

FR_GERICHTE 605 2013 219 vom 31. März 2015

FR Kantonsgericht, 2015-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_219

FR: FR_GERICHTE 605 2013 219 du 31 mars 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 219 del 31 marzo 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue

psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA I 946/05). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 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 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 3

Est en l'espèce litigieux le droit aux prestations du recourant. Celui-ci estime qu'il est gravement atteint dans sa santé et que sa capacité de travail est diminuée à tel point qu'il devrait pouvoir bénéficier d'une rente. L'OAI considère que cela n'est pas établi. Il s'agit en l'espèce de se référer au dossier. a) atteintes et évolution Le recourant souffrait déjà du dos lorsqu'il était jeune, raison pour laquelle il n'avait à l'époque pas été en mesure de faire l'armée. Il s'en est confié en 2011 au Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne : « Notion ancienne « de mal de tout le dos sans jamais d'accident, c'est à cause de mon dos qui me faisait mal déjà quand j'avais 18 ans, que j'ai pas fait l'armée, à l'époque on m'avait fait des radios, j'avais une scoliose assez forte qui s'est sacrément améliorée ces dernières années (...) » (rapport du 7 septembre 2011, dossier OAI, pièce 105). Ces douleurs au dos

ont parfois entraîné des pertes de sensations dans les membres. Ce fut le cas en été 2008 : « Il se plaint de douleurs et d'endormissements dans le IVème et Vème doigt de la main droite ; les mêmes symptômes lui arrivent aussi dans le pouce, mais de manière moins importante. Occasionnellement, il a également des douleurs au poignet et à l'avant-bras droit, côté ventral. Il indique par ailleurs des troubles rhumatologiques multiples et un récent endormissement des orteils dans la jambe droite dans le cadre de lombalgies. Dans le status clinique, le patient présente un signe de Tinel et sur le tunnel carpien et sur la gouttière épitrochléenne à droite ; une légère hyperesthésie est annoncée dans le territoire du nerf médian de la main droite, ainsi qu'une hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital. En ce qui concerne la sensibilité, il annonce en plus une légère hyperesthésie dans le dermatome S1 au pied droit (du reste, je n'ai pas trouvé des indices en faveur d'une névralgie lombaire aiguë). La force est conservée et le tableau de réflexes est homogène, mais avec une tendance avec des réflexes plus

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 vifs à droite qu'à gauche (aux MS) » (rapport du 24 juin 2008 de la Dresse C._____, spécialiste en neurologie FMH, dossier OAI, pièce 96). Au début de l'année 2009, ces douleurs généralisées semblaient s'inscrire dans un contexte de trouble somatoforme douloureux (fibromyalgie): « Il m'a signalé un problème de fibromyalgie (avec douleurs diffuses, notamment au dos etc.), diagnostic qui n'a jamais été réellement soutenu par une consultation rhumatologique. Le patient consommait alors régulièrement des AINS (Grefen en 600 mg et Nisulid 100 mg) associés à la prise de benzodiazépines (Demetrin 10 mg 2x/J.) » (rapport du 2 février 2009 de la Dresse D._____, spécialiste FMH en médecine interne, dossier OAI, pièce 92). Il a plus tard commencé à ressentir une grosse fatigue, dans le courant de l'année 2010, qui l'aurait poussé à remettre son magasin, au demeurant géré avec sa femme en indépendant depuis 2006 : « Le patient dira ressentir « une fatigue depuis l'année 2010, je ne sais pas depuis quand exactement et alors là je me suis dit : il faut qu'on arrête le magasin pour fin 2010 » (rapport B._____, p. 3, pièce 103). A partir du mois d'avril 2011, de nouveaux symptômes sont venus s'ajouter aux douleurs et à la fatigue: « Les premiers symptômes sont apparus en avril 2011 (fatigue, diarrhées, problème de vision). Depuis, il ressent une très forte fatigue générale et il n'arrive pas à tenir les positions statiques très longtemps » (évaluation IP du 8 novembre 2011, dossier OAI, pièce 78). Il a alors séjourné une semaine à l'Hôpital cantonal le mois suivant et des examens ont été faits. Sa fatigue s'accompagnait encore de troubles de la concentration et d'acouphènes, comme l'observait la Dresse E._____, du service de neuropsychologie: « Il se plaint d'une importante fatigue, survenant par attaques depuis le deuxième semestre de 2010. A l'échelle FIS, le patient mentionne comme problème important la réduction de la charge de travail et la limitation des activités physiques, comme problème modéré le sentiment d'être alerte, des difficultés à maintenir un effort physique durant un certain temps, la difficulté à prendre des décisions et à finir les tâches qui nécessitent de la réflexion. Il mentionne comme problème léger une diminution de la motivation à faire des choses qui nécessite un effort physique ou le sentiment d'avoir une pensée ralentie. Il signale la présence d'acouphènes surtout à l'oreille gauche. Il a de la difficulté à supporter le bruit, en particulier le bruit de l'ascenseur dans son immeuble et pense pour cette raison chercher à rester davantage de temps dans son mobilhome au bord du lac. Il signale des problèmes de sommeil en raison de douleurs aux bras et de problèmes articulaires » (rapport du 8 août 2011, dossier OAI, pièce 87). Une sclérose en plaques fut suspectée. Réalisés par la Prof. F._____, du service de neurologie, les examens ont en tous les cas révélé des lésions à l'IRM cérébrale : «

