fédérale. S'agissant enfin du grief relatif à la participation d'un tiers lors de la rédaction de l'expertise de I. \_\_\_\_\_, l'OAI confirme, à l'aune des explications fournies par le centre d'expertise, qu'aucun élément ne permettait de douter du fait que les experts avaient bel et bien pris directement et personnellement connaissance de l'ensemble du dossier. Il conclut dès lors au rejet du recours.

Par contre-observations du 20 septembre 2024, le recourant se plaint de ce que l'OAI n'a pas répondu au grief relatif à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique. Il produit une nouvelle fois les rapports médicaux de ses psychiatres traitants, et réitère sa requête tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise.

Dans ses ultimes remarques du 10 octobre 2024, l'OAI rappelle que la première expertise - à laquelle le recourant se réfère en invoquant le fait que le Dr F. \_\_\_\_\_ avait émis la nécessité d'un complément neuropsychologique, avant de se raviser - a été considérée comme non probante par le médecin SMR. Il ajoute qu'aucune atteinte psychiatrique n'existait au moment de la première demande de prestations, ni au moment de la seconde. Relevant que les deux experts de I. \_\_\_\_\_ avaient indiqué ne pas avoir repéré d'indices allant dans le sens d'une atteinte psychiatrique, l'OAI estime que l'instruction a été complète et que c'est à raison qu'aucune expertise psychiatrique et neuropsychologique n'a été effectuée. Il termine en constatant que les derniers rapports remis indiquent qu'un diagnostic de trouble dépressif n'a été posé qu'en novembre 2023 et qu'il semble réactionnel à l'évolution de la procédure AI.

Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **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.

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

En l'espèce, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où le droit à la rente débiterait avant cette date, la demande ayant été déposée en juin 2021.

3.

Par une première série d'arguments, le recourant invoque que son droit d'être entendu a été violé à divers titres. Il critique d'abord le fait que l'OAI ne lui ait pas transmis un exemplaire du rapport complémentaire du 12 octobre 2023, ni d'ailleurs informé de cette démarche avant le prononcé litigieux, ainsi que refusé de lui accorder un délai supplémentaire pour permettre à ses médecins traitants de prendre position sur l'expertise de I.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, il considère que le fait que l'OAI n'ait pas demandé aux experts de H.\_\_\_\_\_ de se déterminer sur les critiques formulées par le médecin SMR (cf. rapport du 26 octobre 2022) alors qu'il l'a fait pour l'expertise de I.\_\_\_\_\_, constitue également une violation grave de son droit d'être entendu. Il requiert qu'un complément d'expertise soit organisé auprès des experts de H.\_\_\_\_\_ ou, à tout le moins, qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit réalisée par d'autres experts.

3.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst.; RS 101), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), 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 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêt TF 4A\_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1).

L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités).

On rappellera que le refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu des parties que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3; 141 I 60 consid. 3.3).

Si le droit d'être entendu garantit le droit de se déterminer sur les différentes pièces versées au dossier, la personne assurée ne saurait en déduire le droit d'avoir "*le dernier mot sur le plan médical*" (arrêt TF 9C\_433/2023 du 12 mars 2024).

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).

3.2. En l'espèce, il ressort du dossier que l'OAI a notifié son projet de décision le 12 mai 2023. Le 12 juin suivant, l'assuré a émis des objections, en demandant d'attendre l'obtention de l'avis de ses médecins traitants. Après avoir accordé un délai jusqu'au 7 août 2023, l'OAI a refusé, le 9 août 2023, de le prolonger une nouvelle fois jusqu'au 15 octobre 2023, comme requis par l'assuré. Il a rendu sa décision le 24 octobre 2023, non sans avoir réclamé un avis complémentaire de la part des experts de I. \_\_\_\_\_, en relation avec lesdites objections, que ces derniers ont remis le 12 octobre 2023.

Amenée à statuer, la Cour constate qu'entre le moment où l'assuré a déposé ses objections et celui où la décision litigieuse a été rendue, le recourant a disposé de plusieurs mois pour produire de nouvelles pièces. Qui plus est, même si l'autorité intimée a refusé de prolonger jusqu'au 15 octobre 2023 le délai pour ce faire, comme requis par le recourant, elle a néanmoins de fait attendu plus d'une semaine après cette date pour rendre sa décision. Ce dernier est donc malvenu de se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu, dès lors qu'il a disposé d'un laps de temps amplement suffisant pour répliquer.

La situation est plus délicate en ce qui concerne l'avis complémentaire du 12 octobre 2023, requis par l'OAI auprès des experts de I.\_\_\_\_\_. En effet, l'assuré n'a non seulement pas été informé par l'OAI de sa démarche auprès des experts, mais aussi et surtout leur réponse ne lui a pas été communiquée avant que la décision litigieuse ne soit rendue.

Le fait de ne transmettre le contenu de cette prise de position qu'à l'appui de la décision constitue effectivement une violation du droit d'être entendu de l'assuré. Toutefois, dans la mesure où le document litigieux n'a pas modifié la position des experts, ni la motivation principale et le résultat de la décision, et n'a en soi servi qu'à répondre à ses objections et à s'assurer que ces dernières ne modifiaient pas le résultat envisagé dans le projet, la Cour retient que cette violation a pu être réparée dans le cadre de la présente procédure, soumise à la maxime d'office.

La Cour constate par ailleurs que l'assuré a été en mesure d'en prendre connaissance avant d'interjeter son recours, ainsi que cela ressort de son mémoire, et de se déterminer utilement à cet égard. Il convient donc d'admettre que la violation du droit d'être entendu a, à tout le moins, pu être guérie dans le cadre de la présente procédure. Cette solution s'impose également pour des motifs d'économie de procédure, dès lors qu'un renvoi à l'autorité intimée pour réparer ce vice aboutirait à une décision identique, si l'on s'en tient au contenu de ses observations.

Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu peut dès lors être écarté.

4.

4.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).



4.2. 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

4.3. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

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, tandis que la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité.

4.4. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 64 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b).

Selon l'art. 17 LPGGA, 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. 74<sup>ter</sup> let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

4.5. Dans le domaine des assurances sociales, 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, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 et les références).

5.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi d'une rente entière.

Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de nouvelle demande, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié, en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue.

5.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est celle rendue le 12 avril 2021 (dossier AI p. 248), qui a nié à l'assuré le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

L'OAI s'était alors principalement basé sur les conclusions de l'expertise réalisée à la demande de l'assurance perte de gain maladie par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, et par la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, œuvrant tous deux au sein du centre d'expertises N.\_\_\_\_\_.

