

FR_GERICHTE 605 2013 193 vom 5. Oktober 2015

FR Kantonsgericht, 2015-10-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_193

FR: FR_GERICHTE 605 2013 193 du 5 octobre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 193 del 5 ottobre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 12

juillet 1993 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI) en raison d'arthrose au dos. Par décision du 3 mars 1998, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 44 %, ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité, mais lui a accordé une demi-rente pour cas pénible dès le 1er septembre 1993. Seuls des troubles physiques ont été constatés. Ce quart de rente (demi-rente pour cas pénible) a été confirmé dans le cadre d'une première révision d'office le 31 juillet 1998. Une expertise bidisciplinaire – rhumatologique et psychiatrique – a été ordonnée lors d'une seconde révision. Elle a été réalisée le 28 novembre 2001 et atteste de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de rachialgies et douleurs de la ceinture pelvienne et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Du point de vue purement somatique, une activité adaptée à plein temps est exigible. Les experts retiennent au final une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée. Par décision du 22 février 2002, l'OAI a maintenu l'octroi du quart de rente (demi-rente pour cas pénible). Dans le cadre d'une troisième révision, l'autorité intimée a refusé par décision du 31 juillet 2007 d'augmenter le quart de rente (demi-rente pour cas pénible), l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas aggravé au point de modifier le droit à la rente. B. Le 5 octobre 2010, A. _____ a déposé une nouvelle demande de révision en invoquant une détérioration considérable de son état de santé. Dans ce cadre, l'OAI a décidé, par projet du

E. 13

mai 2013, de supprimer la demi-rente dès le 1er jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision et a retiré l'effet suspensif au recours. L'assuré s'est opposé à ce projet le 3 juin 2013 et le 4 juin 2013. Par décision du 23 août 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a estimé, en substance, que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée était maintenue sur le plan somatique, et qu'il n'existait plus de trouble psychique entraînant une incapacité de travail. Ainsi, en tenant compte d'une activité à plein temps dans une activité adaptée, le degré d'invalidité était inférieur à 40 %. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Sébastien Dorthe, avocat, interjette recours le 26 septembre 2013. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement au maintien du quart de rente et subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité intimée. A l'appui de ses conclusions, il allègue que les différentes expertises attestent d'une amélioration sans l'expliquer objectivement, et qu'il s'agit d'une appréciation différente d'une situation médicale inchangée. Il estime ensuite que les conclusions des expertises sont contradictoires et reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir envoyé les rapports

d'expertise à tous les médecins traitants. Le même jour, il a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale. Celle-ci lui a été octroyée le 29 janvier 2014. Le 4 octobre 2013, le recourant a demandé la restitution de l'effet suspensif retiré par la décision attaquée. Cette requête a été rejetée par décision du 13 décembre 2013. Dans ses observations du 19 mars 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève avoir octroyé en 1998 un droit à la rente à l'assuré alors que celui-ci n'y avait en réalité pas droit. Il précise que Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 le recourant n'a jamais présenté d'atteinte invalidante sur le plan somatique et que la diminution de rendement constatée à cette période était la conséquence d'un trouble somatoforme douloureux. Or, ce trouble n'est plus confirmé par l'expertise du 16 avril 2013. Dans un second échange d'écriture, les parties maintiennent leur position. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre ces dernières. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile 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. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne

constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 précité consid. 3.4.2.1). c) Selon l'art. 17 LPG, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt 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). d) Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPG, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPG). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une

amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêt TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014, consid. 7). Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGa en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014, consid. 7). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014, consid. 7). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014, consid. 7). Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). 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). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. Partant, il sied de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié depuis la dernière décision entrée en force au point de devoir entraîner une augmentation de sa perte de gain. Pour rappel cependant, celui-ci était le suivant au moment des précédentes décisions. a) Lorsque la décision d'octroi du quart de rente (demi-rente pour cas pénible) du 3 mars 1998 a été rendue, le recourant souffrait de lombalgies dont l'origine a varié en fonction de l'écoulement du temps. Ont été posés successivement les diagnostics de spondylolyse lombo- ischalgies en L5-S1 (Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie,

