

FR_GERICHTE 605 2014 60 vom 3. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_60

FR: FR_GERICHTE 605 2014 60 du 3 août 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2014 60 del 3 agosto 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. a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. 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). 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). Ainsi, 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). b) Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. 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 retrouver du travail. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et peut se voir attribuer une rente. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 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). Dans une jurisprudence récente (9C_492/2014), le Tribunal fédéral a décidé d'abandonner la présomption qui valait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes douloureux somatoformes et autres affections somatiques assimilées pouvaient en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il a en effet estimé que cette présomption construite sur le modèle règle/exception, également consacré par l'ATF 130 V 352 susmentionné, conduisait dans les faits à un refus quasi systémique des rentes aux personnes atteintes de tels troubles. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit ainsi être bien plutôt évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés, sur la base d'une vision d'ensemble et d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat défini, la personne assurée continuant toutefois à supporter le fardeau de la preuve. Il conviendra notamment de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose cette dernière, 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 même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (9C_492/2014).

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.

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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 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 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.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 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 litigieux le droit à la rente du recourant. Ce dernier soutient que sa capacité de travail est désormais diminuée de moitié même dans une activité légère adaptée, si l'on tient compte non seulement de son atteinte physique mais aussi de son état de santé psychique, que l'expert n'aurait selon lui pas correctement estimé. Il critique par ailleurs la fixation du désavantage salarial à imputer encore sur le revenu d'invalidité, désavantage qu'il considère comme maximal (25%) et non de seulement 10%. Il estime au final avoir droit à trois-quarts de rente, fondés sur un taux d'invalidité de 69,5%, celui-ci devant au besoin s'établir après complément d'instruction. Pour l'OAI, si l'état de santé du recourant s'est aggravé, ce n'est que dans une moindre mesure, une seule diminution de 20% de la capacité de travail devant en effet être retenue dans une activité adaptée et, dès lors, compte tenu enfin de la réduction 10% opérée sur le revenu d'invalidité exigible au titre de désavantage salarial, son taux d'invalidité n'excède pas 37,9%. Dans son mémoire, le recourant indique notamment que son état de santé n'a fait que s'aggraver depuis 2006, et tout particulièrement depuis le premier refus de rente. Il convient de revenir brièvement sur son parcours afin de déterminer si et dans quelle mesure une telle dégradation pourrait justifier aujourd'hui l'octroi d'une rente, sous l'angle de la révision. La situation au moment du premier refus de rente doit ainsi être comparée à celle existant au moment du second refus qui fait l'objet du présent litige. a) au moment du premier refus de rente (octobre 2008) Le recourant est né en 1961. Il a travaillé comme manœuvre et machiniste sur les chantiers : « Il travaille env. pour un taux de 60% comme manœuvre et 40% comme machiniste. (...) Il conduit les pelleteuses. Il doit parfois porter des bordures de près de 50kg » (premier

entretien avec l'assuré, dossier OAI, pièce 33). Il a commencé à se plaindre de douleurs dans le bas du dos, à la hauteur des reins.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 En automne 2006, à l'occasion d'une crise, on lui a découvert une tumeur au rein droit: « Le patient a donc présenté une colique néphrétique droite il y a une semaine, avec récurrence, raison pour laquelle un nouvel uro-CT est effectué, ne montrant pas de calcul mais une hydronéphrose droite avec une dilatation persistante de l'uretère. Dans ce contexte, une IRM est organisée le 21.11.2006 afin d'exclure une étiologie compressive ou une tumeur pyélocaliciale » (rapport du 17 novembre 2006 des Dr B. _____ et C. _____ de l'Hôpital du sud, dossier OAI, pièce 96). Le Dr D. _____, spécialiste FMH en urologie, a diagnostiqué un cancer : « Cancer urothélial pyélocaliciale du pôle supérieur du rein droit. (...) Au vu de ce carcinome urothélial pyélocaliciale droit supérieur, l'indication à une néphro-urétérectomie est donnée » (rapport du 22 décembre 2006, dossier OAI, pièce 102). Au mois de janvier 2007, le recourant a ainsi dû subir une « néphro-urétérectomie droite », à savoir l'ablation du rein ainsi que de l'uretère (cf. rapport opératoire du 10 janvier 2007 du Dr D. _____, dossier OAI, pièce 107). Les suites de l'opération ont été bonnes, mis à part le fait qu'il aurait par la suite présenté une perte d'acuité auditive totale de l'oreille gauche (cophose) : « Au status du 19 janvier, l'otoscopie droite, après ablation d'un important bouchon de cérumen, était normale, alors qu'à gauche, on notait la présence d'une myringite connue de longue date. Le reste du status ORL était sans particularité, mis à part une importante déviation septale droite. L'audiogramme tonal était tout à fait normal à droite, alors qu'à gauche, on notait une cophose complète. Malgré une cortico- thérapie à doses dégressives sur 10 jours, associée à un traitement de Trental, la cophose n'a pas évolué et est restée la même lors du contrôle auditif du 05 mars. J'ai tout de même demandé une IRM des rochers et du cerveau, afin d'exclure une lésion rétro-cochléaire, examen qui s'est révélé normal » (rapport du 13 mars 2007 du Dr E. _____, spécialiste ORL et chirurgie cervico-faciale, dossier OAI, pièce 152). Au mois de mars, le recourant ressentait encore des douleurs à l'endroit de la cicatrice, mais celles-ci étaient censées s'améliorer dans les mois suivants: «le patient présente des douleurs de la cicatrice avec discrète hypoesthésie évoquant un étirement du nerf inter-costal. (...) Je l'ai informé que l'étirement du nerf inter-costal récupérerait normalement dans les 6 mois à venir » (rapport du 1er mars 2007 du Dr D. _____, dossier OAI, pièce 117). Ce fut en effet le cas au cours de l'été 2007: « Depuis l'intervention le patient a présenté des douleurs intercostales et abdominales droites qui se sont progressivement améliorées par bloc intercostal et 3 séances d'acupuncture avec application de thérapie locale au laser soft. Pas de trouble mictionnel. (...) Au vu de cette bonne évolution, je reverrai le patient dans 6 mois pour un contrôle» (rapport du 2 juillet 2007 du Dr D. _____, dossier OAI, pièce 118). Mais la situation s'est péjorée à l'automne. Le recourant s'est tout d'abord plaint de gastrites, liées à un ulcère : « Gros ulcère duodénal creusant d'environ 12 mm de diamètre, actuellement non hémorragique, sans sténose pyloro- bulbaire serrée. Un caractère térébrant dans le pancréas n'est pas exclu » (rapport du 18 octobre 2007 du Dr F. _____, gastroentérologue FMH dossier OAI, pièce 151). A la fin de l'année 2007, les douleurs étaient à nouveau présentes dans le bas du dos, se déclinant en lombalgies: « (...) douleurs de la lombotomie et lombalgies (...). La physiothérapie n'a pas amélioré du tout la symptomatologie. Le patient présente des douleurs en se tournant dans le