Dans le rapport du 1<sup>er</sup> avril 2020 (dossier AI p. 133), l'experte en neurologie avait retenu le diagnostic d'une anomalie de la racine nerveuse spinale L5 à gauche. Le constat clinique allait dans le sens d'un léger syndrome déficitaire au niveau L5, mais pas d'un syndrome vertébral. Aucune corrélation clinique n'avait pu être apportée en lien avec les plaintes cervicales et l'anamnèse orientait plutôt vers une migraine. Pour sa part, l'expert en orthopédie posait le diagnostic d'une spondylodèse L6/L5 (08/2019). Relatant que l'assuré se plaignait avant tout de douleurs au bas du dos se prolongeant dans le membre inférieur gauche, il constatait que l'examen clinique ne corroborait pas la présence d'une atteinte significative. De même, aucun élément clinique ne venait appuyer les céphalées.

En consensus, les experts avaient conclu que la capacité de travail de l'assuré était désormais nulle dans son activité habituelle mais que, dans une activité adaptée, aucune diminution de la capacité de travail ne pouvait être attestée, en l'absence de trouble spontané de la mobilité et d'atteinte grave au niveau spinal ou radiculaire, et en présence d'indices de maintien des activités quotidiennes, ainsi que d'éléments allant dans le sens d'une présentation démonstrative des limitations et des plaintes.

## 5.2.

5.2.1. A la suite de la dernière demande de prestations, déposée en juin 2021 (dossier AI p. 267), le médecin SMR a résumé la situation en ces termes, dans un rapport établi le 19 décembre 2021 (dossier AI p. 490): *"Au niveau du rachis, il semble surtout que les plaintes subjectives augmentent, mais la situation ne semblerait pas aggravée de manière objective et déterminante, surtout pour ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite dans l'expertise réalisée par l'APG en date du 01.04.2020 (voir rapports SMR précédents). Au niveau de l'épaule gauche, une problématique de troubles dégénératifs de la coiffe est décrite (personne gauchère). La situation est un peu complexe car, d'une part cette atteinte n'est pas nouvelle et était déjà connue lors de votre dernière décision, comme les investigations décrites dans les rapports médicaux le témoignent. D'une autre part, l'expertise de l'APG ne retenait pas de problématique objective au niveau de l'épaule gauche, ce qui discord avec les investigations versées actuellement au dossier. D'un point de vue purement médical, nous avons donc une atteinte (rachis) pour laquelle on peut légitimement se demander si une aggravation est plausible ou pas. Nous avons toutefois une autre atteinte (épaule gauche), qui n'était pas prise en compte lors de votre dernière décision et qui concerne l'épaule dominante"*.

5.2.2. Cela a conduit à mettre sur pied une première expertise bidisciplinaire, orthopédique et neurologique, confiée au Dr G. \_\_\_\_\_ et au Dr F. \_\_\_\_\_, œuvrant au sein de H. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 30 août 2022 (dossier AI p. 669), ceux-ci ont tout d'abord rappelé les motifs et circonstances de l'expertise, procédé à une synthèse commune du dossier médical, dont il ressort en résumé que les plaintes de l'assuré portaient d'abord sur la jambe et la région lombaire gauche, puis au niveau cervical ainsi que de l'épaule gauche.

L'orthopédiste présente le contenu de son entretien avec l'assuré, y compris l'anamnèse, et procède ensuite à l'examen clinique. Les diagnostics retenus (status après cure de hernie discale L4-L5, status après spondylodèse L4-L5, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse L4-L5 et radiculopathie L5 gauche chronique) entraînent différentes limitations fonctionnelles (pas de marche prolongée et/ou en terrain irrégulier, port de charges limité à 10kg, pas de travail accroupi ou à genoux ou en porte-à-faux). Il convient donc de privilégier *"une activité professionnelle permettant les positions assises ou l'alternance des position debout et assise"*. D'emblée, l'expert relève de nombreuses incohérences, donnant l'impression *"d'une très nette amplification des symptômes de*

*la part de l'expertisé*". Il note également que les différents spécialistes impliqués dans le dossier convergeaient vers une capacité de travail d'environ 50%. Il conclut à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de maçon; en revanche, dans une activité respectant les limitations précitées, une capacité de l'ordre de 50% demeure exigible selon lui.

Le neurologue rappelle tout d'abord l'évolution du suivi médical et relate les plaintes de l'assuré, soit d'une part des douleurs lombaires à gauche avec pygalgie irradiant dans la fesse, une claudication neurogène périphérique et une radiculopathie L5 gauche algique et déficitaire sensitive et, d'autre part, des douleurs à l'épaule gauche et de la région cervicale, avec des sensations de brûlure, irradiation, diminution de la force, paresthésies et fourmillements. Après établissement de l'anamnèse et passation de l'examen clinique, l'expert retient principalement un diagnostic de *failed back surgery* pour le membre inférieur gauche et de syndrome cervico-brachial bilatéral à prédominance gauche atypique. Selon lui, une reprise trop précoce de l'activité de maçon à 100%, 3 mois après l'opération de la hernie discale, en septembre 2018, a entraîné une récurrence que les interventions ultérieures n'ont pas réussi à juguler. L'impact fonctionnel est "assez cohérent" s'agissant de la problématique lombaire et de la jambe gauche, il est en revanche plus difficile à expliquer pour l'épaule gauche. Bien que relevant certaines incohérences, l'expert retient globalement une bonne collaboration, sans notion avérée d'exagération. L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle de maçon, mais également dans toute activité adaptée: "Avec les douleurs et un bras gauche dominant douloureux, aucun travail manuel ne peut être envisagé. Un travail intellectuel est hors de sa portée y compris les capacités d'apprentissage, un travail de surveillance serait limité au maintien de postures qu'il ne peut pas assumer. L'exigibilité est donc nulle. La capacité est de 0% et l'incapacité à 100% sur le plan neurologique".

Dans la partie consensuelle de l'expertise, chaque point est présenté de façon séparée, pour le volet orthopédique et neurologique, reprenant en grande partie des passages figurant dans les volets respectifs. Un bref résumé interdisciplinaire, figurant en toute fin d'expertise, est rédigé comme suit: "La capacité de travail est nulle quel que soit l'activité y compris dans une activité adaptée depuis le 18.05.2019. Une stimulation médullaire et/ou radiculaire spinale pourrait diminuer la douleur mais ne permettrait pas de reprendre un travail de force. Sur le membre supérieur il n'est pas certain qu'une chirurgie cervicale puisse l'améliorer, car il restera le problème périarticulaire, mais un essai antalgique de toxine botulique dans les trapèzes et les muscles para cervicaux pourraient améliorer la douleur musculaire. Je ne me prononce pas sur la thérapie de la rupture partielle du tendon du sus-épineux. Une diminution partielle des douleurs pourrait être envisagée par les mesures proposées, mais la capacité de travail ne sera pas améliorée".