Hospitalisation en clinique de médecine du 10 au 17 mai 2011 en raison d'une suspicion d'une sclérose en plaques dans le cadre d'une parésie partielle du 6ème nerf crânien à gauche et des troubles de l'équilibre depuis mi-avril, l'IRM cérébrale du 5 mai mettant en évidence plusieurs lésions démyélinisantes dans la substance blanche des deux hémisphères. L'IRM du rachis était sans évidence de lésions démyélinisantes de la moelle épinière et le liquide céphalo-rachidien normal, en particulier sans évidence d'une synthèse intrathécale des anticorps. En plus, un screening pour des vasculites et les diverses sérologies étaient négatives » (rapport du 20 juin 2011, dossier OAI, pièce 83).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 Pour autant, dans la mesure où le recourant n'aurait subi qu'une seule et unique poussée de cette maladie, le diagnostic de sclérose en plaques n'a pas pu être retenu : « Au tableau clinique, bonne évolution de la diplopie et des troubles d'équilibre dans le cadre d'une possible première poussée de sclérose en plaques. En fait, les lésions cérébrales sont de caractère assez typique pour une sclérose en plaques et au vu des nouveaux critères de Mac Donald de 2010, le critère de la dissémination dans l'espace est rempli. Cependant, le critère de la dissémination dans le temps n'est pas satisfait, l'IRM cérébrale ne montrant pas de nouvelle lésion et l'anamnèse ne donnant pas d'arguments pour plus d'une seule poussée » (rapport précité). Sans compter qu'un état anxio-dépressif interférait alors également: « L'état anxio-dépressif chronique peut théoriquement être lié aux lésions démyélinisantes mais ne peut pas être retenu comme une poussée certaine. Donc, pour le moment, on ne peut pas faire un diagnostic définitif d'une sclérose en plaques, mais d'un probable syndrome clinique isolé » (rapport précité). Le recourant était en effet traité pour un tel état depuis 1998, à la mort de son père : « est connu et traité pour un état anxieux chronique. (...) Depuis 1998, à la suite du décès de son père, il a fait une réaction anxio-dépressive pour laquelle il est encore traité » (rapport du 8 août 2011 de la Dresse E. _____, dossier OAI, pièce 87). Sur un plan neuropsychologique, cette dernière interférence paraissait même déterminante et donnait à penser qu'une réadaptation professionnelle était indiquée: « L'examen neuropsychologique met en évidence un faible rendement et de discrètes difficultés exécutives associées à une humeur anxio-dépressive traitée. L'humeur anxieuse est cependant toujours manifeste. Enfin, le patient mentionne des coups de fatigue survenant de façon non contrôlée, relativement fréquemment depuis le deuxième semestre de 2010. Ceci a conduit à la fermeture de son commerce d'alimentation. Actuellement, le patient est incapable d'envisager une nouvelle activité professionnelle. En raison de la maladie actuelle et des troubles cognitifs mentionnés, il conviendrait que ce patient soit annoncé en détection précoce à l'assurance-invalidité qui pourrait éventuellement former avec lui un projet plus adapté à son état de santé actuel » (rapport du 8 août 2011, dossier OAI, pièce 87). Au niveau du dos, c'est le secteur L5/S1 qui paraissait le plus atteint : « Bon alignement des murs postérieurs et bonne hauteur des corps vertébraux. Anomalie de la jonction lombo-sacrée. On retrouve une discrète protrusion discale à la hauteur C6/C7. Phénomène de dessiccation du disque L5/S1 qui montre une hernie discale paramédiane et foraminale gauche. Le cordon médullaire se présente normalement, sans lésion focale visible. Pas de masse intra-canalair. On retrouve des artéfacts de flux sur tout le fourreau durai, qui sont peu plus marqués au niveau cervical. Les coupes passant par la fosse postérieure se présentent sans particularité notable. Pour mémoire, présence d'un kyste arachnoïdien foraminaux gauche à hauteur D8/D9 à gauche » (rapport du 18 mai 2011 des Drs G. _____ et H. _____, du département de radiologie, dossier OAI, pièce 85). A côté de tout cela, le recourant paraissait toujours atteint du trouble somatoforme douloureux déjà évoqué en 2009 : « Le patient dira également « je ne peux pas

travailler à cause de mes douleurs cervicales qui remontent à toute la tête, de ma fatigue, de ma concentration qui est mauvaise, de mon mal de dos, de mon mal dans les genoux, de mon mal dans la nuque (...)» (rapport B. _____, p. 4, pièce 102). A la fin de l'été 2011, la Prof. F. _____ constatait une amélioration de l'état de santé et indiquait qu'il n'y avait du point de vue de sa discipline plus aucune atteinte objectivable, vu la régression