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 lit et lorsqu'il est assis. Il a également des douleurs comme manœuvre en utilisant la pioche et la pelle avec tirée vers le membre inférieur D.

(...) Pas de troubles mictionnels, pas d'algurie, pas de macrohématurie » (rapport du 20 décembre 2007 du Dr D. _____, dossier OAI, pièce 129). La surdité à gauche était en outre considérée comme définitive : « Surdité de l'oreille G définitive » (rapport précité). Près d'un an après l'opération, le Dr D. _____ ne s'expliquait toutefois pas toutes ces douleurs, évoquant désormais une symptomatologie douloureuse: « Ce jour la palpation de la région est uniquement ressentie comme douloureuse lorsqu'on ne discute pas avec le patient. Il est clair que ce genre d'incision peut être douloureuse et le patient a un travail physique, mais selon l'évolution, on peut se demander s'il ne serait pas nécessaire d'avoir un avis des médecins de l'AI, car que l'on essaie n'importe quel traitement, il n'y a rien qui améliore même un petit peu la symptomatologie douloureuse, ce qui est tout de même étonnant. Au vu de la diminution de la sensibilité de la peau dans la région proche de la cicatrice de la laparotomie, il y a probablement eu un étirement du nerf intercostal, mais il n'y a pas de raison que ceci procure de telles douleurs encore une année après. Il avait par ailleurs eu des infiltrations par la Dresse G. _____, anesthésiste, également sans effet » (dossier OAI, pièce 128). Le recourant subit tout de même une nouvelle intervention au mois de janvier 2008 : « cystoscopie et urétroplegraphie rétrograde G » (cf. rapport opératoire du 29 janvier 2008 du Dr D. _____, dossier OAI, pièce 132). Le 11 mars 2008, il a déposé sa demande de rente auprès de l'OAI (dossier OAI, pièce 16). Le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladie rhumatismales, faisait alors part des dorso-lombalgies et indiquait que le recourant s'installait dans une invalidité : « Depuis de nombreuses années, il présente des lombalgies à caractère mécanique, augmentant d'intensité ces derniers mois, survenant en station assise prolongée, entraînant également des réveils nocturnes aux changements de position. (...) Dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs. Dans ce contexte, j'ai procédé à trois reprises à des infiltrations locales de corticostéroïdes dépôt, sans résultat. Il s'installe tranquillement dans une invalidité, en évoquant sa pathologie rénale, gastrique et ostéo articulaire » (rapport du 3 mars 2008, dossier OAI, pièce 157). Le Dr I. _____, généraliste FMH, médecin traitant, relatait la perte de confiance que son patient commençait à éprouver vis-à-vis des médecins : « perte de confiance du corps médical (en juin 2007, était supposé travailler à 100%, n'aurait aucune pathologie, ce qui fut infirmé par la suite) » (rapport du 5 avril 2008, dossier OAI, pièce 159). Dans ce contexte particulier, l'assureur-maladie décidait à la même époque de prendre l'avis d'un expert et mandatait le Dr J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne (expertise du 23 avril 2008, dossier OAI, pièce 178). Celui-ci constatait que le recourant souffrait de lombalgies depuis quelques années et qu'elles avaient été réactivées après l'ablation du rein : « Il signale des lombalgies inférieures depuis environ 2 ou 3 ans, algies matinales de dérouillage et survenant essentiellement en fonction des efforts mettant à contribution son dos, symptômes qui n'ont toutefois pas justifié de prise en charge médicale au long cours ni d'arrêt de travail particulier dans son activité professionnelle d'ouvrier manœuvre machiniste au génie civil. (...) C'est à la suite de cette intervention qu'il va développer

