

FR_GERICHTE 605 2014 106 vom 28. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_106

FR: FR_GERICHTE 605 2014 106 du 28 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2014 106 del 28 settembre 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, dûment représenté, 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.

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. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet 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 et les références). Cela étant, ce n'est 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).

E. 3

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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13

E. 4

a) 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, dite classique, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). b) Le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité) se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). De jurisprudence constante, il est admis qu'en l'absence d'un revenu d'invalide effectivement réalisé, l'on peut se fonder sur les enquêtes statistiques pour le déterminer. La réduction du montant des salaires ressortant des statistiques en vue de fixer le gain d'invalide en l'absence d'un revenu effectivement réalisé doit tenir compte de certains empêchements propres à la personne de l'invalide, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité et, le cas échéant, la catégorie d'autorisation de séjour, ainsi que le taux d'occupation. Une déduction globale supérieure à 25 % n'est pas admise (ATF 126 V 79 sv. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 sv. consid. 4b). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration; le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs pertinents, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 81 consid. 6). c) 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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. 5

Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). Ainsi, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important de ces dernières, propres à influencer le degré d'invalidité, peut donner lieu à révision. Il y a révision 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références).

E. 6

Est en l'espèce litigieuse la décision de refus d'entrer en matière sur le droit aux prestations du recourant. Ce dernier soutient qu'une instruction doit être faite, parce que son état de santé s'est aggravé : il souffre désormais, outre de ses lombalgies, d'une artériopathie au niveau des jambes ainsi que d'une dépression. L'OAI estime pour sa part, il le fait remarquer dans ses observations puis dans ses contre-observations, que ces deux nouvelles atteintes, dont la seconde n'est au demeurant pas même établie, n'entament pas la capacité de travail. Il se réfère sur ce point à l'avis de son service médical interne (SMR). Force est ainsi de constater que l'OAI se prononce finalement sur le fond : sa décision négative ne constitue dans ces conditions plus à proprement parler un refus d'entrer en matière, mais s'apparente désormais bel et bien à un refus de rente.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 Il se justifie dès lors, par mesure d'économie de procédure également, d'examiner la portée incapacitante des deux atteintes nouvellement alléguées, question soulevée dans le cadre d'une nouvelle demande. Le recourant ayant fait

l'objet d'un premier refus de rente en 2012, il y a lieu de revenir sur son parcours médical.