18 novembre 1992, dossier OAI p. 41), de modification dégénérative des deux disques intervertébraux L3-L4 et L4-L5 (Dr D. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, 26 novembre 1992, dossier OAI p. 83), de spondylolyse préexistante et discopathie L3-L4 et L4-L5 (Dr C. _____, 18 janvier 1993, dossier OAI p. 43), de petite hernie discale L3-L4 et L4-L5 (Dr D. _____, 18 janvier 1993, dossier OAI p. 42), de dorsolombalgies sur pincement L4-L5 (Dr C. _____, 16 mars 1993, dossier OAI p. 44), de spondylarthrose importante L3 à S1 avec ostéochondrose L3-L4 et L4-L5 et deux petites hernies discales L3-L4 plus importante que L4-L5 sans compression certaine des racines (Dr C. _____, 16 juin 1993, dossier OAI p. 50), de lombosciatalgique gauche (E. _____, 15 juillet 1993, dossier OAI p. 49), de lombalgies chroniques par hernie discale subligamentaire L3-L4 et L4-L5 (Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, 30 décembre 1993, dossier OAI p. 54), de lombalgies chroniques par hernie discale subligamentaire L3-L4 et L4-L5 (Dr C. _____, 31 mai 1994, dossier OAI p. 55). Dans le cadre de son expertise rhumatologique du 20 février 1996, le Dr G. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a diagnostiqué des lombalgies chroniques avec syndrome vertébral lombaire gauche et sciatalgies sans compression radiculaire, discopathie L4-L5, disque rudimentaire L5-S1 avec protrusion discale L3-L4 et L4-L5 (dossier OAI p. 108). Quant à la capacité de travail, les médecins qui se sont prononcés à ce sujet s'accordaient pour dire que l'activité antérieure n'est plus exigible (dossier OAI p. 41, 42, 43, 44, 50, 54, 55). Une capacité de travail de 75 % dans une activité légère sans port de charge et sans position debout ou assise prolongée est attestée uniquement par l'expert rhumatologue (dossier OAI p. 108), ses confrères ne prenant pas position à ce sujet. Aussi, l'expertise rhumatologique étant le seul rapport probant, complet et détaillé figurant au dossier, et compte tenu de l'écoulement du temps entre les différents rapports, il convient de retenir que le recourant souffrait de lombalgies chroniques avec syndrome vertébral lombaire gauche et sciatalgies sans compression radiculaire, discopathie L4-L5, disque rudimentaire L5-S1 avec protrusion discale L3-L4 et L4-L5, et qu'il était apte à travailler à 75 % dans une activité légère sans port de charge et sans position debout ou assise prolongée. C'est ainsi qu'une décision d'octroi du quart de rente (demi-rente pour cas pénible) a été rendue le 3 mars 1998. b) Pendant la période du 3 mars 1998 au 22 février 2002, date de la décision faisant suite à la première révision, les médecins s'accordaient pour retenir une dégénérescence discale (dossier OAI p. 216, 226, 262). Le Dr C. _____ a précisé le 6 octobre 2000 qu'elle se trouvait en L4-L5, et a attesté de la présence de becs ostéophytaires, d'importants signes d'une instabilité au niveau discal, d'une anomalie vertébrale et d'une sacralisation L5 (dossier OAI p. 216). Le Dr H. _____, médecin spécialiste en orthopédie et traumatologie et professeur à l'Université de I. _____, a également ajouté les diagnostics d'instabilité de la colonne vertébrale et d'anomalie vertébrale "vertebrae lumbalis" (dossier OAI p. 226). Dans leur expertise bidisciplinaire du 28 novembre 2001, le Prof. J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le Prof. Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 K. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, la Dresse L. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le Dr M. _____, spécialiste FMH en neurologie, et la Dresse N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont précisé que la dégénérescence était présente en L5-S1, sans retenir d'autre diagnostic rhumatologique. L'experte-psychiatre a également posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de rachialgies et douleurs de la ceinture pelvienne (dossier