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 une aggravation de ses lombalgies, douleurs para-lombaires droites mais aussi péri-cicatricielles du flanc droit et de la partie droite de l'abdomen. Il fait un lien relativement étroit entre ses douleurs lombaires et les algies abdominales » (expertise J. _____, p. 2, dossier OAI, pièce 177). Il confirmait aussi que le recourant était par la suite devenu sourd de l'oreille gauche : « A signaler que des suites de cette opération urétérale, il a développé une surdité gauche complète, ayant bénéficié pour cette symptomatologie de diverses investigations qui n'ont pas pu retrouver d'étiologie

particulière à l'origine de ses symptômes » (expertise J. _____, p. 2, dossier OAI, pièce 177). Il évoquait une brève tentative de reprise du travail au printemps 2007, avortée toutefois : « Malgré ses symptômes, l'assuré va reprendre son activité professionnelle à temps plein dès le 16 avril 2007, en incapacité de 50% dès le 1er mai 2007 en raison d'une nouvelle exacerbation des douleurs, est en incapacité totale dès le 6 octobre de la même année » (expertise J. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 173). Le Dr J. _____ retenait au final le diagnostic de « Lombalgies chroniques. Troubles statiques discrets. Status après néphro-urétérectomie droite le 8 janvier 2007. Obésité. Hypertension artérielle » (expertise J. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 173). Il ne considérait toutefois pas l'atteinte présentée au niveau du bas de dos comme étant objectivement particulièrement grave : « Du point de vue ostéo-articulaire, on retrouve des troubles statiques discrets à modérés du rachis, une bonne mobilité tronculaire, l'absence d'altération manifeste de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. La palpation segmentaire retrouve des douleurs lombaires hautes médianes paramédianes droites se prolongeant au niveau de la cicatrice sous-costale droite de néphrectomie qui mesure 18cm, calme, algies intéressant aussi la partie droite de l'abdomen. Le status digestif est normal. Il n'y a pas de signe irritatif aux membres inférieurs avec une manœuvre de Lasègue négative, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur des membres » (expertise J. _____, p. 6-7, dossier OAI, pièces 172-173). Il qualifiait au contraire les lésions dégénératives observées de modérées : « Les examens complémentaires relèvent la présence de lésions modérées dégénératives de la jonction dorso- lombaire dans un contexte de séquelles de maladie de Scheuermann et ostéophytose pluri-étagée prédominant en D11-D12 dans un contexte de maladie de Forestier, un lien entre l'une et l'autre de ces affections et des douleurs chroniques n'ayant pas été clairement démontré dans la littérature » (expertise J. _____, p. 7, dossier OAI, pièces 172). Dans ce cadre, il percevait certes une limitation dans l'ancienne activité d'ouvrier machiniste, mais déclarait la capacité de travail complète dans une activité adaptée : « Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité professionnelle antérieure d'ouvrier machiniste dans le génie civil est de 50% sur toute la journée, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui implique la nécessité d'économiser le rachis, de fractionner les charges, et de prendre éventuellement des pauses supplémentaires. Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière » (expertise J. _____, p. 7, dossier OAI, pièces 172). Il ne recommandait enfin aucune proposition thérapeutique, mais relevait tout de même à cet égard le rôle que jouait encore l'obésité du recourant sur les problèmes dorsaux : « Du point de vue thérapeutique, je n'ai pas de mesure particulière à proposer au-delà de la poursuite des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 médicaments antalgiques à la demande. Il devrait poursuivre une activité physique régulière afin d'éviter les rétractions articulaires et le raidissement musculaire, faire attention à son poids, facteur favorisant les comorbidités vasculaires et l'usure précoce des articulations portantes principalement des genoux. Le poids, principalement l'adiposité abdominale a aussi tendance à favoriser l'exagération de la lordose lombaire physiologique » (expertise J. _____, p. 7, dossier OAI, pièces 172). Dans un avis médical du 29 mai 2008, le service médical régional de l'AI (SMR) concluait pour sa part à une capacité de travail un peu plus diminuée dans l'ancienne activité, mais convenait qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée, avec une seule diminution de rendement de 10% : « Son activité antérieure comme manœuvre de chantier est

physiquement très lourde et compte tenu des limitations (en particulier la surdité qui contraindrait le travail en hauteur) et des atteintes, la capacité de travail peut être estimée à 30%, y compris la diminution de rendement. (...) Dans une activité adaptée, respectant les limitations, avec alternance des positions, sans travail en hauteur, la capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 10% en raison des douleurs et des pauses nécessaires » (avis du 29 mai 2008 de la Dresse K. _____, dossier OAI, pièce 185). En été 2008, le Dr H. _____ concluait à son tour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée : « Dans un emploi adapté permettant de ménager le dos, la capacité de travail est entière » (rapport du 1er juillet 2008, dossier OAI, pièce 369). Par conséquent, l'OAI a rendu une décision de refus de rente le 31 octobre 2008 (dossier OAI, pièce 214). Le recourant n'a pas recouru contre cette décision qui est entrée en force. Des mesures professionnelles lui ont par la suite été octroyées (cf. décision du 10 novembre 2008, dossier OAI, pièce 224). b) au moment de la décision querellée (février 2014) Aucune des mesures professionnelles envisagées n'a finalement pu être menée à terme. Ceci notamment parce que le recourant n'est pas parvenu à surpasser ses douleurs : « Toutes les tentatives de réinsertion en économie libre ont échoué, parce que l'assuré estime qu'il n'est actuellement pas en mesure d'assumer un travail en économie libre à cause de ses douleurs. L'assuré estime que ses difficultés sur le plan de la santé ne sont pas comprises par les médecins, les démarches professionnelles en sont fortement perturbées » (rapport du 3 mai 2011 du centre d'évaluation pour l'assurance-invalidité (CIS) (dossier OAI, pièce 288). Le Dr L. _____, de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal, a eu l'occasion de constater la persistance de ces douleurs au début de l'année 2011, sans toutefois constater d'aggravation objective de la situation : « Les douleurs étant toujours très fortes cela l'empêche de reprendre un travail, même léger. Il semble que, malgré ses recherches, il ne trouve pas de travail qui lui soit adapté. Un demande auprès de l'AI avait été effectuée pour une aide au remplacement professionnel. (...) Etant donné que les troubles dégénératifs au niveau de la colonne sont modestes et même compatible avec l'âge du patient, ceux-ci n'empêchent aucunement une reprise de travail. En ce qui concerne le problème principal qui est l'irritation du nerf thoracique, ceci est très probablement dû aux suites post-opératoires antécédentes. Du point de vue thérapeutique, je n'ai aucune proposition concrète, mise à part éventuellement faire un bilan chez la Dresse