a) au moment du premier refus de rente Le recourant, né en 1959, a toujours travaillé comme ramoneur : « Il a toujours travaillé dans le ramonage. Il est parti 6 ans à Genève pour voir autre chose, sinon il est toujours resté à Yverdon. C'était lors de son apprentissage, le papa qui était patron, puis c'est le fils qui a repris l'entreprise. Il y retravaille depuis 1984. Ils étaient que 2 dans l'entreprise, lui et le patron. Depuis septembre 2010, il y a un nouveau qui a été engagé dans le but qu'il reprenne gentiment l'entreprise, car le patron a 64 ans et va partir en retraite bientôt. Ils se divisent le travail par secteur. Ils s'occupent de tout le ramonage, des cheminées, des chaudières, etc. Il doit monter sur les toits et cela est dangereux. Il doit porter l'aspirateur et cela peut être parfois lourd. Surtout que les chaudières se trouvent en général à la cave ou au grenier et qu'il n'y a pas forcément d'ascenseur » (rapport de l'assurance-maladie Helsana, dossier OAI, pièce 2). Il souffre de lombalgies depuis plusieurs années. Ses douleurs sont devenues handicapantes au début de l'année 2011 : « Il a mal au dos depuis bien des années, une barre en bas du dos. Mais il a toujours fait avec, cela ne l'empêchait pas de travailler ou bouger. Par contre depuis le début 2011, cela l'handicapait, il avait de fortes douleurs dans les jambes, les jambes lourdes et les mollets durs, comme des crampes. Il ne pouvait plus avancer. Il loupait parfois des marches car il n'arrivait plus à lever les pieds. Il alla consulter son médecin traitant qui lui donna de la physio. Cela ne l'a pas vraiment aidé. C'est pour ça qu'il a dû arrêter son travail début mars. Un IRM a été effectué. Il en ressort qu'il a 3 disques aplatis et une forte scoliose. Son médecin l'a envoyé chez un spécialiste à l'hôpital cantonal de Fribourg » (rapport précité, dossier OAI, pièce 4). Si bien qu'il a dans un premier temps été mis à l'arrêt de travail : « Il est allé à la consultation hier, soit le 19.04.2011. Le médecin lui a dit qu'il ne fallait pas opérer. Il a refait des radios de contrôle. Il lui a redonné une série de physio et il lui a dit de rester en repos encore jusqu'à fin mai, soit 3 mois d'incapacité, puis une reprise à 50% » (rapport précité, dossier OAI, pièce 4). Compte tenu de ses douleurs, de son âge, et de la réalité du métier, il ne se pensait alors plus en mesure de continuer à exercer son activité : « Il se rend compte qu'il aura des problèmes pour poursuivre son métier. Il me dit que c'est dur à son âge, car il n'a fait que ça. Je lui dis qu'il doit réfléchir pour l'avenir, ce qu'il pense qu'il pourrait faire au vu de son état de santé. Il pense que son patron ne pourra pas lui donner que du léger vu qu'ils sont que 2. Les entreprises de ramonage dans la région sont toutes petites, ils ont max 5 employés, donc difficile de se partager le travail léger » (rapport précité, dossier OAI, pièce 2). Il a dès lors déposé une demande de prestations le 26 avril 2011 (dossier OAI, pièce 16), invoquant une « importante scoliose lombaire avec arthrose importante provoquant un canal étroit sévère ». Son médecin traitant, le Dr B. _____, appuyait sa demande.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Il attestait en effet que le recourant est bien atteint de « lombalgies et lombosciatalgies L5 droites sur déformation scoliootique avec shift latéral gauche. Discopathies grave L2/L3/L4 avec perte de la lordose. Franche hernie discale L4/L5 luxée vers le haut du côté droit » (rapport du 9 mai 2011, dossier OAI, pièce 29). Cette atteinte se manifeste notamment par des « douleurs lombaires et dernièrement paresthésies dans la jambe droite ». Au niveau des perspectives professionnelles, il estimait que « le patient devrait chercher un travail plus adapté au sein de son entreprise. Si l'employeur ne peut pas le remplacer un risque de licenciement est fort probable » (rapport précité), suggérant ainsi qu'un travail adapté était encore exigible. En annexe, il mentionnait encore qu'était envisageable « n'importe quelle activité d'auxiliaire qui ne met pas à contribution le dos, ne demande pas de port de charge excessif, ne demande pas de