Le 26 octobre 2022, le médecin SMR E. \_\_\_\_\_ prend position de façon approfondie sur l'expertise précitée (dossier AI p. 762). En résumé, il constate "une nette discordance d'avis entre l'orthopédiste et le neurologue, qui ont toutefois examiné les mêmes problématiques et qui devraient logiquement parvenir aux mêmes conclusions". Ce désaccord est selon lui particulièrement flagrant concernant la collaboration de l'assuré et l'amplification des symptômes. Dans ce contexte, l'incapacité totale de travail dans une activité adaptée attestée par le neurologue est incompréhensible et semble être influencée par des facteurs extra-médicaux. Le médecin SMR remet également en cause l'évaluation interdisciplinaire, qui échoue à fournir un consensus argumenté et motivé entre les experts. La faute notamment à l'absence de discussion globale approfondie: "La discordance nette entre les constatations et les avis des experts n'est pratiquement pas abordée et – au final – seulement les conclusions du neurologue sont retenues". Il n'est dès lors pas en mesure de valider les conclusions de cette expertise. Considérant l'écart d'appréciation entre

les experts comme "irréversible", il estime qu'il n'est "pas possible de soumettre des questions complémentaires au centre d'expertise". Il déplore également l'absence de comparaison de l'état de santé de l'assuré, nécessaire dans le cadre d'une nouvelle demande.

5.2.3. C'est ce qui a conduit à la mise sur pied d'une nouvelle expertise, auprès de I. \_\_\_\_\_ cette fois. Le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, ont remis leur rapport le 7 mai 2023 (dossier AI p. 810). Ceux-ci rappellent tout d'abord les motifs et circonstances de l'expertise et présentent une brève synthèse du dossier.

Sur le plan orthopédique, l'expert décrit tout d'abord le contenu de son entretien avec l'expertisé, y compris son anamnèse, puis passe à l'examen clinique, au terme duquel il retient le diagnostic incapacitant de lombalgies persistantes après traitement chirurgical avec possible meralgie paresthésique gauche. Des douleurs à l'épaule gauche (avec diminution de la mobilité active sans répercussion sur la musculature et sans lésion expliquant la symptomatologie) et des cervicalgies chroniques, sans contrainte radiculaire, sont considérées comme sans influence sur la capacité de travail. Selon lui, l'ancienne activité n'est plus exigible. En revanche, une activité adaptée (sédentaire avec possibilité de changement de positions, sans accroupissement ni travail à genoux, pas d'échelle ni d'échafaudage, pas de charges de plus de 5 kg, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire, pas de longue marche) demeure possible à plein temps, avec un rendement diminué de 20% en raison de l'augmentation des pauses.

Sous l'angle neurologique, l'expert relate d'abord les explications fournies par l'assuré sur sa situation, ainsi que ses plaintes (lombalgies, perte de sensibilité à la jambe gauche, cervicalgies, faiblesse du membre supérieur gauche, perte de sensibilité et fourmillements aux mains). Après une anamnèse médicale détaillée et l'examen clinique, il retient les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail: troubles dégénératifs du rachis lombaire et status après 3 interventions au niveau lombaire (discectomie et décompression radiculaire L4-L5 gauche, spondylodèse, ablation du matériel d'ostéosynthèse et maintien de la cage). Des cervicalgies et céphalées d'origine mixte ainsi qu'une hernie discale C5-C6 gauche et C6-C7 sont considérées comme non incapacitantes, tandis que des douleurs à l'épaule gauche sont qualifiées de comorbidité. A l'évaluation, l'expert résume qu'au niveau lombaire, "les troubles dégénératifs et les discopathies ont entraîné une atteinte radiculaire L5 gauche, responsable d'une légère faiblesse dans le myotome L5 et un déficit sensitif dans le dermatome correspondant. La faiblesse a régressé, ce qu'atteste le neurologue, en mai 2021, et que confirme notre examen clinique". Il ajoute que son examen "diffère sensiblement de celui rapporté dans l'expertise effectuée en août 2022". Sur la base de différents constats cliniques, il indique qu'"à l'exception du dermatome L5, la répartition du déficit sensitif ne correspond donc pas à une distribution anatomique. C'est ce qui faisait conclure le Dr O. \_\_\_\_\_, neurologue, à une composante « fonctionnelle » surajoutée". Il note également que les arguments pour asseoir le diagnostic de meralgie paresthésique, évoqué par son co-expert orthopédiste, manquent. Au niveau cervical et des épaules, il indique que "là aussi, la situation a notablement évolué depuis août 2022". Comparant les indications fournies par l'assuré et le résultat de l'examen clinique, il conclut, à l'instar du neurologue traitant, à l'absence d'anomalie objective en faveur d'une atteinte structurelle nerveuse en particulier d'une radiculopathie C5-C6 bilatérale. Selon lui, les cervico-brachialgies sont plutôt en relation avec une contracture du trapèze, voire de la musculature supra-scapulaire, qui pourrait favoriser une céphalée. Concernant ces dernières, l'expert privilégie une origine migraineuse, en se basant sur l'anamnèse. Bien qu'un avis neurologique serait nécessaire pour poser un diagnostic avec certitude, il relève que cet élément ne présente en lui-même pas de

caractère incapacitant. Au final, l'expert en neurologie estime que la situation est comparable à celle qui prévalait lors de l'expertise d'avril 2020 et conclut à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, une baisse de 20% (par rapport à l'expertise de 2020) étant liée à une baisse de rendement découlant des douleurs résiduelles nécessitant un traitement antalgique relativement lourd. Conscient de la divergence de ses conclusions avec celle émises en 2022, il suppose "*que celles-ci reposaient sur l'intensité des plaintes, sur un examen neurologique considéré comme largement plus déficitaire voire sur des éléments non médicaux (niveau de formation, âge de l'expertisé, retrait social, manque de motivation à reprendre une activité professionnelle)*".

En consensus, les experts résument les problématiques orthopédique et neurologique et exposent ensuite une "*explication/motivation des diagnostics actuels*". L'expert en orthopédie admet que "*les lombalgies peuvent exister après le parcours orthopédique de l'assuré (3 interventions au niveau du rachis. Au niveau de l'épaule gauche, les examens complémentaires ne montrent pas de lésion pouvant les expliquer)*"; l'absence d'atrophie musculaire laisse également penser à une mobilisation suffisante. Finalement, il estime que les éléments ressortant de l'IRM cervicale du 4 décembre 2019 (discopathies étagées, avec un bombement discal postérieur accompagné d'une petite hernie provoquant un rétrécissement foraminal gauche) ne permettent pas d'expliquer les plaintes. De son côté, l'expert en neurologie rappelle les différentes interventions pratiquées entre 2018 et 2020 ainsi que la reprise des lombosciatalgies en 2021; il constate que "*l'imagerie et un bilan neurologique montrent cependant que la situation reste stable alors qu'on note une diffusion des troubles sensitifs sur l'ensemble du membre inférieur gauche, sans déficit moteur*". Concernant les cervico-brachialgies, apparues fin 2019, il note que le neurologue traitant "*ne relève aucune anomalie objective en faveur d'une atteinte structurelle nerveuse en particulier d'une radiculopathie C5-C6 bilatérale*" et que cette problématique pourrait provenir de l'épaule, "*où l'imagerie révèle une bursite et une petite déchirure tendineuse*". S'agissant enfin des céphalées, l'expert estime que "*la description évoque une origine tensionnelle en relation avec une contracture paracervicale, sans pouvoir exclure une composante migraineuse surajoutée*". Relevant la présence de facteurs de surcharge (faible volonté de retravailler, passivité dans les tâches ménagères) ainsi qu'un manque de cohérence entre l'intensité des plaintes et le status clinique, les experts retiennent consensuellement une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité, mais une capacité de 80% dans une activité adaptée. La baisse de 20% est liée "*aux limitations fonctionnelles, aux douleurs résiduelles et aux effets secondaires de la médication antalgique*".