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 M. _____ en vue d'une infiltration de la 11ème branche thoracique. A noter que le patient avait déjà eu des infiltrations mais sans véritable effet. J'ai expliqué au patient que même si ces douleurs sont très invalidantes, cela ne l'empêche pas de reprendre une certaine activité professionnelle » (rapport du 6 janvier 2011, dossier OAI, pièce 360). Un an plus tard, c'est plutôt sur un plan psychique que l'état du recourant s'était péjoré, aux dires du Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie: « A la demande de son médecin traitant le Dr O. _____, à Vaulruz, il est suivi à ma consultation depuis le mois de février 2011. Il souffre des douleurs chroniques basi-thoraciques et hémi-abdominales droites, survenue, selon ses dires après son opération de néphro-utérctomie droite pour cancer urothelial en 2007. Les années suivantes à cause de ses douleurs chroniques et pernicieuses, persistant malgré les différents traitements antalgiques, il a développée un état anxieux et dépressif mixte. Il bénéficie d'un traitement antidépresseur de Saroten et d'une approche psychothérapeutique mais son état n'évolue guère. Vu la chronicité de ses douleurs et de son affection psychique le pronostic est réservé. Je vous prie de reconsidérer sa demande des prestations AI » (rapport du 23 mars 2012, dossier OAI, pièce 289). Une nouvelle demande de prestations a ainsi été déposée le

11 avril 2012 (dossier OAI, pièce 307). Un état anxieux et dépressif mixte était alors évoqué, celui-ci résultant précisément de la persistance des douleurs : « Les années suivantes à cause de ses douleurs chroniques et perniciose, résistant aux différents traitements antalgiques, il a développé un état anxieux et dépressif mixte. Il bénéficie d'un traitement antidépresseur à propriétés antalgiques et d'une approche psychothérapeutique mais son état n'évolue guère. Depuis le mois de février 2012, je constate une intensification de sa souffrance anxieuse et dépressive voir qui s'est aggravée. Vu la chronicité de ses douleurs et de son affection psychique, le pronostic est réservé » (rapport du

E. 11

mai 2012 du Dr N. _____, dossier OAI, pièce 289). En automne 2012, le Dr N. _____ précisait encore que l'état anxieux se serait en fait installé en 2009, année où le recourant aurait encore subi une troisième intervention au niveau de la vessie : « Sur plan psychique le patient vit avec la peur de récurrence du cancer surtout depuis 2009 quand il a dû subir à nouveau une résection transurétrale de la vessie pour deux tumeurs papillaires. Depuis lors, il est devenu anxieux, irritable, dort mal, et est envahi d'idées pessimistes. Il se sent démuni mentalement et physiquement, passe son temps renfermé chez lui et se sent désespéré pour son avenir » (rapport du 19 octobre 2012, dossier OAI, pièce 322). L'état psychique restait malgré tout principalement lié aux douleurs : « Le patient présente des souffrances psychiques chroniques très intriquées avec ses douleurs. Il m'est difficile d'évaluer objectivement son incapacité de travail (invalidité) lié uniquement à son trouble psychique. Il me paraît indispensable d'établir une évaluation pluridisciplinaire clinique par les spécialistes experts ou votre service médical » (rapport précité). Pour le SMR, le recourant présentait « un syndrome douloureux chronique sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique » (avis du Dr P. _____ du 6 décembre 2012, dossier OAI). Partant, une expertise bi-disciplinaire fut ordonnée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 Elle a été confiée, sur un plan psychiatrique, au Dr Q. _____, psychiatre-psychothérapeute (rapport d'expertise du 22 juillet 2013, dossier OAI, pièce 353). Celui-ci s'est tout d'abord informé des plaintes du recourant, toujours situées dans le bas du dos et pesant sur son moral: « L'assuré se plaint actuellement de douleurs itératives du dos, à la hauteur du rein droit, ainsi que d'un moral fluctuant, avec, à 80% du temps des moments où il se sent moins bien et s'isole, à 20% du temps, des moments où il se sent mieux, regarde la télévision, sort se promener » (expertise Q. _____ p. 4, dossier OAI, pièce 350). Il a décelé un trouble dépressif récurrent léger, s'apparentant à une dysthymie: « tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans expression de tristesse ni d'irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnésique sans trouble de concentration ou de mémoire, avec anhédonie partielle, sans véritable repli social, avec perte d'estime partielle de lui-même, sommeil globalement médiocre, perturbé par des réveils en fonction des douleurs, appétit conservé. (...) L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré, qui participe peu aux tâches familiales mais

