

FR_GERICHTE 605 2016 197 vom 20. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_197

FR: FR_GERICHTE 605 2016 197 du 20 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 197 del 20 giugno 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

octobre 1992 en recevant, alors qu'il la manipulait, une meule de fromage de plusieurs kilos sur l'épaule gauche. Atteint par la suite d'un syndrome douloureux chronique, celui-ci doublé d'un état dépressif sévère, il s'est adressé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) qui lui a octroyé en 1999 une rente entière à partir du 1er février 1994, puis, dès le 1er décembre 1994, une demi-rente d'invalidité, celle-ci fondée sur un taux de 55%. Il a également touché des prestations de l'assurance-accidents. B. Estimant que son état de santé s'était aggravé (avec, entre autres, l'apparition d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral), il a demandé la révision de sa rente en 2001, ce qui a été rejeté en 2002, dit rejet ayant été confirmé par la Cour de céans saisie une première fois à cette occasion (cf. arrêt 5S 02 841 du 27 mars 2003). C. Le degré d'invalidité de 55% a été confirmé en septembre 2007. Puis à nouveau en août 2014. D. Immédiatement après cela, l'assuré a indiqué, via ses médecins traitants, dont un psychiatre, que son état de santé s'était aggravé, principalement au plan psychique, ce qui lui aurait même valu d'être hospitalisé à deux reprises. Une expertise psychiatrique a alors été ordonnée et confiée au Dr B. _____, qui a toutefois conclu que la capacité de travail n'avait pas changé. Une décision de refus d'augmenter la rente a par conséquent été rendue le 5 juillet 2016. E. Représenté par Me Daniel Känel, avocat, A. _____ interjette recours contre cette dernière décision le 5 septembre 2016, concluant, avec suite de dépens, au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Il soutient en substance que son état de santé s'est aggravé, tant sur un plan psychique (son psychiatre le dit et ses deux hospitalisations le prouveraient) que sur un plan physique (il souffre depuis plus de vingt ans de l'épaule gauche et plus spécialement depuis 2007 de maux de tête, de douleurs à la nuque et de l'hémi-thorax gauche). Tout cela limite considérablement ses activités quotidiennes et rend ses loisirs quasi- existants. Plus récemment, les douleurs se sont étendues au membre supérieur gauche et une lésion discrète du cubital au coude a été constatée. Il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.- le 29 septembre 2016. Il a en outre déposé de nouveaux rapports médicaux le 6 octobre 2016, lesquels démontreraient selon lui que toute reprise du travail est désormais hautement improbable. Il a par la suite encore requis, le 23 décembre 2016, le bénéfice de l'assistance judiciaire. Le même jour, il a déposé de nouvelles pièces médicales à l'appui de ses thèses.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Dans ses observations du 5 janvier 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Le 12 janvier 2017, le recourant a été invité à déposer ses contre-observations et son mandataire à remettre sa liste de frais. Le 15 février 2017, il a

maintenu ses conclusions en produisant encore un rapport psychiatrique émanant d'une spécialiste nouvellement consultée après le départ à la retraite de son psychiatre traitant. Il se déclare atteint d'un trouble somatoforme chronique dont la portée invalidante ne peut être exclue en l'état du dossier. A part ça, aucune liste de frais n'a été déposée. Le tout a été transmis pour information à l'OAI. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes estivales - 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. 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. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) Le taux d'invalidité étant ainsi 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).

3. a) En vertu de l'art. 17 LPGA, 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71).

b) Lorsque les conditions de la révision de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

4. Est en l'espèce litigieuse l'augmentation de la demi-rente d'invalidité, octroyée depuis 1994 et fondée sur un taux d'invalidité de 55%. Le recourant considère que son état de santé s'est aggravé, tant au niveau psychique que physique: il se fonde en ceci, notamment, sur l'avis de ses psychiatres successifs qui le conduisent à soutenir que ses douleurs chroniques sont devenues totalement invalidantes. L'OAI ne le pense pas et fait remarquer que ce dernier est désormais convaincu d'être invalide, ce qui ne saurait pour autant engager sa pleine responsabilité. Il s'agit de revenir sur le dossier afin de voir si et dans quelle mesure le taux d'invalidité a évolué.