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 complète du déficit apparu en avril 2011 : « En ce qui concerne le probable syndrome isolé en avril 2011, on constate une régression complète de déficit neurologique objectif ainsi qu'un bilan neuropsychologique et radiologique parfaitement superposable aux examens précédents effectués en été 2011. Nous restons donc avec le diagnostic d'un status post un probable syndrome isolé sans qu'il ne soit possible de diagnostiquer une sclérose en plaque. Bien qu'une fatigue, une humeur dépressive et des douleurs mal systématisées puissent faire partie d'une maladie démyélinisante, ceci est très peu probable chez ce patient avec en tout des lésions cérébrales non nombreuses, toutes sans signe d'activité inflammatoire (pas de rehaussement au gadolinium, pas de synthèse intrathécale des anticorps) et une évolution parfaitement stable durant les derniers six mois » (rapport du 15 septembre 2011, dossier OAI, pièce 112).

Devant la persistance des plaintes multiples en automne 2011, elle laissait clairement entendre que les limitations ne dépendaient plus désormais que du seul trouble douloureux somatoforme et que l'instauration d'un traitement approprié devenait indispensable: « La multitude des plaintes du patient n'est pas ou très peu à mettre en lien avec le diagnostic neurologique. Au maximum, les troubles neuropsychologiques détaillés dont vous trouverez les rapports en annexes peuvent être en partie en lien avec un status post syndrome clinique isolé. Par contre, une évaluation psychiatrique et éventuellement rhumatologique avec ensuite instauration d'un traitement approprié me paraît indispensables afin d'améliorer la qualité de vie et afin de finalement déterminer la capacité de travail. A mon avis, les importantes limitations actuelles n'ont pas de caractère permanent avant les évaluations et traitements appropriés décrits ce qui m'empêche pour le moment de remplir le questionnaire détaillé sur les limitations dans le cadre d'une activité adaptée à un handicap permanent » (rapport du 23 novembre 2011 de la Prof. F. _____, dossier OAI, pièce 121). A la même époque, la Dresse E. _____ évoquait à son tour la nécessité de la mise en place d'un soutien psychologique susceptible de faire recouvrer sa capacité de travail au recourant, celle-ci au demeurant assez peu touchée par les seuls troubles cognitifs: « Cette nouvelle évaluation neuropsychologique destinée à compléter une partie de l'évaluation réalisée en juillet concernant les aspects mnésiques et exécutifs, met en évidence des résultats plutôt hétérogènes : au sein de la mémoire visuelle, le test qui est généralement le mieux réussi est chez lui moins bien réussi (DMS 48 perturbée vs figure complexe de Rey réussie); les tests de mémoire de travail ne sont pas réussis de la même façon (réussite en modalité auditive et échec en modalité visuelle); certains tests évaluant les fonctions exécutives sont bien réussis, le niveau général de raisonnement est tout à fait satisfaisant. Les résultats au questionnaire de fatigue indiquent une fatigue surtout liée aux aspects physiques et dans une moindre mesure aux aspects cognitifs. Dans ces conditions, il serait important qu'il soit soutenu sur le plan psychologique pour affronter la perspective d'une réinsertion professionnelle au moins à temps partiel, les troubles cognitifs ne justifiant que d'une incapacité de travail relativement partielle (de l'ordre de 30%) » (rapport du 18 novembre 2011, dossier OAI, pièce 116). Le médecin traitant, la Dresse I. _____, est même finalement parvenue à la conclusion que le recourant était probablement hypocondriaque : « Status après un épisode de diplopie aiguë en avril 2011 actuellement