participe tout de même » (expertise Q. _____ p. 6, dossier OAI, pièce 348). Durant l'entretien, le recourant n'a pas paru extrêmement algique : « Pour ce qui concerne le tableau algique, force est de constater que lors du présent examen, l'assuré ne se plaint pas, malgré un interrogatoire serré. Il mentionne des consultations d'algologie à trois reprises à Morges, et la demande de prestations AI de 2012 mentionne des douleurs chroniques » (expertise Q. _____ p. 7, dossier OAI, pièce 347). L'expert a dès lors retenu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, mais toutefois pas incapacitant selon lui, selon les critères jurisprudentiels alors en vogue (expertise Q. _____ p. 7, dossier OAI, pièce 347). Il a par ailleurs relevé que le psychiatre traitant n'avait pas non plus délivré de certificat d'incapacité de travail : « Il est à mentionner que le psychiatre précise dans son rapport médical du 19 octobre 2012, ne pas avoir attesté formellement d'incapacité de travail pour ce patient et mentionne que sa capacité de travail dans son activité de manœuvre est très diminuée, ce qui suppose qu'il envisage qu'elle soit possible. Enfin, nous précisons que sur le plan psychiatrique classique, l'intensité d'un trouble anxieux et dépressif mixte et celui d'une dysthymie sont relativement proches et n'ont, selon l'appréciation classique, pas de valeur incapacitante de longue durée » (expertise Q. _____ p. 7, dossier OAI, pièce 347). Le recourant ne serait au final atteint d'aucune maladie psychiatrique invalidante : « Notre examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer. Nous pouvons donc conclure que sur le plan psychiatrique, l'examen psychiatrique du 17 juillet 2013 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée » (expertise Q. _____ p. 7, dossier OAI, pièce 347). L'expertise du Dr Q. _____, critiquée par le recourant, ne saurait a priori être remise en cause pour le seul fait qu'elle ne lui donne pas raison. Au contraire, ses conclusions claires et détaillées, ne sont au demeurant pas totalement incompatibles avec celles du psychiatre traitant. Elles sont en outre corroborées par le volet physique de l'expertise bi-disciplinaire, lequel a été confié à la Dresse R. _____, spécialiste FMH en médecine interne (rapport d'expertise du 25 septembre 2013, dossier OAI, pièce 379). Celle-ci a pour sa part retenu les diagnostics suivants, qui vont dans le sens des médecins l'ayant précédée, précisant tout de même que le recourant serait atteint d'un trouble douloureux chronique plus particulièrement situé au niveau de la loge rénale droite : « Troubles dégénératifs du rachis (hypersostose D10-D11, D11-D12, discopathie L5-S1). Syndrome douloureux chronique de la loge rénale droite » (expertise R. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 374). Il serait désormais également atteint de diabète : « Diabète de type II insuffisamment contrôlé avec glycosurie » (expertise R. _____, p. 6, dossier OAI, pièce 374). L'atteinte présentée par le recourant s'articulerait selon elle autour de deux principaux axes. D'un côté, les lombalgies : « Sur le plan rhumatologique, il présente des troubles dégénératifs du rachis avec hyperostose ankylosante D10-D11, D11-D12 et une discopathie L5-S1. Il présente une raideur lombaire. Il n'est plus en mesure de travailler comme machiniste-manœuvre sur un chantier. Les limitations sont les suivantes : pas de porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis. Alternier les positions debout et assis » (expertise R. _____, p. 7, dossier OAI, pièce 373). De l'autre, le syndrome douloureux chronique situé au niveau de la loge rénale, probablement alimenté encore par d'autres

facteurs, vu les conséquences aux niveaux familial, social et professionnel : « Il présente un syndrome douloureux chronique au niveau de la cicatrice de la loge rénale droite depuis 2007. Malgré de nombreuses modalités thérapeutiques, la douleur persiste. Les conséquences familiales, sociales et professionnelles dépassent ce qu'on pourrait prédire d'une douleur post-opératoire. Depuis 2008, le nombre d'antalgiques a augmenté avec en particulier du targin, un dérivé opiacé et du Lyrica, un antiépileptique à but antalgique. Il reçoit aussi davantage de psychotropes avec du Cymbalta, du Temesta et du Zoldorm. Ces traitements sont susceptibles d'augmenter la fatigue de l'assuré » (expertise R. _____, p. 7, dossier OAI, pièce 373). Pour l'experte, l'état de fatigue engendré, non seulement par les douleurs chroniques, mais également par le diabète, générerait une réduction de la capacité de travail de 20% dans une activité adaptée : « En conclusion, sur le plan somatique, l'assuré présente une incapacité de