OAI p. 262). La capacité de travail a varié selon les différents médecins. Si le Dr C. _____ et le Dr H. _____ estimaient tous deux que l'incapacité de travail était de 100 %, les experts ont retenu une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée (dossier OAI p. 216, 226, 245). Ils ont en outre relevé qu'il n'existait pas de réelle aggravation de son état de santé (dossier OAI p. 248). L'autorité intimée a ainsi maintenu le quart de rente (demi-rente pour cas pénible). c) S'agissant de l'état de santé du recourant lorsque la décision du 12 avril 2007 a été rendue, aucun médecin n'attestait d'une modification de la capacité de travail. En effet, le Dr O. _____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué le 27 avril 2006 un syndrome lombovertébral qui avait une influence sur la capacité de travail ainsi que des vertiges d'origine inconnue sans influence. Il n'a toutefois pas précisé si l'état de santé s'est aggravé ou non et si la capacité de travail était réduite. Le 4 mai 2006, le Dr P. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué une neuronite vestibulaire subaiguë à droite et ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité de travail. Le Dr C. _____ a quant à lui attesté le 31 mai 2006 l'existence d'une aggravation, mais a parlé d'une affection invalidante sans autre précision. Seule la Dresse Q. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après SMR), a indiqué le 5 septembre 2006 que la neuronite vestibulaire régressait spontanément en quelques semaines sans séquelles et n'avait pas de conséquences sur la capacité de travail. Elle a par ailleurs relevé qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux et aucune aggravation avec influence sur la capacité de gain. L'autorité intimée a ainsi refusé d'augmenter la rente d'invalidité. d) Après la décision du 12 avril 2007, le recourant se plaint toujours tant de troubles physiques que de troubles psychiques. Du point de vue physique, les médecins s'accordent, malgré les différentes formulations des diagnostics, sur le fait que le recourant souffre de douleurs lombaires, de cervico-brachialgies, du genou, des épaules et de neuronite vestibulaire. En effet, le Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indique le 4 mars 2008 que l'assuré se plaint de l'augmentation des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs, des céphalées, des nuchalgies irradiant dans le bras droit et des troubles de l'équilibre. Il y ajoute encore une augmentation des troubles de la mémoire (cf. dossier OAI p. 382). Le 30 janvier 2013, la Dresse S. _____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie auprès du SMR, diagnostique des cervico-brachialgies bilatérales chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs, des lombo-sciatalgies bilatérales chroniques irritatives de type L4-L5 dans le cadre de troubles dégénératifs, une lésion de la corne postérieure du ménisque interne avec suspicion d'une lésion partielle du ligament croisé antérieure, un status post fracture non-déplacée de la métaphyse tibiale proximale, une périarthrite scapulo-humérale chronique droite, une lésion de la coiffe des rotateurs, une arthrose acromio-claviculaire marquée avec suspicion de capsulite rétractile, une périarthrite scapulo-humérale chronique gauche, une possible lésion de la coiffe des rotateurs, et des vertiges persistants sur suspicion de neuronite vestibulaire chronique, ayant tous une influence sur la Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 capacité de travail (cf. dossier OAI p. 436). Quant à la Dresse T. _____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, elle retient dans son expertise rhumatologique du 29 avril 2013, que les diagnostics de lombalgies L4 à S1 anamnestiques, lombosciatalgies à bascule anamnestiques, troubles dégénératifs lombaires discopathie L4-L5 sévère accompagnée d'une minime protrusion, discopathie L5-S1, arthrose articulaire postérieure L4-L5, discopathie L3- L4 sous ligamentaire, épaule droite dégénérative avec acromion de type III, arthrose acromio-claviculaire sévère, tendinopathie