régressif, suspicion d'une poussée isolée de sclérose en plaque. État de fatigue chronique, douleurs articulaires multiples, en particulier de l'axe vertébral, troubles cognitifs peu spécifiques, troubles digestifs fonctionnels dans le cadre d'une probable hypocondrie » (rapport du mois de novembre 2011, dossier OAI, pièce 141).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Le recourant fut alors envoyé devant un expert psychiatre, le Dr J. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH (cf. son rapport d'expertise du 15 octobre 2012, dossier OAI, pièce 231). Celui-ci diagnostiqua à son tour un trouble somatoforme : « Durant l'examen, j'ai été étonné que l'assuré me dise qu'il était incapable de s'agenouiller. Pourtant, il l'a fait lorsque ses documents sont tombés à terre. Il y a une nette discordance entre ce que relate l'assuré et ce qui est observé par l'expert et ces constatations ont déjà été faites par les divers médecins qui s'en sont occupé. Dans ce sens, nous pouvons dire que, de par les caractéristiques de la douleur et l'évolution, nous sommes face à un trouble somatoforme. Selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilan négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet » (expertise J. _____, p. 18, dossier OAI, pièce 230). Pour autant, ce trouble ne s'accompagnait d'aucune maladie psychiatrique invalidante : « Concernant les critères de comorbidité de Mayer-Blaser, nous constatons qu'il n'y a pas de comorbidités psychiatriques. En effet, il existe une anxiété plutôt liée à la personnalité de l'assuré mais qui n'est pas handicapante. Puisque les douleurs existent depuis longtemps, nous pouvons parler d'une affection chronique. Il n'y a pas d'isolement social. L'assuré n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et n'a jamais été suivi par un médecin psychiatre. Il prend du Demetrin, médicament de la famille des benzodiazépines » (expertise J. _____, p. 19, dossier OAI, pièce 229). Le recourant ne présentait notamment pas de signe de dépression : « Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, il n'y a pas de tristesse et l'humeur n'est pas dépressive. Je ne note pas la présence de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiment de dévalorisation et de découragement. Il n'y a pas de sentiment d'infériorité, de ruine ou d'inutilité. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide et n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. L'assuré dit que le sommeil est perturbé en raison des douleurs » (expertise J. _____, p. 15-16, dossier OAI, pièces 232-233). L'expert estimait au final que le recourant était bien loin d'être aussi gravement atteint qu'il ne le pensait : « Du point de vue physique, l'assuré dit avoir des douleurs vécues subjectivement comme très handicapantes et l'empêchant d'avoir une qualité de vie normale selon lui. Je n'ai toutefois pas pu l'objectiver au cours de l'entretien. De plus, au vu des activités quotidiennes de l'assuré, nous sommes loin d'un patient gravement atteint » (expertise J. _____, p.19, dossier OAI, pièce 229). Parallèlement à cela, le recourant a décidé de consulter un nouveau médecin traitant en 2012, soit le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui l'a adressé à différents spécialistes. Aucun ne sera toutefois véritablement en mesure de retenir un diagnostic ni dès lors d'expliquer la cause des douleurs. En dépit de quelques signes apparents, les spécialistes du département des neurosciences cliniques du CHUV, la Dresse L. _____ et le Dr M. _____ ne pourront pour leur part

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 formellement retenir le diagnostic de sclérose en plaques pour la raison, là encore, que le recourant n'aurait jusqu'alors subi qu'une seule et unique poussée de cette maladie : « Il s'agit d'un patient de 54 ans ayant présenté un épisode de diplopie, des vertiges et des troubles de l'équilibre en mai 2011 ainsi que des douleurs mal localisées. Au status, hormis une oculomotricité saccadée et un Romberg instable (origine fonctionnelle suspectée), nous ne voyons pas d'anomalies. Nous ne pouvons donc pas poser formellement un diagnostic de sclérose en plaques actuellement, compte tenu de l'épisode unique de troubles neurologiques de mai 2011. Etant donné que les lésions de la substance blanche peuvent suggérer une possible sclérose en plaques, nous vous proposons d'effectuer une IRM de contrôle à six ou douze mois, en fonction de la clinique, et de suivre le patient cliniquement. Nous restons à disposition si vous le jugez nécessaire » (dossier OAI, pièce 287). Quant au Dr N. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, il ne semblait pas non plus s'expliquer la cause des douleurs au regard de la seule atteinte lombaire, laquelle n'entraînait au demeurant ni franche ni nette compression radiculaire: « Je le vois ce jour dans le cadre d'une possible discopathie dégénérative douloureuse, l'IRM démontre effectivement une discopathie de grade IV à V au niveau L5-S1 (il existe une anomalie de transition, j'ai appelé L5-S1 le dernier disque fonctionnel) ainsi qu'une arthrose facettaire massive prédominant du côté droit avec du liquide intra-articulaire. Il n'y a cependant pas de franche et très nette compression radiculaire. Dans ce contexte, il m'est difficile de proposer une intervention sur ce disque, il faudrait pouvoir discuter chez ce patient d'une spondylodèse soit par voie antérieure soit postérieure, mais ceci nécessite de prouver impérativement la responsabilité des douleurs » (rapport du 20 octobre 2012, dossier OAI, pièce 278). Le recourant est encore allé voir le Dr O. _____, généraliste, à la fin du mois de janvier 2013. Dans un rapport du mois de février 2013, celui-ci a également indiqué que son patient était atteint d'un trouble somatoforme douloureux. Il le faisait toutefois encore suivre par les spécialistes de l'Inselspital de Berne (dossier OAI, pièce 319). Comme la plupart des médecins amenés à se pencher sur le cas du recourant, ces derniers spécialistes ont à leur tour fait état d'un sévère syndrome douloureux ne sachant s'expliquer au regard de la seule atteinte radiculaire. Ils proposaient tout de même la poursuite des investigations : « Wir sehen bei ihm ein starkes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in das rechte Bein. Die Schmerzen können nicht eindeutig radikulär zugeordnet werden. Wir schlagen deshalb die Durchführung eines MRI's der Brust- und der Lendenwirbelsäule vor, im Anschluss werden wir Herrn Schnyder erneut in unserer Poliklinik sehen» (rapport du 9 janvier 2013 des Prof P. _____ et Q. _____ et du Dr R. _____, dossier OAI, pièce 339). Ils préconiseront plus tard une réhabilitation, mais leur pronostic sera sombre: « Aufgrund der langjährigen Schmerzproblematik und der neuen fraglich radikulären Symptomatik eher ungünstig» (rapport du 29 juillet 2013 du Dr S. _____ du service de rhumatologie, dossier OAI, pièce 357). En été 2013, la Dresse T. _____, anesthésiste FMH, spécialisée en antalgie, a attesté à son tour de la présence chez le recourant d'un trouble somatoforme douloureux (cf. son rapport du 17 septembre 2013, dossier OAI, pièce 264). b) estimation de la capacité de travail jusqu'à la décision querellée (septembre 2013) Dès le dépôt de sa demande en 2011, le recourant s'est estimé incapable de travailler : « Il se plaint également de troubles de la mémoire et de difficulté dans l'expression orale (perd le fil de la