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 travail totale dans toute activité de chantier. Il conserve une capacité de travail dans une activité adaptée. En raison d'une fatigabilité accrue liée à ses nombreuses pathologies (diabète, nycturie), ses douleurs chroniques et sa médication (targin, cymbalta, Lyrica, temesta, zoldorm), il présente une réduction de sa capacité de travail de 20% » (expertise R. _____, p. 7, dossier OAI, pièce 373). Les deux experts s'accordent donc finalement sur ce dernier point, à savoir que le trouble somatoforme n'a en soi pas de valeur incapacitante. Cela étant, ils estiment qu'il faut tout de même désormais prendre en compte une diminution de la capacité de travail de 20% dans une activité adaptée en raison du contexte général, à savoir la chronicisation des douleurs, de la fatigue occasionnée par la médication ainsi que le diabète. Une telle appréciation va dans le sens de la nouvelle jurisprudence fédérale rendue en matière de troubles somatoformes. L'état de santé du recourant se serait ainsi quelque peu aggravé depuis 2008 : « Conclusions consensuelles. Après discussion avec Dr Q. _____, expert psychiatre, nous concluons que l'assuré n'a pas de pathologie psychiatrique sévère au point d'influencer la capacité de travail. (...) La capacité de travail comme machiniste est nulle. Les limitations physiques sont les suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs du rachis, possibilité d'alterner les positions assis et debout. Il n'est pas apte à travailler avec des machines dangereuses. Compte tenu de l'évolution défavorable depuis 2008 (douleurs, fatigue), de l'échec de nombreuses thérapies antalgiques, de la chronicisation des douleurs, de l'ajout d'une médication antalgique et sédatrice (targin, Lyrica, cymbalta, temesta, Zolpidem) et du diabète moyennement contrôlé, la capacité de travail, dans une activité légère et adaptée est de 80% » (expertise R. _____, p. 7, dossier OAI, pièce 373). Au vu de tout ce qui précède, à savoir de l'impression donnée par l'ensemble des médecins depuis 2008 et finalement confirmée par les deux experts Q. _____ et R. _____, il apparaît que l'état de santé du recourant s'est légèrement péjoré, si bien que l'appréciation faite aujourd'hui de sa capacité de travail dans une activité légère adaptée, qui retient une diminution de la capacité de travail supérieure à ce qui avait été constaté en 2008, peut être confirmée : « D'après l'expertise du Dr J. _____ de 2008, la capacité de travail est de 50% en 2007 et 2008 comme machiniste manœuvre, et de 100% dans une activité adaptée. Cependant, l'assuré n'a pas réussi à maintenir une activité de 50% et a arrêté complètement de travailler depuis le 6.10.2007. Depuis 2009, il n'est pas apte à travailler dans les travaux de chantier ; dans une activité adaptée il présente une capacité de travail de 80% » (expertise R. _____, p. 7, dossier OAI, pièce 373). Cette diminution de la capacité de travail estimée à 20% est en partie liée à la fatigue générée entre autres par les douleurs, si bien que l'on peut considérer

que le trouble somatoforme douloureux (de la loge rénale) a été pris en compte. Pour autant, si ce trouble génère une certaine fatigue, il ne s'accompagne toutefois d'aucune atteinte psychiatrique invalidante. Quoiqu'il en soit, au vu de la toute nouvelle jurisprudence fédérale, ce type de syndromes ne peut plus être déclaré non invalidant par principe. Il convient bien plutôt d'examiner si un tel caractère invalidant peut ou non être admis au vu des nouveaux critères jurisprudentiels.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 A cet égard, il y a désormais lieu de porter une attention plus grande encore aux nombreuses circonstances particulières émanant du dossier et de nature à permettre une vision claire et globale de la situation, à laquelle se sont du reste précisément livrés les deux experts. L'examen des facteurs extra-médicaux, qui par définition ne saurait engager la responsabilité de l'assurance-invalidité, apparaît ici, plus que jamais, primordial. En l'espèce et comme on va le voir, les plaintes du recourant se sont probablement développées et maintenues à la faveur d'un certain nombre de ces facteurs extra-médicaux et donnent à penser qu'une diminution accrue de sa capacité de travail ne peut être imputée à l'assurance-invalidité. c) facteurs extra-médicaux aa) conviction d'être invalide Le recourant a assez tôt estimé ne plus être capable de travailler. Au début de l'année 2008 déjà, le Dr H. _____ rapportait qu'il commençait à s'installer dans une invalidité (cf. rapport du 3 mars 2008, dossier OAI, pièce 157). Depuis lors, il aurait acquis la conviction d'être invalide, comme l'expert J. _____ l'avait relevé à l'époque : « Il ressort un assuré démotivé, convaincu de ne plus pouvoir reprendre son activité professionnelle antérieure en raison de ses douleurs, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assuré » (expertise J. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 171). Ceci alors même que dans les faits, l'atteinte présentée et se situant à la source des douleurs n'était objectivement pas si grave et ne justifiait probablement pas l'octroi d'une rente. Des spécialistes le lui avaient du reste bien expliqué « Nous expliquons au patient que les images de 2008 étaient à la limite de la norme au vu de son âge. Donc il n'est pas étonnant qu'une rente ne lui ait pas été accordée. Les douleurs que présente le patient pourraient aussi être attribuées au status post-néphrectomie; un problème du rétro-péritoine pourrait provoquer les mêmes symptômes qu'un problème dorso-lombaire » (rapport du 26 mai 2010 des Drs L. _____ et S. _____, dossier OAI, pièce 357). A cette conviction d'être invalide s'ajoute une démotivation due à d'autres facteurs extra-médicaux : « Des facteurs non médicaux influencent la motivation (âge, contexte familial) » (expertise R. _____, p. 7, dossier OAI, pièce 373). bb) défiance vis-à-vis du corps médical Le médecin traitant, le Dr O. _____, a souligné la défiance du recourant à l'endroit du corps médical et notamment des appréciations médicales faites au sujet de sa capacité de travail: « Il se met à douter de certaines conclusions. En effet, en 2007, on lui disait qu'il n'avait rien et dans un 2ème temps après avoir demandé des examens complémentaires, on lui trouve une tumeur pyélocalcicelle, un ulcère gastrique à Helicobacter et une pathologie dorso-lombaire où même les rhumatologues ne sont pas tout à fait sur la même longueur d'onde concernant sa capacité de travail dans son ancienne profession » (rapport du 3 mai 2010, dossier OAI, pièce 368). La conviction d'être invalide couplée à la défiance vis-à-vis du corps médical font paradoxalement penser qu'il ne se soigne pas sérieusement.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 Ainsi, le suivi psychiatrique mis en place ne l'a pas été à sa demande : « Le suivi psy est en place avec le Dr N. _____, il y a eu 2 séances. A ma question comment ça se passe, il répond qu'il le fait parce que je l'ai obligé de le faire »