Après réception de cette expertise, l'OAI a immédiatement adressé un projet de décision à l'assuré (dossier AI p. 873), à l'encontre duquel ce dernier adressera des objections.

5.2.4. C'est dans ce contexte que l'OAI a obtenu la production du rapport de l'IRM effectuée le 8 février 2022 par P. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 926), dont les conclusions sont les suivantes: "*Unco-discarthrose C5-C6 prédominante à droite avec œdème médullaire (Modic 1) et débord discal ostéophyttaire associée à une mise à l'étroit des racines C6 des deux côtés à hauteur des neuroforamens prédominant à droite. Débord discal C4-C5 avec mise à l'étroit la racine C5 droite à hauteur du neuroforamen. Mise à l'étroit du myélon à hauteur de C5-C6, sans anomalie de signal associé*".

L'OAI a demandé aux experts de I. \_\_\_\_\_ de se prononcer au sujet des objections du recourant. Dans une réponse du 12 octobre 2023 (dossier AI p. 933), le Dr J. \_\_\_\_\_ précise d'emblée avoir "*pris connaissance personnellement des documents contenus dans le dossier AI*" et ajoute que "*s'il a lu le résumé des différentes pièces, dans la rédaction de son rapport d'expertise, il se réfère exclusivement aux documents du dossier*". Il prend ensuite position au sujet de l'IRM de février 2022,

qu'il compare à celle de 2019, dont il disposait au moment de son expertise, et retient en substance qu'elle *"n'apporte donc pas d'éléments susceptibles de modifier les conclusions de notre expertise"*. Revenant sur les remarques de l'assuré au sujet du volet neurologique, l'expert les réfute l'une après l'autre. Il explique en particulier les éléments sur lesquels il s'est basé pour conclure *"à l'absence d'éléments objectifs, sur le plan clinique, qui permettent de conclure à un éventuel déficit d'origine radiculaire"*, ce qui explique également l'absence de diagnostics précis selon la CIM-10. S'agissant du reproche de ne pas avoir procédé à des investigations complémentaires neurologiques afin d'examiner l'origine des céphalées, l'expert indique s'être fondé sur les renseignements fournis par l'assuré pour conclure à des céphalées d'origine mixte, de type migraineux. Il a estimé que la prise en charge relevait du neurologue traitant et que ce type d'atteinte ne présentait qu'exceptionnellement un caractère incapacitant. Finalement, l'expert justifie ne pas avoir émis d'indication à un examen neuropsychologique, en l'absence de plaintes portant sur les fonctions cognitives. De même, relève-t-il l'absence d'indice faisant soupçonner une atteinte psychiatrique sous-jacente durant son examen. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il relève que l'IRM de 2022, absente du dossier au moment de l'expertise, témoigne de lésions identiques aux précédents clichés, à l'exception d'une lésion modic 1 au niveau C5/C6. Il constate que *"les éventuelles irritations radiculaires sont situées à droite alors que les plaintes de la personne assurée sont situées à gauche"* et que *"le status du Dr Q. \_\_\_\_\_ est identique à celui effectué lors de l'expertise à l. \_\_\_\_\_"*. Il concède qu'*"il est possible que si l'IRM du 08.02.2022 avait été vue, la modification modic 1 C5/C6 aurait amené à des investigations complémentaires et qu'une stabilisation à ce niveau aurait pu être proposée. Malgré tout, la probabilité que la personne assurée soit réellement améliorée par une intervention chirurgicale est, à mon avis, inférieure à 50%"*. Il ajoute que le Dr Q. \_\_\_\_\_ admettait lui-même que *"l'intervention proposée pourrait n'avoir qu'un effet limité"*.

C'est sur cette base que la décision querellée a été rendue par l'OAI, le 24 octobre 2023.

6.

En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué depuis la dernière décision, au point d'impacter désormais sa capacité de gain.

La Cour relève d'emblée que le dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI, en juin 2021, très peu de temps après une décision de refus de rente rendue en avril 2021 sur la base d'une expertise bidisciplinaire, implique d'être relativement strict sur la présence d'une aggravation de l'état de santé. Lors de l'expertise effectuée en 2020, les plaintes se concentraient sur la problématique lombaire et à la jambe gauche, ainsi qu'au niveau cervical et des épaules. Quand bien même cette dernière problématique (épaules) était déjà connue et documentée, le fait qu'elle n'ait pas véritablement été approfondie dans le cadre de l'expertise de N. \_\_\_\_\_ a incité le médecin SMR à recommander la mise sur pied d'une nouvelle expertise et entrer ainsi en matière sur la nouvelle demande déposée en juin 2021, à la suite de la décision de refus de rente rendue en avril précédent.

C'est ainsi qu'une expertise disciplinaire, orthopédique et neurologique, a été réalisé auprès de H. \_\_\_\_\_, dont les experts ont retenu en substance une incapacité de travail totale et définitive dans toute activité. L'OAI, se fondant sur l'avis de son médecin généraliste SMR, a toutefois jugé cet avis non probant (dossier AI p. 490), ce qui a conduit à une nouvelle expertise auprès de l. \_\_\_\_\_ qui, moins d'une année plus tard, a estimé que l'assuré disposait encore d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est sur celle-ci que l'OAI s'est fondé pour rendre la décision litigieuse.

La Cour constate que les spécialistes en orthopédie et en neurologie de ces deux centres d'expertise ont abouti, dans un intervalle de moins d'une année, à des conclusions pour le moins divergentes, non seulement entre elles, mais aussi par rapport aux avis des autres spécialistes consultés par l'assuré, et en particulier le chirurgien orthopédiste traitant. Il ressort en effet du rapport de consultation établi le 10 février 2022 (dossier AI p. 928), soit environ 6 mois avant l'expertise de H. \_\_\_\_\_, que le Dr Q. \_\_\_\_\_ envisageait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, en se basant sur l'IRM du 8 février 2022. Cette appréciation était également partagée par la généraliste traitante le 15 décembre 2021 (dossier AI p. 624) et par le Dr R. \_\_\_\_\_ le 12 octobre 2021 (dossier AI p. 326). Quant au neurologue traitant, le Dr O. \_\_\_\_\_, il indiquait, le 27 mai 2021 (dossier AI p. 498) qu'*"abstraction faite des troubles sensitifs étant devenus diffus à la jambe gauche, signe d'une certaine surcharge fonctionnelle, l'examen clinique et l'évaluation électrophysiologique actuels se montrent superposables aux ceux de l'évaluation précédente d'octobre 2019"*.