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 conversation, mélange des mots). Il n'a plus de force et ne peut faire de travaux lourds, ni même porter des sacs de courses dans les escaliers. Il souffre de maux de dos et de douleurs aux cervicales. Il évoque des fourmillements dans les

4 membres, notamment la nuit » (évaluation IP du 8 novembre 2011, dossier OAI, pièce 78). Au plan physique, le Dr B. _____ envisageait une récupération progressive entière de la capacité de travail : « Dans ce cadre, il ne m'apparaît ce jour aucune affection somatique ou psychique susceptible d'empêcher la reprise professionnelle partielle à 50% signifiée le 17.06.2011 dans tout emploi léger, sans port de lourdes charges et permettant une alternance de positions. Un tel travail devra être possible à un taux de 75% dès le milieu du mois de septembre avant une reprise professionnelle pleine et entière dès le milieu du mois d'octobre 2011. Cet avis sera admis ce jour comme juste et adéquat par le patient qui cependant dira « mais l'AI doit me le trouver ce travail » (rapport B. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 100). Les experts de l'Inselspital ne paraissent retenir une incapacité de travail totale que durant la réhabilitation préconisée, ce qui laissait également sous-entendre d'une récupération de la capacité de travail à terme : « Stationäre Behandlung, insbesondere multimodale interdisziplinäre Rehabilitation. Während der Behandlung auf der Rheumatologie 100 % arbeitsunfähig » (rapport du 29 juillet 2013 du Dr S. _____, dossier OAI, pièce 357). D'un point de vue neurologique, aucune incapacité de travail n'était non plus retenue, la Prof. F. _____ suggérant qu'une éventuelle incapacité de travail ne dépendait plus désormais que du seul état psychique du recourant : « Du point de vue neurologique, il n'y a donc pour le moment pas d'argument pour une éventuelle incapacité de travail. Par contre, l'humeur anxio-dépressive me paraît nettement décompensée et peut clairement expliquer la plupart des plaintes (fatigue, troubles du sommeil avec réveil précoce, vertiges avec paresthésies et dyspnées signalant possiblement des attaques de panique). En ce qui concerne les douleurs de la colonne et des articulations des membres supérieurs et inférieurs, une composante rhumatologique est possible, mais je ne connais pas les détails de ce diagnostic anamnestique. Une évaluation psychiatrique, et éventuellement rhumatologique, est à mon avis indispensable afin d'améliorer la qualité de vie de ce patient et de déterminer l'incapacité de travail » (rapport du 15 septembre 2011, dossier OAI, pièce 112). Or, précisément, le Dr J. _____ indiquait finalement pour sa part qu'aucune limitation de la capacité de travail n'existait sur ce tout dernier plan : « Nous sommes donc en présence d'un syndrome somatoforme, sans comorbidités psychiatriques, ne justifiant pas d'incapacité de travail chez cet assuré. Du point de vue psychiatrique donc, l'assuré est capable de travailler à 100%. Le pronostic reste tout de même réservé au vu de la présence du trouble somatoforme » (expertise J. _____, p. 19, dossier OAI, pièce 229). Certains médecins ont certes fait état de limitations. Comme le Dr K. _____ (« Le rendement est réduit de 100%. Trop tôt pour se prononcer quant à une activité adaptée au handicap qui serait possible » rapport du 29 mai 2012, dossier OAI, pièce 189), ou les spécialistes de l'Inselspital (« Der Versicherte weist ein objektivierbares radikuläres Defizit auf der rechten Seite auf. Er kann keine längeren Gehstrecken überwinden, Gewichte über 10 kg heben oder tragen. Auch keine Lasten schieben oder ziehen », rapport du 29 juillet 2013 du Dr S. _____, dossier OAI, pièce 357), voire la Dresse E. _____ (« ...les troubles cognitifs ne justifient que d'une incapacité de travail relativement partielle (de l'ordre de 30%) », rapport du 18 novembre 2011, dossier OAI, pièce 116) ou même la Dresse I. _____ (« Actuellement, il est