des muscles sus et sous-épineux actuellement asymptomatique ont une influence sur la capacité de travail. Elle estime par contre que les troubles dégénératifs de l'épaule gauche, status après neuronite vestibulaire droite symptômes présents depuis 1998, discopathie ostéophytaire médiane et paramédiane gauche C5-C6 médiolatérale et bilatérale prédominante à gauche, fracture non déplacée de la métaphyse tibiale proximale du genou gauche, céphalées depuis 1970 et parfois crises d'allure migraineuse, gonalgies bilatérales anamnistiques sont sans influence sur une telle capacité. Elle met en outre en évidence une discordance dans les plaintes par rapport aux autres conte-rendus, que l'assuré marche à grandes enjambées dans la rue et qu'il a monté les escaliers à grande vitesse (cf. dossier OAI p. 527). Quant à la capacité de travail, le Dr R. _____ ne se prononce pas à ce sujet. La Dresse S. _____ et l'experte s'accordent quant à elles pour dire que l'ancienne activité n'est plus exigible. Si toutes deux admettent l'exigibilité d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la Dresse S. _____ estime qu'elle peut être exercée à 50 % et l'experte à 100 %. Contrairement à l'opinion du recourant, l'experte discute le rapport de la Dresse S. _____ et précise que la description des plaintes par le recourant devant celle-ci diffère de celle faite lors de l'expertise. De ce fait, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport d'expertise qui est probant et se base en particulier sur les plaintes les plus actuelles du recourant. Ainsi, une activité adaptée à 100 % est exigible du point de vue physique. S'agissant de l'aspect psychique, le médecin-psychiatre traitant et l'expert-psychiatre s'opposent tant sur les diagnostics retenus que sur leur influence sur la capacité de travail. En effet, le Dr U. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant du recourant, pose dans son rapport du 16 juillet 2012 les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1), de divers troubles somatiques, de migraines sans aura occasionnelles avec surconsommation d'ergotamine G 43.0 et d'hypercholestérolémie E 78.0, et retient une incapacité de travail de 100 % à revoir dans trois à quatre mois plus tard, une amélioration étant possible (cf. dossier OAI p. 415). Dans son expertise du 16 avril 2013, le Dr V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retient quant à lui comme unique diagnostic une dysthymie (F34.1) qui n'a aucune influence sur la capacité de travail. Il expose ensuite précisément les raisons qui ne permettent pas de retenir l'existence d'un trouble somatoforme, également au regard des critères encore valables avant le prononcé de la toute récente jurisprudence du Tribunal fédéral. Il relève que manquent l'intensité des plaintes et la détresse, l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée dans la mesure où l'intensité d'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité, ainsi qu'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable puisque l'assuré précise une absence de symptomatologie psychiatrique avec absence de traitement, suivi ou hospitalisation psychiatrique jusqu'en janvier 2012. Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas non plus retrouvée et un état psychique cristallisé est probable. Enfin, il n'y a pas d'échec du traitement puisque l'assuré précise un suivi depuis janvier 2012 avec amélioration plus perceptible depuis le début de l'année 2013. Ainsi, l'ensemble des critères n'étant pas réunis, l'expert ne peut envisager l'aspect incapacitant du Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 tableau algique. Il ajoute encore que l'examen rhumatologique met en évidence une symptomatologie organique qui semble cohérente avec le tableau symptomatique. Il indique également les motifs pour lesquels il s'éloigne de l'appréciation du Dr U. _____ quant aux diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et de trouble dépressif récurrent léger, à savoir que ce type de diagnostic ne peut être envisagé en l'absence d'un premier épisode dépressif attesté, traité

et résolutif, précédant d'une période blanche un second épisode dépressif. De ce fait, la capacité de travail de l'assuré est entière (cf. dossier OAI p. 498). Cette expertise a été communiquée au médecin traitant. Celui-ci ne l'a cependant pas critiquée dans son rapport du 26 juin 2013, dans lequel il constate qu'il n'y a aucune amélioration de l'état de santé et que la capacité de travail est nulle. Le 15 juillet 2013, le Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, relève que la description du status psychiatrique de l'assuré par le médecin traitant dans son courrier du 26 juin 2013 corrobore les observations de l'expert et correspond de facto à un état dysthymique F34.1 permettant à l'assuré de gérer les éléments de la vie quotidienne sans aide extérieure (cf. dossier OAI p. 548). Le Dr X. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, se détermine le 16 septembre 2014 sur le rapport du 26 juin 2013 du Dr U. _____ en indiquant que celui-ci ne remet pas en cause le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert et qu'il apprécie différemment la même situation. Ainsi, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'avis de l'expert, qui s'est au demeurant basé sur un dossier complet et dont l'expertise est motivée et probante. Il ressort de ce qui précède que le diagnostic de trouble somatoforme, condition nécessaire tant sous l'ancienne jurisprudence que sous la nouvelle, n'est plus posé par un expert et ne peut de ce fait plus être retenu. e) Plusieurs rapports médicaux figurent encore au dossier, ceux du 13 janvier 2014 et du