Dans ce contexte, les explications énoncées par le médecin SMR le 26 octobre 2022 (dossier AI p. 762) ne sont pas dénuées d'intérêt: celui-ci prend en effet soin d'évaluer de manière approfondie les positions des experts de H. \_\_\_\_\_ et il remarque en particulier les discordances présentes entre les deux avis experts. Il remarque en particulier que l'expert en orthopédie souligne la présence de *"nombreuses incohérences"* et d'une *"nette amplification des symptômes"*, contrairement à son co-expert, lequel évoque pour sa part des facteurs non médicaux. Cette divergence ne trouve pas de dénouement dans la discussion consensuelle, où les positions respectives se côtoient sans se rejoindre. Le médecin SMR regrette également l'absence d'examen de l'évolution de la situation médicale depuis la précédente expertise. Sur la base de ce qui précède, celui-ci a conclu en ces termes: *"Il ne semble pas possible de soumettre des questions complémentaires au centre d'expertise, car l'écart d'appréciation entre les experts paraît irrémédiable: l'un ou l'autre devrait changer de manière diamétrale son avis, ce qui ne ferait que de jeter encore plus de doutes sur la crédibilité du rapport d'expertise"*.

Ces explications emportent la conviction de la Cour: le constat d'ensemble effectué par le médecin SMR soulève effectivement un doute non négligeable sur la cohérence de l'expertise remise par H. \_\_\_\_\_. Ce médecin explique en outre, de façon concluante, les raisons qui l'ont motivé à renoncer à obtenir de ces experts un complément et à privilégier la tenue d'une nouvelle expertise auprès d'un autre centre. A l'instar du médecin SMR, la Cour retient qu'il ne s'agissait pas simplement d'obtenir un complément (ponctuel) sur un aspect particulier de l'expertise, mais que cela aurait vraisemblablement conduit à une refonte significative du rapport desdits experts.

Il s'ensuit le rejet de la requête visant à obtenir une détermination des experts de H. \_\_\_\_\_ au sujet du rapport du médecin SMR du 26 octobre 2022.

7.

7.1. S'agissant de l'expertise réalisée par I. \_\_\_\_\_, sur laquelle l'OAI s'est basé pour rendre la décision litigieuse, le recourant invoque tout d'abord un vice formel à son égard, critiquant en substance le fait que la rédaction du résumé du dossier médical ait été confiée à un(e) secrétaire médical, ce qui serait contraire aux principes posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 146 V 9.

Pour ce faire, il se réfère en particulier à un courrier produit par ses soins à l'appui de ses objections du 12 juin 2023, adressé le 16 décembre 2021 par I. \_\_\_\_\_ à l'OAI (dossier AI p. 905), dans lequel le centre d'expertise a fourni des explications sur la gestion des mandats d'expertise, pour ce qui concerne la partie *"résumé du dossier"* et *"relecture"*. Il indiquait ce qui suit: *"Nous travaillons*



*avec plusieurs personnes pour la préparation des résumés des pièces au dossier AI. Ces personnes ont été formées par notre centre et n'effectuent aucune autre tâche, elles sont donc spécialisées dans ce travail. L'équipe est composée de secrétaires et de secrétaires médicales. Notre juriste [...] supervise ce travail".*

Ajoutant que, dans la décision litigieuse, l'OAI s'était fondé sur un arrêt rendu par la 1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales du Tribunal de céans (arrêt TC FR 605 2022 7 du 13 juillet 2023) pour prétendre que I. \_\_\_\_\_ pouvait procéder de la sorte, le recourant invoque avoir déposé un recours auprès du Tribunal fédéral (9C\_570/2023) contre l'arrêt cantonal en question et requiert que la présente procédure soit suspendue jusqu'à droit connu à cet égard.

7.2. Appelée à statuer, la Cour de céans constate que cet argument a déjà été invoqué par le même mandataire, en particulier dans le cadre d'un recours introduit par-devant la 1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales (arrêt TC FR 605 2022 74 du 6 mars 2023). Or, le Tribunal fédéral a été amené à se prononcer à cet égard: dans un arrêt rendu le 17 novembre 2023 déjà (arrêt TF 8C\_267/2023 consid. 6) concernant qui plus est le même centre d'expertise, il a notamment retenu que *"la relecture finale de l'expertise [...] par une juriste, dont on peut admettre qu'il s'agissait d'un contrôle de qualité avec essentiellement pour objectif d'en vérifier le contenu sur un plan formel ainsi que le caractère complet et compréhensible pour un juriste ne disposant pas de connaissances médicales échappe dès lors à la critique"*. S'agissant du résumé du dossier médical, la Haute Cour a distingué *"l'activité intellectuelle déployée dans ce cadre par un médecin de celle d'un secrétaire d'un centre d'expertises"* et a retenu en substance qu'*"en établissant son rapport final et en le signant, l'expert se porte garant du rapport dans son intégralité, y compris de la synthèse du dossier, que celle-ci ait été effectuée par lui-même, par un autre médecin ou par un membre du personnel non médical d'un centre d'expertises. Ainsi, en l'absence de sérieux indices laissant penser que l'expert n'a pas exécuté son mandat dans les règles de l'art, on ne saurait nier la valeur probante de son expertise au seul motif qu'un secrétaire a procédé à la synthèse du dossier"*.

7.3. Se fondant sur les considérations qui précèdent, la Cour de céans note d'emblée que le recourant se réfère principalement à un courrier datant du mois de décembre 2021, dans lequel le centre d'expertise I. \_\_\_\_\_ fournit des explications générales relativement au résumé du dossier et à la relecture finale des expertises (cf. ci-dessus). De l'avis de la Cour, ce document, visiblement établi sans rapport direct avec le cas d'espèce, ne permet pas de remettre en question le bien-fondé de l'expertise, dans la mesure où il n'est pas démontré qu'il s'applique (encore) au cas d'espèce. Quand bien même cela serait le cas, il s'avère que cet argument n'est pas pertinent, pour les raisons ci-après.

Il convient tout d'abord de constater que le recourant, au terme d'un long exposé relatant des éléments relatifs à une autre procédure (608 2022 7), allègue que *"la jurisprudence du Tribunal fédéral interdit que la tâche de rédaction du résumé du dossier médical soit confié à un collaborateur administratif non médecin"*. Or, cette affirmation est en effet clairement contredite par la jurisprudence rappelée ci-dessus et doit donc être écartée. De même, le fait que le résumé contienne des éléments d'anamnèse n'est, à lui seul, pas rédhibitoire non plus; au contraire, il semble logique qu'il fasse état de tels éléments.