formation à haute valeur surajoutée » (annexe du 9 mai 2011, dossier OAI, pièce 42). Le Dr B. _____ faisait enfin remarquer que « l'importance des lésions constatées et la clinique autoriserait la prise en charge chirurgicale, mais ce type d'intervention comporte des risques et devant l'évolution favorable spontanée sur la symptomatologie irritative de la racine L5 droite nous avons décidé, en accord avec le Dr C. _____, orthopédiste du rachis à l'hôpital cantonal, de renoncer à une intervention chirurgicale pour le moment » (rapport précité). Dans un rapport du 20 avril 2011, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, confirmait à son tour le diagnostic retenu et déconseillait en effet toute intervention, d'une part parce que cela ne ferait pas disparaître toutes les lombalgies, d'autre part, parce que les douleurs aux jambes s'étaient résorbées : « Il est clair que du point de vue radiologique on pourrait discuter d'une intervention chirurgicale pour essayer de redresser un peu la situation et ainsi améliorer la statique du patient en prenant les segments de L1 à L5 avec mise en place de cages pour essayer de rééquilibrer la scoliose. Ce type d'intervention comporte quand même certains risques et cela ne permettra pas la disparition totale des lombalgies. Vu que les douleurs au niveau des jambes se sont résolues, probablement à cause de la réabsorption du fragment herniaire, je déconseille une intervention chirurgicale dans l'immédiat et proposerais plutôt une attitude expectative avec un contrôle à 1 année pour juger de l'évolution de cette scoliose » (dossier OAI, pièce 39). Il laissait lui aussi entendre qu'une reprise de l'activité dans un poste adapté était exigible, mais qu'un éventuel licenciement serait problématique vu son âge : « Du point de vue socio- professionnel, il faudra qu'il discute avec son patron afin de voir s'il est possible de trouver un travail plus adapté dans son entreprise. A noter que si le patient est licencié, je doute fortement qu'il retrouve un travail adéquat et il faut aussi prendre en compte qu'une réintégration dans un autre domaine sera très difficile à son âge. Si le patient obtenait une perte de rendement de 50% cela serait déjà beaucoup, raison pour laquelle je propose un essai de reprise de travail à 50% dès le 01.06.2011 et à 100% dès le mois de juillet » (rapport précité). Il a du reste précisé plus tard : « Le patient pourra travailler à 100% dans un domaine adapté avec des changements fréquents de position et ne devra pas porter des charges de plus de 15kg de façon régulière » (annexe au rapport du 25 mai 2011, dossier OAI, pièce 83). Dès lors, dans un premier temps, à l'automne 2011, le recourant a bénéficié d'une première mesure d'évaluation professionnelle pendant trois semaines. Celle-ci a démontré qu'il s'était fait à l'idée de changer de travail : « il nous dit qu'il a pris conscience que son métier de ramoneur ne pourra plus être exercé. En effet, il est retourné au

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 travail durant la semaine de fermeture de l'ORIF. Il a pu ressentir la différence entre le travail en atelier à 100% et son travail de ramoneur. Cette expérience lui donne une motivation de se lancer vers un nouveau projet professionnel. Toutefois, il ne souhaite pas débiter une formation de longue durée car il est conscient qu'il aurait beaucoup de peine à s'investir dans des cours théoriques. Toutefois, une formation de courte durée avec une expérience professionnelle en complément l'intéresse et un tel projet est soutenu par l'ORIF » (rapport intermédiaire du 4 novembre 2011, dossier OAI, pièce 112). Au début de l'année 2012, il a donc été admis à participer à une évaluation et une orientation professionnelle de trois mois en centre professionnel, au titre de mesure d'intervention précoce. A la fin de cette mesure, un nouveau bilan a été pratiqué, qui laissait apparaître que le recourant n'était véritablement à l'aise que dans l'exercice d'une activité simple et répétitive : « M... confirme les difficultés cognitives de l'assuré. De plus, il n'a pas de connaissances en allemand et aucune notion en informatique. Il peine à comprendre les consignes. L'assuré a visité plusieurs secteurs de l'ORIF. Il s'avère qu'il préfère manipuler