(notes CEPAI, dossier OAI, pièce 274). Aux yeux du recourant, cette prise en charge médicale paraissait être une obligation. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le Dr N. _____ ait eu de la peine à se prononcer sur la capacité de travail et s'en soit remis à une appréciation pluridisciplinaire: « Le patient présente des souffrances psychiques chroniques très intriquées avec ses douleurs. Il m'est difficile d'évaluer objectivement son incapacité de travail (invalidité) lié uniquement à son trouble psychique. Il me paraît indispensable d'établir une évaluation pluridisciplinaire clinique par les spécialistes experts ou votre service médical » (rapport du 19 octobre 2012, dossier OAI, pièce 322). Une telle évaluation ayant précisément été faite, une nouvelle expertise psychiatrique, dont la requête est probablement en partie motivée encore par sa défiance, n'est pas indiquée. cc) au niveau professionnel Si les mesures professionnelles entreprises avec le concours de l'OAI se sont toutes soldées par des échecs, c'est probablement aussi à cause d'une démotivation affichée d'emblée : « Bien que l'assuré se soit ouvert à être plus motivé, on ressent encore un frein. De ce fait, je ne propose pas le CEPAI directement, mais un travail de recherches d'emplois dans le terrain » (démarches de placement, dossier OAI, pièce 235). Le recourant n'est jamais parvenu à dépasser ses douleurs, ni cette conviction d'être invalide : « Je recadre en précisant qu'il s'agit de conseils, parce que son discours (incompréhension de ses douleurs, obstacles nombreux pour une activité) est inchangé depuis le début de la collaboration. Les mesures proposées ont comme but de l'aider à avancer, chercher des solutions. Il a de la peine à concevoir ceci, il admet faire les démarches parce qu'on les lui demande, mais il dit aussi qu'il est conscient de les faire pour lui. Pour le suivi psy je lui redis qu'il lui appartient s'il veut poursuivre ou non, de la part de l'AI il n'y a aucune contrainte. Le discours porte davantage sur la santé que sur les démarches professionnelles. (...) Pour la suite : je précise que le mandat actuel va au 6.4.2011 et qu'il ne sera probablement pas renouvelé, sauf possibilité de stage avec aboutissement » (dossier OAI, pièce 274). La défiance montrée vis-à-vis du corps médical ne l'a pas non plus aidé : « Vu la fin de droit fin septembre et la situation toujours peu claire (prof et médicale) nous faisons le point. Il évoque une envie de travailler, mais aussi un manque de confiance, de perspective prof, (quel patron voudrait m'engager, je ne connais pas le réseau) et surtout les douleurs – qui ressortent dans chaque discussion. La situation médicale peu claire (on me dit que tout va bien, mais j'ai des douleurs) lui pèse, il a besoin de clarifier » (dossier OAI, pièce 284). Si bien que tout stage ou tentative de reprise du travail ont été avortés, sans que l'on puisse pour autant en déduire que ce fût bien à cause de son état de santé. dd) autres facteurs extra-médicaux L'ampleur des difficultés du recourant ne peuvent enfin avoir été causées par les seules atteintes observées : « Les conséquences familiales, sociales et professionnelles sont désastreuses » (rapport du 14 avril 2011 de la Dresse M. _____, dossier OAI, pièce 359).

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 Le médecin traitant semble aussi le penser, lui qui précise encore le rôle joué par l'obésité dans un tableau complexe, qui ne saurait donc en soi s'expliquer par les seules atteintes : « Cette pathologie est complexe, son déconditionnement certain, sa motivation diminuée avec une difficulté à perdre du poids... Des antidépresseurs risqueraient encore d'augmenter son poids » (rapport du 3 mai 2010, dossier OAI, pièce 368). 7. Au terme de l'examen détaillé du dossier, la Cour de céans est amenée à retenir, avec les experts et l'ensemble des médecins, que l'état de santé du recourant s'est certes un peu aggravé depuis 2008. Pour autant, cette aggravation ne saurait en soi justifier une diminution de plus de 20% de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le trouble somatoforme douloureux explique l'importante différence entre la réalité des atteintes et la perception subjective que s'en fait le recourant. Ce trouble