Ce qui est déterminant, en pareille situation, c'est que des éléments importants n'aient pas été omis. Or, rien ne ressort de tel en l'espèce et le recourant ne le démontre pas. Au demeurant, les experts ont confirmé, en préambule de l'expertise, que leur *"rapport a été établi après examen clinique de [l'assuré] après lecture attentive du dossier mis à notre disposition"* et dans le respect des règles de

l'art. Aussi, le fait que, dans le complément d'expertise, le spécialiste en orthopédie n'ait pas réitéré avoir pris connaissance personnellement des documents contenus dans le dossier AI, contrairement à son confrère, ne saurait remettre son avis en question.

En l'absence d'indice sérieux et concret, il n'est pas possible de penser que la rédaction du résumé des rapports médicaux était entachée d'erreurs ou d'omissions, respectivement que les experts n'auraient pas pris connaissance de la totalité du dossier médical. Ce grief doit par conséquent être rejeté.

Il convient au surplus de constater que les autres critères formels pour pouvoir confirmer la valeur probante d'une expertise sont remplis. Les experts ont en effet procédé à un examen personnel de l'assuré et ont pris en considération ses plaintes, ont tenu compte de l'anamnèse et de l'ensemble des documents pertinents à disposition, de sorte que les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Ils ont ensuite procédé à un examen clinique du recourant, au terme duquel ils ont livré leurs propres constatations et observations, avant de livrer également une évaluation médicale interdisciplinaire. Les conclusions des experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute au vu des pathologies incriminées, ne laissant ainsi pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

Sur le plan strictement formel, cette dernière satisfait donc aux exigences jurisprudentielles quant à la valeur probante des documents médicaux. Il s'ensuit le rejet de la requête de suspension de la procédure pour ce motif.

8.

Sur le plan matériel, le recourant allègue que les experts de I. \_\_\_\_\_ "ont ignoré plusieurs éléments objectifs de nature clinique et diagnostique invalidants", et n'ont en particulier pas tenu compte du résultat de l'IRM de la colonne cervicale du 8 février 2022.

L'OAI estime pour sa part que l'expertise est probante et qu'il convient de se rallier, sur la base des pathologies arrêtées, à la capacité de travail retenue par les experts, à savoir 80% dans une activité adaptée. Il estime que l'IRM précitée ne modifie pas les conclusions de l'expertise.

Le recourant le conteste, en invoquant notamment le fait que la détermination complémentaire des experts du 12 octobre 2023 contient des éléments contradictoires et/ou flous, qui auraient dû amener l'OAI à écarter ce rapport d'expertise et à privilégier celui de H. \_\_\_\_\_.

8.1. Amenée à trancher cette question, la Cour relève d'emblée que le rapport d'IRM du 8 février 2022 ne figurait effectivement pas au dossier que l'autorité intimée avait mis à disposition des experts, ce point n'est pas contesté. Ce document n'a été finalement versé au dossier qu'au début octobre 2023, à la suite des objections de l'assuré. Il a été soumis aux experts dans la foulée, lesquels ont pris position le 12 octobre 2023 (dossier AI p. 933).

Avant d'en rappeler le contenu, il est utile de rappeler le dossier médical y relatif, et tout particulièrement les précédents examens d'IRM cervicale.

8.1.1. Un premier rapport d'IRM cervicale du 4 décembre 2019 (dossier AI p. 122) note ceci: "*On retrouve des discopathies étagées du rachis cervical avec un important bombement disco-ostéophytique postérieur en C5-C6 à l'origine d'un rétrécissement foraminal prédominant à droite et*

*un bombement discal postérieur avec petite hernie médiane et minime rétrécissement foraminaux gauche en C6-C7".*

Le 4 février 2020 (dossier AI p. 194), le Dr Q. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste traitant, analyse la situation comme suit: *"Ce jour, le patient consulte avec une IRM de la colonne cervicale car lors de la dernière consultation pour le rachis lombaire, il se plaignait d'une douleur au niveau de la face latérale de l'épaule gauche irradiante le long du bras avec des paresthésies des deux membres supérieurs sans discrimination de territoire nerveux défini. Il rapporte également un manque de force du bras gauche. [...] La situation clinique décrite par le patient parle en faveur d'une probable irritation médullaire qui pourrait être entraînée par la hernie médiane à l'étage C5-C6. Pour cela nous adressons le patient au neuro-centre à Fribourg pour un bilan neurologique par ENMG. Nous le reverrons suite à cet examen".*

L'ENMG pratiqué en mars 2020 par le Dr O. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 364) se révèle toutefois dans la norme: *"Cette évaluation clinico-électrophysiologique ne révèle aucune anomalie objective en faveur d'une atteinte structurelle nerveuse en particulier d'une radiculopathie C5-C6 bilatérale. Bien entendu, un examen clinico-électrophysiologique normal n'exclut pas une éventuelle irritation des racines. Je rappelle toutefois que l'IRM cervicale décrit plutôt une hernie discale postérieure et foraminale plus importante du côté D pour laquelle le patient est peu symptomatique voire asymptomatique. En revanche à l'examen clinique, il y a suffisamment d'arguments pour suspecter une atteinte de la coiffe des rotateurs à G. Je proposerais donc une évaluation par un chirurgien orthopédique éventuellement couplée avec une imagerie de l'épaule G".*

Lors de l'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2020, l'assuré se plaignait déjà de douleurs à la nuque et aux épaules. Toutefois, sur la base de leur examen clinique et de la documentation alors à disposition (cf. ci-dessus), les experts indiquaient ne pas avoir trouvé de corrélation clinique expliquant les plaintes cervicales (dossier AI p. 142 et 154).

8.1.2. Par la suite, le suivi se concentre sur la problématique lombaire, avec une réintervention en janvier 2021 (ablation des vis en raison d'un chambrage) qui n'apportera toutefois pas d'amélioration.

Un rapport du 6 mai 2021 (dossier AI p. 263) évoque un diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, notamment du sus-épineux avec rupture partielle du sous-scapulaire.

Dans un rapport du 27 mai 2021 (dossier AI p. 498), le Dr O. \_\_\_\_\_ se concentre sur la problématique du membre inférieur: *"Abstraction faite des troubles sensitifs étant devenus diffus à la jambe gauche, signe d'une certaine surcharge fonctionnelle, l'examen clinique et l'évaluation électrophysiologique actuels se montrent superposables [à] ceux de l'évaluation précédente d'octobre 2019. L'examen clinique ne révèle pas de déficit moteur au membre inférieur gauche en particulier de la musculature sur innervée par L5. Toutefois il se peut que le déficit moteur signalé par le patient se manifeste uniquement lors d'une activité physique maintenue sur la durée. L'examen électrophysiologique ne montre qu'un tracé de dénervation chronique de la musculature innervée par L5 à gauche. Ainsi on peut conclure à la persistance des signes séquellaires d'une radiculopathie L5 chronique à gauche. L'atteinte peut être considérée comme définitive vu le temps écoulé depuis la primo-manifestation et les dates des interventions le 7.09.2018 et le 6.05.2019. Je partage votre avis qu'une reprise de l'activité professionnelle sur le chantier paraît fortement compromise".*

L'IRM de l'épaule gauche effectuée en septembre 2021 (dossier AI p. 310) retient la présence d'une *"microfissuration tendineuse des fibres tiers supérieur du tendon sous-scapulaire. Épanchement au niveau de la bourse sous-acromio-deltaïdienne associée à une arthropathie de l'articulation acromio-claviculaire"*.