des pièces d'une certaine grandeur car la motricité fine n'est pas très développée. Il préfère travailler dans des travaux répétitifs où les consignes sont simples. Il présente une faible capacité d'adaptation et d'anticipation » (rapport intermédiaire du 15 mars 2012, dossier OAI, pièce 130). Il avait réalisé un stage dans un domaine plus qualifié, qui avait révélé ses limites, tant au niveau de ses compétences réelles que de sa disponibilité: « il a réalisé un stage dans le contrôle des brûleurs. Ce type de formation exige un brevet fédéral et de trouver un employeur qui l'engage. De plus, cela implique de travailler la nuit car le spécialiste doit intervenir sur appel quand il est de garde. Cet aspect lui déplait car il ne se voit pas se déplacer durant la nuit, en hiver. Il souhaite également travailler à proximité de son domicile. En effet, 45 minutes de trajet lui semblent trop élevées. Nous devons tout de même lui rappeler que la durée du déplacement est exigible » (rapport précité). Il avait donc bien fallu se rendre à l'évidence et admettre qu'une reconversion professionnelle ne pouvait entrer en ligne de compte que dans un type d'activités n'exigeant pas une grande formation : « Le projet le plus réaliste demeure en des postes de travail tel qu'employé de production alimentaire, magasinier, vendeur dans un magasin brico-centre, employé d'usine pour travaux respectant les limitations » (rapport précité). Les observations relevées en cours d'évaluation permettaient d'ailleurs de penser que de telles activités étaient médicalement adaptées : « La douleur dorsale est persistante, selon lui. Les travaux légers ne pèjorent pas la situation. Les activités qui exigent une mobilité moyenne, sans pencher le buste, en dessous de quinze kilos, avec alternance de position debout - assise, sont adéquates et appréciées par votre assuré. Nous avons constaté que dans notre contexte, il est nécessaire qu'un travail permette un minimum d'alternance soit, dans la position debout après quarante-cinq à soixante minutes, et assise environ après une heure trente. Dans cette environnement, il est motivé et efficace. Parfois, il n'est pas conscient de ses limitations et projette sur des métiers ou travaux trop lourds, inadaptés à ces dernières » (rapport de synthèse de l'ORIF du 4 avril 2012, dossier OAI, pièce 148). C'est dans ces conditions qu'un premier refus de rente a été prononcé le 13 septembre 2012, la décision retenant en substance une capacité de travail entière dans une activité industrielle légère adaptée, pour un taux n'excédant finalement pas 32% (cf. dossier OAI, pièce 180).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Il n'y a pas eu de recours et cette première décision est entrée en force. Il faut dire que le recourant n'avait jamais vraiment contesté l'estimation faite de sa capacité résiduelle de travail. Il avait au contraire même déclaré vouloir travailler en usine : « Il nous dit qu'il va réfléchir à un projet professionnel. Il serait d'accord de travailler en usine. Il aimerait un travail qui lui permet de bouger, d'avoir du contact, d'être à l'intérieur car il n'aime pas trop le froid » (rapport d'entretien du 25 mai 2011, dossier OAI, pièce 64). Dans un rapport du 2 mai 2012, le Dr C. _____ indiquait certes finalement qu'« une reconversion professionnelle sera très difficile chez ce patient, raison pour laquelle il serait bien qu'il puisse bénéficier d'une rente », mais on ne saurait croire que ces derniers propos se situent sur un plan exclusivement médical, d'autant moins que le spécialiste ajoutait que « les douleurs lombaires sont sous contrôle avec la prise de Dafalgan au besoin » et qu'« une indication médicale n'est pas posée » (dossier OAI, pièce 175). b) au moment du second refus de rente (« refus d'entrer en matière ») Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 26 février 2014 (dossier OAI, pièce 213), alléguant que son état de santé s'était détérioré. S'il fait toujours mention de « lombalgies chroniques sur importante arthrose et scoliose et atteinte des disques », il signale désormais une « dépression » depuis le mois d'octobre 2013, et fait savoir qu'il a les « artères des jambes bouchées ». Il est toujours soutenu par son médecin traitant, le Dr B. _____ . Celui-ci