E. 16

septembre 2014 également sur le séjour à l'hôpital psychiatrique et il ne sera pas non plus tenu compte de ses considérations à ce sujet. Les rapports concernent ainsi un trouble apparu postérieurement à la décision litigieuse. Partant, ils n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Enfin, le recourant reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir transmis les expertises aux médecins traitants. On ne voit cependant pas ce qu'une telle démarche apporterait, dès lors que les médecins traitants ont déjà eu l'occasion de faire valoir leur point de vue. Au surplus, l'expertise psychiatrique a été communiquée au médecin-psychiatre traitant (dossier OAI p. 534), qui ne s'est pas déterminé à ce sujet dans son rapport du 26 juin 2013. f) Les reproches du recourant sont dès lors mal fondés et il n'y a pas lieu de s'écarter des rapports d'expertises rhumatologique et psychiatrique. Dans de telles circonstances, on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Au vu de ce qui précède, la Cour constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé à la date de la décision litigieuse du point de vue physique. Il s'est même amélioré sur le plan psychique par la disparition du diagnostic de trouble somatoforme. Partant, une activité adaptée à 100 % est exigible. Du calcul des revenus, non contesté, il ne résulte qu'un taux d'invalidité inférieur à 40 %, justifiant la suppression de la rente. 4. Cela étant, le recourant était au bénéfice d'un quart de rente (demi-rente pour cas pénible) depuis le 1er septembre 1993, soit depuis plus de 20 ans, et était âgé de plus de 55 ans au moment où l'autorité intimée a décidé de la suppression de la prestation. Il fait donc parti de la catégorie des assurés pour laquelle il faut examiner si l'on peut exiger d'eux d'entreprendre de leur propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de leur part pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Cependant, bien que le recourant n'ait plus travaillé depuis plus de 20 ans, cette inactivité est due à des facteurs extérieurs à l'invalidité. Sa capacité résiduelle de travail a en effet toujours été d'au minimum 75 % (décision du 3 mars 1998). Mais, bien qu'averti à tout le moins dès décembre 2001 qu'une activité adaptée à ce taux était toujours exigible (dossier OAI p. 267), il n'a jamais entrepris la moindre démarche pour se réinsérer dans le monde du travail. Son manque de motivation et de collaboration a

au contraire été relevé à plusieurs reprises dès avril 1994. L'Office régional de réadaptation professionnelle du canton de Fribourg a ainsi indiqué son sentiment que le recourant s'estimait inapte à tout travail et agissait de manière à induire l'Office en erreur afin d'obtenir à tout pris une rente (dossier OAI p. 29, avril 1994). Quelques mois plus tard, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité a également mentionné la non collaboration du recourant et a indiqué que celui-ci avait interrompu le stage prématurément en ayant passé en atelier 9 jours sur les 20 planifiés (dossier OAI p. 113). Le conseiller en réadaptation de l'OAI a, dans son rapport du 18 janvier 1995, mis en évidence que le recourant n'était pas du tout motivé et utilisait son temps pour démontrer, parfois de manière théâtrale, qu'il était inapte au travail (dossier OAI p. 121). L'expertise rhumatologique du 20 février 1996 a quant à elle constaté que l'intéressé était très démonstratif et agissait de manière à induire en erreur l'observateur (dossier OAI p. 108). Enfin, plus récemment, le recourant a lui-même indiqué dans ses objections du 24 septembre 2012 qu'il n'avait aucune envie de prendre une activité professionnelle (dossier OAI p. 433). Ainsi, le recourant n'a pas fait d'efforts pour trouver un emploi à temps partiel ni n'a demandé des mesures de réadaptation. Par ailleurs, l'effort demandé consiste à passer d'un taux d'occupation de 75 % à un taux de 100 %. S'il est certes d'une certaine importance, il n'est en principe pas insurmontable. Dans cette situation et à défaut d'une volonté affichée de se réadapter, il n'a pas droit à des mesures de réadaptation. 5. Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu la décision d'octroi de l'assistance judiciaire totale du 29 janvier 2014, le paiement ne sera toutefois pas exigé de sa part. b) Agissant sous le couvert de l'assistance judiciaire totale, le recourant a droit à ce que ses dépens soient indemnisés par l'Etat. Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 Son mandataire a produit le 22 septembre 2015 sa liste de frais. Conformément aux art. 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du

E. 17

décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit à CHF 4'575.90 à raison de 22h12 à CHF 180.-, soit à un montant de CHF 3'996.-, plus CHF 240.30 au titre de débours, plus CHF 339.60 au titre de la TVA à 8 %. Cette indemnité est mise dans son intégralité à la charge de l'Etat. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 4'236.30, plus CHF 339.60 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 4'575.90. Elle est intégralement mise à la charge de l'Etat. IV. Communication. 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 5 octobre 2015/cso La Présidente La Greffière-rapporteuse

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