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 très limité dans ses activités : mis à part quelques promenades journalières ainsi qu'un peu de bricolage, chaque effort soutenu un peu plus longtemps entraîne une augmentation des douleurs. Fatigabilité importante et troubles de la concentration. Du point de vu médical, la reprise d'une activité à 50% pourrait être envisagée, à condition de la reprise très progressive d'un travail léger, ne demandant pas

trop d'efforts intellectuels », rapport du mois de novembre 2011, dossier OAI, pièce 141). Toutes ces limitations étaient cependant manifestement liées aux douleurs et s'exprimaient dès lors dans un contexte de syndrome douloureux somatoforme observé par chacun de ces médecins, mais ne sachant toutefois être considéré comme invalidant selon l'expert psychiatre. La Dresse I._____ précisait par ailleurs qu'une nouvelle poussée de sclérose en plaques n'était pas prévisible en l'état : « Pronostic. Impossible à déterminer : dépendra de l'évolution de la maladie neurologique : impossible de prévoir une éventuelle nouvelle poussée de sclérose en plaque » (rapport précité) Elle relevait en revanche que l'évolution était également liée aux traits hypocondriaques du recourant: « Par ailleurs, l'évolution des multiples plaintes présentée actuellement dépendra de l'évolution de sa maladie hypocondriaque » (rapport précité). On ne peut ainsi manifestement retenir l'existence d'une atteinte invalidante au sens de la loi. Cela d'autant moins que le tableau est encore influencé par des facteurs extra-médicaux qui n'engagent pas la responsabilité de l'assurance-invalidité. c) facteurs extra-médicaux La fatigue qui serait à l'origine de la remise du commerce du recourant en 2011 peut tout aussi bien s'expliquer par le rythme (5 ans d'activité, 7 jours sur 7, sans un seul congé) et la nature même du travail contraignant qu'il accomplissait: « Le patient dira « j'avais l'idée depuis un moment de faire quelque chose à mon compte et c'est là qu'on a repris un magasin d'alimentation avec mon épouse en ville de Fribourg, on l'a gardé depuis mai 2006 jusqu'à fin mai 2011, date à laquelle j'ai arrêté le magasin car j'étais trop fatigué, une fatigue générale que j'avais depuis 2010 et dont je me suis rendu compte quand en 2010 je me suis occupé d'une tante en Valais qui avait 97 ans qui est décédée en juillet 2010, là je me suis rendu compte que j'étais vite fatigué et que ça me tombait dessus, en plus le magasin ça été 5 ans sans congé, ouvert 7 jours sur 7 sauf le samedi après-midi et le dimanche après-midi, c'était peut être à cause des horaires que je me suis fatigué, on se levait à 05h30 et on travaillait jusqu'à midi puis de 15h00 à 19h00, le magasin faisait 82m2, on était les 2 employés avec ma femme, on avait pas d'autre employé et on se partageait les tâches, moi je m'occupais des courses 2 fois par semaines, des alcools, des cigarettes, des boissons, des fruits et des légumes » (rapport B._____, p. 2, dossier OAI, pièce 104). Dans le même ordre d'idées, s'il avait quitté le travail de représentant qu'il exerçait auparavant pour se mettre à son compte, c'était probablement pour des raisons n'ayant rien à voir non plus avec son état de santé : « En 1988, il travaillera en qualité de représentant en matériel électrique dont il dira « je me suis formé sur le tas, je vendais et faisais de la représentation pour des interrupteurs, des prises chez les électriciens, les grossistes, les architectes pour toute la Suisse Romande ». Fin 2005, lorsque l'entreprise pour laquelle il travaillait sera rachetée par l'entreprise Hager, il la quittera « car j'étais trop indépendant depuis des années, il y a eu des conflits, je me