Le 12 octobre 2021 (dossier AI p. 326), le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, évalue la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles, tout en précisant qu'il ne l'a vu qu'à une seule reprise. De ce fait, il renonce à se prononcer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis avril 2021.

Le 15 octobre 2021 (dossier AI p. 328), le Dr Q. \_\_\_\_\_ relève l'absence de déficit neurologique et de trouble de la sensibilité au niveau du membre supérieur. Au niveau lombaire, la force est légèrement diminuée à gauche avec une hypoesthésie en chaussette remontant jusqu'au genou gauche. La marche est fluide sans boiterie et possible sur la pointe des pieds et les talons. Une infiltration de la racine L5 gauche n'a pas amené d'amélioration de la symptomatologie. *"Nous pensons que le patient souffre de douleurs chroniques type neuropathique, surtout en regard de la racine L5 gauche [...]".* Concernant le problème au niveau du membre supérieur, il indique qu'une nouvelle évaluation est nécessaire *"étant donné que le patient souffre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, notamment au niveau du sus-épineux et avec une rupture partielle du sous-scapulaire [...]".* Le patient présente également des troubles dégénératifs multi-étagés avec une hernie discale C5-C6 postérieure qui pourraient également être à l'origine d'une partie des douleurs. *Au vu de la situation actuelle, il est difficile pour le patient de reprendre une activité professionnelle ou de débiter une reconversion professionnelle à plus de 50%".*

Le rapport d'IRM du 8 février 2022 (dossier AI p. 926) relève ceci: *"Unco-discarthrose C5-C6 prédominante à droite avec œdème médullaire (Modic 1) et débord discal ostéophyttaire associée à une mise à l'étroit des racines C6 des deux côtés à hauteur des neuro-foramens prédominant à droite. Débord discal C4-C5 avec mise à l'étroit la racine C5 droite à hauteur du neuroforamen. Mise à l'étroit du myélon à hauteur de C5-C6, sans anomalie de signal associée"*.

8.2. Dans sa prise de position complémentaire du 12 octobre 2023, le Dr J. \_\_\_\_\_, après avoir rappelé le résultat des IRM de 2019 et 2022, retient ceci: *"Pour résumer, les deux IRM font état de troubles dégénératifs pluri-étagés avec une problématique qui prédomine en C5-C6. Les contraintes radiculaires se portent principalement sur les racines C6 et exclusivement à droite pour la racine C5. On soulignera au passage qu'en C6-C7, alors que l'IRM de 2019 indiquait u[n] «bombement discal postérieur avec une petite hernie médiane et minime rétrécissement foraminal gauche en C6/C7», l'IRM de 2022 ne décrit qu'un «léger débord discal, sans sténose significative», ce qui permet de conclure que les racine[s] C7 sont désormais libres".* Il en conclut que *"l'IRM du 08.02.2022 n'apporte [...] pas d'élément susceptible de modifier les conclusions de notre expertise"*.

Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il a pris position comme suit: *"Il faut tout d'abord savoir que l'IRM du 08.02.2022 n'était pas dans le dossier de l'AI et qu'il n'a pas été comparé à celui de 2021. Il s'y ajoute une lésion modic 1 au niveau C5/C6, les autres lésions étant identiques. Il faut remarquer que les éventuelles irritations radiculaires sont situées à droite alors que les plaintes de la personne assurée sont situées à gauche. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a averti la personne assurée que l'intervention proposée pourrait n'avoir qu'un effet limité. À noter également que le status du Dr Q. \_\_\_\_\_ est identique à celui effectué lors de l'expertise à l. \_\_\_\_\_. Il est possible que si l'IRM du 08.02.2022 avait été vue, la modification modic 1 C5/C6 aurait amené à des investigations complémentaires et qu'une stabilisation à ce niveau aurait pu être proposée. Malgré tout, la probabilité que la personne*

*assurée soit réellement améliorée par une intervention chirurgicale est, à mon avis, inférieure à 50%".*

8.3. Appelée à statuer, la Cour de céans relève tout d'abord qu'une problématique médullaire avait déjà été envisagée en février 2020 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, à la suite de l'IRM de 2019 ("*une probable irritation médullaire qui pourrait être entraînée par la hernie médiane à l'étage C5-C6*"). Cependant, l'examen (ENMG) réalisé, à la demande du précité, par le neurologue O. \_\_\_\_\_ n'avait pas confirmé cette hypothèse, retenant l'absence d'une "*anomalie objective en faveur d'une atteinte structurelle nerveuse en particulier d'une radiculopathie C5-C6 bilatérale*". Il notait que les plaintes étaient plutôt situées sur le côté gauche, alors que la hernie cervicale était située à droite, et il a privilégié de ce fait la piste d'une atteinte à la coiffe des rotateurs.

Il est ensuite particulièrement intéressant de relever que si le rapport d'IRM du 8 février 2022 ne figurait pas au dossier au moment de la réalisation de l'expertise de I. \_\_\_\_\_, celui-ci contenait en revanche le rapport de consultation établi le 10 février suivant (dossier AI p. 579), dans lequel le Dr Q. \_\_\_\_\_ prenait position précisément suite au résultat de dite IRM. Il en ressortait principalement ce qui suit: "*A l'examen clinique de ce jour, on observe une diminution de force et avec une hyposensibilité du MS G, raison pour laquelle nous organisons une ENMG afin de clarifier une atteinte nerveuse ainsi que son niveau exact. Au niveau de la main D, le patient présente également un Dupuytren débutant avec des plaintes de blocage pouvant correspondre à des phénomènes de ressaut. Dans ce contexte, nous prions nos collègues du team main de bien vouloir le convoquer. Une expertise AI est prévue prochainement. Vu les douleurs chroniques, tant au niveau lombaire que cervical, il ne nous semble pas envisageable que le patient reprenne un jour une activité à plus de 50%. De plus, il nécessitera, dans l'optique d'une reconversion professionnelle, un travail ne demandant pas de port de charge et lui permettant d'alterner des périodes de travail assis et en mouvement, ainsi que la possibilité de réaliser des pauses régulières. Dans ce contexte, une capacité de travail de 50% nous paraît le maximum envisageable dans un travail adapté. Concernant l'opération cervicale, nous lui expliquons qu'il n'y a pas d'urgence à la réaliser et que nous préférons attendre que l'assurance invalidité statue provisoirement suite à l'expertise, avant d'envisager la prise en charge chirurgicale. [L'assuré] nous recontactera donc en fonction de l'évolution administrative de son dossier ou en cas de péjoration de ses douleurs. Dans l'intervalle, poursuite de l'arrêt de travail à 80%".*