admet que la situation est globalement restée stable, mais dit qu'il faudrait tout de même octroyer une rente à son patient : « Au niveau du dos la situation est relativement stable, mais ne permet toujours pas des travaux de force, comme ceci a déjà été mentionné dans tous les précédents rapports. (...) Je pense réellement qu'il ne s'agirait pas d'un abus à l'assurance sociale de lui octroyer une rente de 50%. Si nécessaire, je vous prie cette fois-ci de bien vouloir convoquer le patient dans vos offices devant un médecin pour décider, en expertise, si le refus de rente est toujours avéré » (rapport du 28 mars 2014, dossier OAI, pièce 216). Il s'agit donc plus d'une demande de reconsidération mais rien au dossier ne peut toutefois donner à penser, on vient en effet de le voir, que le premier refus de rente ne correspondait pas à la réalité de la situation médicale du recourant. Le Dr C. _____ pense également qu'il « serait bien que le patient puisse bénéficier d'une rente AI », mais constate malgré tout que « la situation reste stable du point de vue radiologique. Nous ne posons pas d'indication opératoire » (rapport du 6 février 2014, dossier OAI, pièce 219). Dans ces conditions, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande par décision du 30 avril 2014 (dossier OAI, pièce 227), mais s'est prononcé plus tard sur la portée incapacitante des deux atteintes nouvellement alléguée. Quoi qu'il en soit, un refus des prestations s'avère en l'espèce justifié. D'une part, il n'existe pas chez le recourant de véritable dépression.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Son moral est atteint parce que sa situation économique est délicate depuis qu'il a perdu son emploi, dont il avait en fait finalement lui-même démissionné : « Dans ce contexte de douleurs lombaires véritables et confirmées par imagerie, même s'il reste des capacités résiduelles, le patient est en train de prendre un grand coup au moral et nous avons donc dû instaurer dernièrement un traitement antidépresseur par Cipralax » (rapport du 28 mars 2014, dossier OAI, pièce 216). Il a ainsi certes été mis sous antidépresseurs, mais n'est toutefois suivi par aucun spécialiste et ne réclame d'ailleurs aucune expertise dans ce sens. Enfin, pour ce qui concerne la problématique artérielle au niveau des jambes, le Dr D. _____, angiologue FMH, atteste certes que « depuis plusieurs mois, il présente des lombalgies mais également une claudication intermittente des 2 mollets. Il s'agit de douleurs apparaissant après quelques centaines de mètres, d'abord dans le mollet droit, puis dans le mollet gauche. Lorsqu'il s'arrête, les douleurs cèdent assez rapidement après l'effort. Il n'y a pas de douleur de repos dans les 2 membres inférieurs, par contre des raideurs et des douleurs lombaires peuvent être présentes à tout moment » (rapport du 6 février 2014, dossier OAI, pièce 222). Mais il ne fait pour autant état d'aucune incapacité de travail. Au contraire, il laisse clairement espérer une amélioration rapide grâce à la prise en charge : « Ce bilan angiologique confirme la présence d'une artériopathie qui peut tout à fait expliquer en soi la claudication des 2 mollets. Ces sténoses iliaque externe gauche et fémorale superficielle droite pourraient être assez facilement accessibles à des angioplasties qui devraient le soulager en tout cas de la claudication intermittente. Il est clair que les lombalgies de repos et les lombalgies positionnelles ne sont pas liées à son artériopathie. Je lui ai proposé de planifier prochainement ces angioplasties mais il souhaite encore en discuter avec toi avant de prendre sa décision. Le traitement médicamenteux de prévention secondaire est déjà en place » (rapport précité). A côté de tout cela, il existe quelques facteurs extra-médicaux qui tendent à prouver que la problématique du recourant ne saurait engager à ce stade la responsabilité de l'assurance- invalidité. c) facteurs extra-médicaux aa) sa démission Le recourant a annoncé sa démission au début de l'année 2012, alors qu'il était en évaluation en centre professionnel, ce qui a surpris tout le monde : « il annonce qu'il a donné sa