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 suis pris de bec avec certaines personnes qui me laissaient un tas de cheni sur le bureau et je suis parti » (rapport B._____, p. 2, dossier OAI, pièce 104). Quoiqu'il en soit, avec son épouse à la retraite, le recourant n'est pas très motivé à l'idée de reprendre le travail : « Un syndrome conscient ou inconscient d'amplification des plaintes ressenties doit être suspecté chez ce patient dont les enfants sont grands, dont l'épouse plus âgée est déjà en retraite et dont la vie estivale au bord du lac de Neuchâtel est déjà bien organisée » (rapport B._____, p. 6, dossier OAI, pièce 100). Il n'a du reste pas adopté le mode de vie d'un grand handicapé, mais plutôt d'un retraité : « Concernant les activités quotidiennes de l'assuré, il se lève vers 8h le matin. Il dit dormir en fonction de ses douleurs. Il va promener son chien, également en fonction de ses douleurs mais parfois, il lui arrive d'avoir des vertiges qui l'obligent à s'asseoir pour ne pas tomber

dans les pommes. Il prépare le petit-déjeuner et prend ses médicaments. Il dit écouter de la musique et faire des mots-croisés. Il aide son épouse dans les tâches ménagères. Il dit que s'il se sent bien, il bricole à la maison sinon il va se coucher. Il dit beaucoup lire mais, par contre, il ne peut pas partir en vacances. Le couple a toutefois un mobile home au bord du lac de Neuchâtel et s'y rend lorsqu'il fait beau. Manifestement, ceci plaît beaucoup à l'assuré car il peut y bricoler et il dit s'y sentir très bien » (expertise J. _____, p. 16, dossier OAI, pièce 232). Reconnu comme hypocondriaque, il semble enfin convaincu d'être invalide et conteste systématiquement les avis médicaux qui ne le déclarent pas gravement malade : « Entre temps, il n'a pas subi d'événements suspects pour une nouvelle poussée. Par contre, il se plaint d'une multitude de symptômes à la consultation de ce jour à laquelle il se présente avec son épouse. Il se plaint de douleurs importantes, surtout au niveau de la colonne vertébrale, mais également de façon diffuse au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il a l'impression d'avoir un « corps abimé » qui ne lui permet plus de reprendre un travail malgré l'avis d'une expertise médicale récente. (...) J'ai longuement discuté mon attitude avec le patient et son épouse qui ne l'ont malheureusement pas du tout acceptée » (rapport du 15 septembre 2011 de la Prof. F. _____, dossier OAI, pièce 112) ; « Il s'exprime toujours abondamment, est fâché et déçu par le résultat d'une expertise qu'il a réalisé en septembre 2011 qui n'a pas abouti à une reconnaissance de ses difficultés » (rapport du 18 novembre 2011 de la Dresse E. _____, dossier OAI, pièce 116). Il est ainsi en perpétuelle quête d'avis médicaux qui iraient dans son sens : « Selon l'assuré, son état de santé a évolué : de sa propre initiative, et sans évaluer la situation avec son médecin traitant dont il reproche l'inertie, il est allé consulter : Gastro-entérologue en janvier, Dr U. _____. Il semblerait qu'il souffre d'une bactérie qui détruirait les muqueuses de l'estomac. Cela occasionnerait des douleurs au ventre et une perte de poids de 9 kg en un an. Il est actuellement sous traitement par antibiotique. Chirurgien orthopédique, Dr K. _____ à la Clinique St-Anne. Selon l'assuré, il souffre de problèmes de dos depuis des années. C'est la raison pour laquelle il aurait abandonné son métier de monteur-électricien pour celui de représentant, une activité plus légère. Puis, il nous explique qu'il ne parvenait plus à conduire pendant de longue période, toujours en raison de ses problèmes de dos, c'est pourquoi il est devenu indépendant et a ouvert un magasin d'alimentation. (...) Nous prenons note de ces éléments. Il nous remet d'ailleurs une copie des cartes de visite des médecins » (rapport d'entretien à l'OAI du 11 avril 2012, dossier OAI, pièce 159). Or, contrairement à ce qu'il semble penser, la reconnaissance d'une maladie identifiée ne lui ouvrirait pas encore automatiquement le droit à la rente.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Et l'on peut en effet penser, avec l'expert psychiatre, que c'est bien là tout ce qu'il recherche: « Comme cela a déjà été décrit par le médecin expert qui a examiné l'assuré en 2011, (...) il y a une composante psychogène assez importante, dans le sens que l'assuré est très démonstratif au niveau de ses douleurs et on constate très clairement qu'il ne veut pas travailler et fait tout pour obtenir une rente AI » (expertise J. _____, p. 18, dossier OAI, pièce 230).