somatoforme ne saurait toutefois être décrété ici plus invalidant qu'il ne l'est, au vu notamment des nouveaux critères dégagés par la jurisprudence, laquelle prône désormais une approche plus pragmatique de la situation et la prise en considération d'une vision d'ensemble du dossier, au nombre desquels, notamment, les facteurs extra-médicaux existant ici. La conviction d'être invalide acquise très tôt par le recourant a probablement conditionné sa propre appréciation du caractère de gravité de son état de santé et peut dans le même temps avoir contribué à alimenter ce trouble somatoforme, dont les répercussions ne sauraient donc être totalement imputées à l'assurance-invalidité. En revanche, il y a lieu de noter que la situation dans laquelle il se trouve désormais, et qui dépend quelque peu de son atteinte à la santé, est de nature à lui causer un désavantage salarial qu'il convient de prendre enfin en compte dans la fixation du taux d'invalidité. Déjà à l'époque, le SMR énumérait un certain nombre de critères pouvant représenter un tel désavantage pour le recourant : « Proposition pour des mesures professionnelles, avec reconditionnement physique pour cet assuré qui ne travaille plus depuis plusieurs mois et a subi des atteintes avec un vécu psychologiquement difficile (cancer après plusieurs épisodes de coliques néphrétiques très douloureuses, surdité gauche brutale, ulcère duodénal important) » (avis du 29 mai 2008 de la Dresse K. _____, dossier OAI, pièce 185). Et c'est une réduction de 10% qui avait été opérée sur le revenu statistique exigible d'invalide dans une activité adaptée, revenu fondé alors sur l'estimation d'une pleine capacité de travail. Aujourd'hui, l'atteinte médicale s'est péjorée, à hauteur d'environ 20%. Parallèlement à cela, le recourant est un peu plus  g . Il a 54 ans et n'a plus repris le travail depuis de nombreuses années. Il a de plus un diabète avéré, entraînant fatigue, qui, s'il n'est pas invalidant en soi, pourrait tout de même être pénalisant au moment de l'embauche. Tant et si bien que l'on ne comprend pas pourquoi, dans son processus de révision, l'OAI n'a pas jugé bon de revoir également à la hausse la proportion du désavantage salarial subi.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 L'experte R. _____ a du reste rapport  les difficultés professionnelles concrètes que pouvait éprouver le recourant dans sa situation : « Sur le plan professionnel, Monsieur a participé à plusieurs stages de réadaptation : 3 mois dans un atelier de recyclage de téléphones à Bulle, 3 mois au CEPAI, dans un dépôt de livres, 2 fois 1 semaine d'aide au placement, puis dans un dépôt de vêtements. Le dernier stage a eu lieu en 2011. Il est découragé. Dans chaque place il a eu des douleurs. Dans les ateliers il a beaucoup de temps pour se reposer alors que cela ne correspond pas à de réelles conditions de travail. Il a continué à faire des recherches d'emploi, mais on lui reproche son âge et dans des travaux légers, on favorise les femmes » (expertise R. _____, p. 5, dossier OAI, pièce 375) Dans ces conditions, il paraît juste de retenir également une hausse du taux de désavantage subi. Le recourant l'estime pour sa part à 25%, soit au maximum fixé par la jurisprudence. Il serait toutefois plus exact que la hausse du désavantage salarial soit en proportion avec l'aggravation objective de son état de santé, qui n'est que de 20%. Dès lors, c'est une augmentation de 5% qui doit être retenue, pour un désavantage salarial global de 15%, tenant compte de l'âge du recourant, de son diabète et de son déconditionnement, ces différents facteurs d'empêchements étant ici mesurés à l'aune de l'incapacité objective de travail. Avec ce désavantage de 15%, le revenu statistique exigible d'invalide retenu dans la décision est porté à 42'340 fr. 58. La perte de gain se monte par conséquent désormais à 29'816 fr. 42, à laquelle correspond désormais, non plus un taux de 37,9%, mais un taux d'invalidité de 41,3%. Ce nouveau taux d'invalidité donne droit à un quart de rente. Le recours est ainsi partiellement admis et la décision attaquée est modifiée dans le sens de l'octroi d'une telle prestation. 8. Il doit être tenu compte du sort du litige au

moment de la fixation des frais et dépens. a) Pour ce qui concerne tout d'abord les frais, ceux-ci seront répartis pour moitié entre les parties. Le recours admis partiellement est en effet bien fondé et, dès lors, la décision rendue était de nature à engendrer la présente procédure. Dans le même temps, le recourant, qui sollicitait l'octroi de trois-quarts de rente, n'en a obtenu qu'un. L'avance de frais du recourant lui est ainsi remboursée à hauteur de CHF 400.-. b) Le mandataire du recourant a enfin été invité à déposer sa liste d'honoraires. Celle-ci, produite le 15 juillet 2015, atteste d'un travail d'un peu plus de 18 heures et demie. Elles seront indemnisées au tarif horaire de CHF 230.- en vigueur à l'époque où a été réalisé ce travail. Ce qui représente un montant de CHF 4'274.20 francs.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 La liste comprend également un montant de CHF 283.20 de frais et débours. Au total, l'indemnité de partie se monte donc à CHF 4'557.40. Compte tenu de la TVA de 8% (= CHF 364.60), l'indemnité à supporter par l'OAI se monte à CHF 4'922.-. la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis et la décision querellée est modifiée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente, fondé sur un taux de 41,3%. II. Compte tenu de l'issue du litige, les frais de justice de CHF 800.- sont répartis par moitié entre les parties, par CHF 400.-. L'avance de frais effectuée par le recourant le 22 avril 2014 lui est restituée à hauteur de CHF 400.-. III. Une indemnité de partie de CHF 4'922.- (avec TVA comprise de CHF 364.60) est allouée au mandataire du recourant. Elle est prise en charge par l'OAI. 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 3 août 2015 / mbo Présidente Greffier-rapporteur

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