démission auprès de son employeur durant le mois de février et ceci pour le 31 décembre 2012. Il n'a pas envoyé cette démission par envoi recommandé. Cette nouvelle surprend toutes les personnes présentes car il n'en a parlé à personne jusqu'à ce jour. Je lui dis que cette annonce m'interpelle. En effet, son employeur m'avait informée qu'il acceptait qu'il réalise cette mesure de trois mois car il a été un employé fidèle et qu'il n'allait pas le licencier. Il contactera son employeur à cet effet. Il justifie son acte en expliquant que son employeur lui a demandé de lui donner sa démission. Il menace de faire une dépression s'il se retrouve sans rien. On lui rappelle qu'il a droit aux indemnités de chômage mais qu'il doit faire la démarche » (rapport intermédiaire du 15 mars 2012, dossier OAI, pièce 130). Il a ainsi précarisé sa situation.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 On ne peut en effet pas tout à fait exclure que des aménagements internes au sein de son entreprise eussent encore été possibles. Quoiqu'il en soit, la perte de son emploi et la fin de son droit aux indemnités de chômage ont des incidences au niveau de son moral et peuvent expliquer pourquoi ses deux médecins traitants l'appuient dans sa nouvelle demande, plus pour des motifs sociaux que véritablement médicaux. Cette demande semble en effet clairement liée à ce contexte : « Il s'est inscrit au chômage il y a maintenant deux ans et est arrivé en fin de droit en date du 27.03.2014. Il a fait de nombreuses demandes d'emploi et toutes ses recherches se sont soldées par des échecs. (...) Énormément d'anxiété par rapport à l'avenir et à cet impossibilité, malgré recherches, de réintégrer un travail. Glissement vers un état dépressif aggravé chez quelqu'un qui avait dû être hospitalisé en 1996 pour un trouble délirant » (rapport du 28 mars 2014 du Dr B. _____, dossier OAI, pièce 216). bb) son absence de formation ainsi que son âge Ces deux facteurs ne sont manifestement pas de nature à favoriser une réinsertion professionnelle. Ils ont au demeurant été pris en compte à l'époque dans le calcul du taux d'invalidité, à travers la réduction de 10% opérée sur le revenu exigible statistique. L'absence de formation avait été d'emblée signalée, au terme d'un premier bilan de compétence : « Vu les résultats à notre bilan, il aura des difficultés pour entreprendre une formation de longue durée de type CFC car il présente des difficultés de compréhension des consignes, de raisonnement, de mémorisation, de planification. De plus, il n'exprime aucun désir par rapport à un changement professionnel et n'a pas, à l'heure actuelle, la motivation nécessaire pour s'investir dans un reclassement professionnel. Etant donné que dans une activité professionnelle respectant ses limitations il pourrait travailler à 100% avec un rendement à 100%, il est informé que nous allons très certainement procéder à son exigibilité dans un emploi non qualifié étant donné qu'il désire rester dans son emploi actuel » (rapport intermédiaire du 4 août 2011, dossier OAI, pièce 93). cc) son tabagisme Déjà à l'époque, le Dr B. _____ le signalait : « diagnostic sans effet sur la capacité de travail : (...) tabagisme chronique » (rapport du 9 mai 2011, dossier OAI, pièce 29). Lui-même indiquait fumer entre 1 à 1,5 paquet par jour (rapport d'entretien du 25 mai 2011, dossier OAI, pièce 67). Le Dr D. _____ a plus récemment insisté sur ce point : « Je lui ai encore redit l'importance d'essayer d'arrêter de fumer » (rapport du 6 février 2014, dossier OAI, pièce 222). Cette addiction est probablement à l'origine de l'atteinte artérielle nouvellement invoquée, mais qui ne génère toutefois apparemment aucune incapacité de travail à terme.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13

E. 7

Sur le vu de tout ce qui précède, l'on peut faire la synthèse suivante. D'une part, la première décision de refus de rente correspondait à la réalité du tableau médical présenté à l'époque par le recourant : celui-ci souffrait alors principalement de lombalgies ne contre-indiquant pas une reprise dans une activité légère adaptée, ainsi que le démontrent les rapports médicaux et professionnels passés en revue. D'autre part, les autres atteintes alléguées à l'appui de sa nouvelle demande ne peuvent être qualifiées d'invalidantes. Il est certes probablement touché dans son moral, et on peut tout à fait le comprendre, mais cela est lié à sa situation financière devenue très préoccupante et ne constitue pas encore une dépression invalidante, pour laquelle il n'est du reste pas spécialement traité. A côté de cela, il existe bien une problématique artérielle favorisée sans doute par son tabagisme mais qui, sérieusement prise en charge, ne semble pas entraîner d'incapacité de travail. Les circonstances et la nature du soutien de ses médecins le suggèrent : la nouvelle demande est finalement bien moins motivée pour des raisons médicales que sociales. Il est ainsi manifeste que l'état de santé ne s'est pas significativement aggravé depuis le premier refus de rente, de sorte que le « refus d'entrer en matière », opposé à cette nouvelle demande insuffisamment étayée, qui correspond dans les faits au final à un refus de rente, peut se confirmer en l'espèce. Infondé, le recours est, partant, rejeté.

E. 8

Des frais de justice d'un montant de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui n'a pas obtenu gain de cause. Ils sont compensés avec l'avance effectuée le 26 juin 2014. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice d'un montant de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de frais du 26 juin 2014. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. IV. Communication.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 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 28 septembre 2015 /mbo Présidente
Greffier-rapporteur

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