E. 4

Après une lecture attentive du dossier, force est de constater, avec l'OAI, que le recourant ne saurait pour l'heure prétendre à l'octroi d'une rente ou de toutes autres prestations. Hormis un trouble somatoforme douloureux présent depuis de nombreuses années mais n'ayant entraîné dans son sillage aucune maladie psychiatrique invalidante, un diagnostic d'une atteinte invalidante au sens de la loi ne peut en effet clairement se poser. Toutes les

limitations découlent essentiellement de ce trouble somatoforme qui explique, comme d'autres facteurs extra-médicaux, que le recourant n'est plus disposé à retrouver un travail, et cela ne saurait nullement engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Il paraît certes avoir été touché par des symptômes plus particuliers au printemps 2011, mais ceux-ci avaient déjà disparu dans le courant de l'été suivant et ne lui ont pratiquement laissé aucune séquelle, aux dires des spécialistes en neurologie amenés à l'examiner. Il n'est notamment pas du tout établi que ce syndrome isolé, pouvant s'apparenter à une première poussée de sclérose en plaques restée sans suite jusqu'au mois de septembre 2013, date à laquelle la décision querellée a été rendue, ait été à l'origine d'une perte de gain durable. De nature hypocondriaque, le recourant semble s'être persuadé du contraire, à savoir qu'il est gravement atteint dans sa santé et qu'il doit être déclaré invalide. Cette conviction ne se déduisant aucunement du dossier médical, son recours doit être déclaré mal fondé et peut par conséquent être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, des frais de 800 francs sont enfin mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec son avance de frais du 5 décembre 2013.

E. 5

Le 1er octobre 2014, soit après même deux échanges des écritures, le recourant a fait parvenir un nouveau document médical émanant des spécialistes du CHUV. Ceux-ci ont finalement retenu qu'il était bien atteint d'une sclérose en plaques, après une seconde manifestation de symptômes, toutefois atypiques, au printemps 2014 : « Nous constatons une modification de l'examen neurologique par rapport à la dernière visite en juillet 2012 à notre consultation, et ce en présence d'une nouvelle lésion périventriculaire gauche. Sur la base des documents à notre disposition et de l'anamnèse, les symptômes présentés il y a quelques mois ne peuvent pas être attribués à une nouvelle poussée (pas décrits lors des consultations du Dr V. _____ du 12.05 et du 02.06.2014, symptômes fluctuants et peu spécifiques). Néanmoins, le patient ayant présenté une première poussée en 2011 et l'IRM montrant une nouvelle lésion, nous pouvons confirmer ce jour le diagnostic de sclérose en plaques, avec une indication à un traitement de fond » (rapport du 25 août 2014 des Dr W. _____ et X. _____). Il s'agit là d'un fait nouveau.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Ce diagnostic ne change toutefois rien aux observations effectuées sur la période qui précédait la décision de refus de rente, période durant laquelle, comme il a été dit, en dépit d'une première poussée immédiatement en régression, le recourant n'avait pas présenté d'atteinte invalidante objectivable susceptible d'entraîner une perte de gain durable. Les quelques limitations éventuellement durables qui avaient jusqu'alors pu être constatées dépendaient essentiellement du trouble somatoforme douloureux et de plaintes généralisées. Or, les signes présentés au cours de cette seconde manifestation de symptômes sont plus spécifiques : « Il y a quelques mois, il a présenté pendant une semaine des épisodes de vertiges, de douleurs à l'hémi-visage droit et céphalées hémi-crâniennes droites. Ces épisodes pouvaient durer de quelques minutes à quelques heures. Les douleurs de l'hémi-visage droit étaient plus importantes au niveau de la mâchoire, avec extension à toute la gencive des deux côtés. Il rapporte également une chaleur et une douleur hémi-crânienne droite. Il décrit les vertiges comme l'impression de tomber à la fermeture des yeux (plusieurs épisodes dans la douche); de plus, il a l'impression que tout tourne autour de lui comme s'il avait bu de l'alcool » (rapport précité). Si ces symptômes devaient durer ou s'ils laissaient des séquelles, ils pourraient théoriquement à l'avenir avoir des effets sur le droit aux prestations du recourant. C'est la

raison pour laquelle son intervention du 1er octobre 2014 est transmise comme nouvelle demande à l'OAI, à qui il appartiendra de procéder à l'estimation de l'impact sur la capacité de travail de cette nouvelle manifestation de symptômes à partir du printemps 2014.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision est confirmée. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant ; ils sont compensés avec l'avance de frais du 27 novembre 2013. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. L'intervention du 1er octobre 2014 du recourant est transmise avec son annexe à l'OAI, comme nouvelle demande. V. 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 31 mars 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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