A la lecture de ce qui précède, force est de constater que la problématique médullaire n'a visiblement pas retenu l'attention du chirurgien orthopédiste traitant, puisqu'il n'en a pas fait mention. Tout au plus observe-t-il "*une importante uncarthrose C5-C6 pouvant expliquer les douleurs chroniques du patient et partiellement les radiculopathies ressenties au niveau des 2 MS*" et propose-t-il de tenter une nouvelle intervention (stabilisation C5-C6). Il se montre toutefois extrêmement prudent quant au bénéfice d'une telle démarche et recommande de la reporter à une date postérieure à l'expertise alors prévue auprès de H. \_\_\_\_\_. On relève par ailleurs qu'une nouvelle investigation neurologique spécifique était envisagée en 2022 par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (convocation demandée pour un ENMG auprès du neurologue traitant), mais n'a visiblement pas été suivie d'effet, dès lors qu'aucun document en ce sens ne figure au dossier. Quoi qu'il en soit, cet aspect a finalement pu être examiné par l'expert en neurologie dans le cadre de sa détermination complémentaire du 12 octobre 2023, dont les explications emportent largement la conviction des juges: celui-ci prend en effet position de façon détaillée sur la situation de l'assuré, et notamment sur l'IRM du 8 février 2022, pour confirmer les conclusions émises dans son expertise. Quant à l'orthopédiste K. \_\_\_\_\_, si sa prise de position est certes plus succincte, elle n'en confirme pas moins -

implicitement du moins - ses précédentes conclusions. Il demeure très prudent, voire circonspect, quant aux chances de succès d'une intervention au niveau cervical, tout comme d'ailleurs le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, il n'apparaît pas critiquable de confirmer les conclusions de l'expertise de I.\_\_\_\_\_, basée sur un examen attentif du dossier et des explications détaillées et cohérentes. D'autant plus qu'elle n'a pas été remise en question par de nouveaux documents médicaux. Dans ce contexte, l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les experts peut également être avalisée.

En résumé, il est donc possible de confirmer la valeur probante de l'expertise de I.\_\_\_\_\_ (y compris le complément du 12 octobre 2023).

9.

Finalement, le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique et neuropsychologique. Il allègue d'une part que l'expertise de H.\_\_\_\_\_ indiquait qu'il se rendait à la consultation d'un psychiatre et qu'il prenait un médicament (Saroten) et d'autre part que l'expert F.\_\_\_\_\_ avait envisagé la réalisation d'un examen complémentaire en neuropsychologie, avant de se rétracter du fait qu'il avait finalement conclu à une incapacité totale de travail. Ces éléments auraient selon lui dû amener l'OAI à mettre sur pied les volets complémentaires précités.

Amenée à statuer, la Cour de céans relève tout d'abord que l'expertise de H.\_\_\_\_\_ mentionne uniquement que l'assuré bénéficiait d'un "*suivi psychologique mensuel*" et qu'un traitement de Saroten lui avait été prescrit. Quoi qu'il en soit, au jour de la décision litigieuse, le seul document dont disposait l'OAI était un rapport du psychologue S.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2022 (dossier AI p. 560) dont il ressort qu'un suivi avait lieu à raison d'une consultation toutes les 3 à 5 semaines, depuis fin 2021. Aucune indication sur la situation médicale n'était fournie, en particulier aucun diagnostic. Enfin, un questionnaire préimprimé (dossier AI p. 564) ne signalait aucun frein, ni aucune limitation des fonctions cognitives, et annonçait que toute activité demeurerait possible à plein temps et plein rendement, sous réserve du port de charges. Dans un rapport du 17 février 2022 (dossier AI p. 577), le médecin généraliste SMR relevait qu'"*en l'état du dossier, aucun rapport médical ne signale aucune maladie du domaine de la psychiatrie qui puisse influencer la capacité de travail. Le fait d'avoir consulté quelques fois un psychologue n'est pas un argument pertinent. Le fait que la personne n'a pas été adressée chez un psychiatre pour une évaluation médicale et une prise en charge est bien au contraire un signe de l'absence de maladie psychiatrique plausible*". Cette appréciation paraît tout à fait cohérente.

Dans ce contexte, le fait que l'expert F.\_\_\_\_\_ ait effectivement envisagé de procéder à un examen neuropsychologique, avant d'y renoncer, n'est pas non plus déterminant, dans la mesure où la valeur probante de cette expertise a été écartée (cf. supra consid. 6). On ne discerne d'ailleurs pas, dans dite expertise, la présence d'éléments témoignant de manière flagrante de la présence de troubles psychiatriques, le recourant n'y fait d'ailleurs pas référence. On ajoutera que, lors de l'expertise de I.\_\_\_\_\_, quelques mois plus tard, il était mentionné que l'assuré "*se déclar[ait] être déprimé depuis l'expertise du mois d'août 2022*", ce qui n'est pas de nature à démontrer l'existence d'une pathologie particulièrement prégnante, ni installée.

Il convient encore de rappeler que l'assuré a disposé de suffisamment de temps pour remettre les documents médicaux idoines; on ne peut donc que s'étonner qu'il ait fallu attendre le mois de

février 2024 pour qu'il produise enfin des rapports datant de novembre 2023 et janvier 2024. D'une part, il est indéniable que ces rapports ont été établis après la décision querellée; d'autre part, les psychiatres n'attestent pas formellement que l'incapacité de travail a débuté avant octobre 2023, indiquant de façon énigmatique qu'il présentait déjà, avant cette date, une "*vulnérabilité psychique*".

On ajoutera que, pour motiver une prolongation du délai pour déposer des rapports médicaux, l'assuré invoquait uniquement la nécessité de permettre à ses médecins de répondre à l'expertise de I.\_\_\_\_\_, respectivement qu'il était dans l'attente du résultat d'un scanner, soit des éléments sans rapport avec une composante psychiatrique/neuropsychologique.

Vu tout ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir renoncé à inclure un volet psychiatrique/neuropsychologique à l'expertise de I.\_\_\_\_\_ et que les rapports invoqués par le recourant devront, cas échéant, être analysés dans le cadre d'une nouvelle demande.

10.

Sur la base de l'ensemble de ce qui précède, la valeur probante de l'expertise de I.\_\_\_\_\_ est entièrement confirmée. C'est donc à raison que l'OAI s'est référé à cette dernière pour retenir que le recourant présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Le calcul du degré d'invalidité (28%), non contesté par le recourant ni contestable, peut également être avalisé.

11.

11.1. Compte tenu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours est rejeté et la décision querellée confirmée.

11.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.

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

**la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par l'avance de frais du même montant.
- III. Il n'est pas octroyé de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 27 mars 2025/mba

La Présidente

Le Greffier-rapporteur