a) octroi initial de la demi-rente (1999) et première demande de révision (2001)

aa) Amenée à se pencher sur le cas du recourant en 2003, la Cour de céans avait en substance retenu ce qui suit (cf. arrêt du 27 mars 2003, 5S 2002 841). Le recourant, né en 1970, alors employé en fromagerie, avait été victime d'un accident sur son lieu de travail en 1992, recevant sur son épaule gauche une meule de plusieurs kilos qu'il était en train de manipuler. Après avoir subi deux interventions réalisées sous la forme d'arthroscopies en 1992, puis en 1993, il a développé un syndrome douloureux local. En 1995, son médecin généraliste traitant, le Dr C. _____, l'estimait néanmoins encore

capable de travailler à 100% dans une activité légère adaptée. Le Dr D. _____, chef de la clinique orthopédique de l'Hôpital cantonal de Fribourg allait dans le même sens. A partir de 1996, le Dr E. _____, médecin-chef du service de rhumatologie du même hôpital constatait l'échec de tous les traitements ainsi que l'extension, à partir de l'épaule gauche, des douleurs à tout le côté gauche, potentiellement pleinement invalidante: « Tous les traitements appliqués à ce patient semblent être un échec et il y a tendance actuellement à une extension de la symptomatologie sous forme d'hémi-fibromyalgie gauche. Il y a forte menace d'une évolution vers une invalidité totale alors que le primum novens reste une pathologie localisée de l'épaule gauche » (rapport du 8 mars 1996). Un état dépressif était par ailleurs désormais signalé par le médecin traitant. C'est en considération de ce dernier état que les spécialistes s'étant dès lors prononcé ont estimé qu'il existait une limitation de moitié de la capacité de travail pour raisons psychiques (état dépressif parfois sévère, sur fond d'une personnalité psychotique passive-agressive, avec des traits narcissiques), les seules séquelles physiques étant pour leur part qualifiées de discrètes:

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 « sur la base des éléments dont nous disposons, on peut conclure que l'expertisé présente une personnalité passive-agressive avec des traits narcissiques, ce qui explique probablement ses difficultés relationnelles relevées, par exemple, par le Dr F. _____ dans son rapport du 09.10.1995 et ses difficultés d'intégration au pays d'accueil qui se traduisent par le fait que 12 ans après son arrivée en Suisse romande, alors qu'il n'a que 28 ans, il prétend ne pas être capable de s'exprimer correctement en français, exigeant toujours l'intervention d'un interprète. De plus, il présente certainement un état dépressif parfois sévère attesté tant par les médecins hautement compétents en la matière du C.L. Lory-Haus de Berne que par nos experts psychiatres. Finalement, il présente des séquelles certes discrètes, mais néanmoins bien présentes du traumatisme dont il a été victime en octobre 1992 au niveau de son épaule gauche. Pragmatiquement donc, en essayant de pondérer de manière équitable les différents éléments à notre disposition, nous pensons qu'il est approprié de lui reconnaître une incapacité de travail de 50% dans une activité appropriée » (cf. rapport d'expertise du 20 janvier 1999 des Prof G. _____, et les Drs H. _____, I. _____, et J. _____ de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne, statuant comme Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité [COMAI], dossier OAI, pièce 476). Pour toutes ces raisons, l'OAI lui a octroyé, par décision du 2 septembre 1999, tout d'abord une rente entière, du 1er février 1994 au 30 novembre 1994, puis, à partir du 1er décembre 1994, une demi-rente fondée sur un taux d'invalidité de 55% (dossier OAI, p. 451). bb) Saisie, à l'époque déjà, de la question de savoir si l'état de santé s'était aggravé, la Cour était toutefois parvenue à la conclusion que tel n'était pas le cas en 2002. D'une part, la péjoration alléguée n'était liée qu'à la seule augmentation des plaintes douloureuses, celle-ci non objectivement corroborées sur un plan clinique, en dépit de la présence d'un syndrome de tunnel carpien bilatéral débutant mis en évidence par le Dr C. _____ (cf. son courrier du 20 avril 2001). Au contraire même, sur un plan psychique, on ne retrouvait plus chez lui de traits psychotiques. Après un séjour hospitalier en clinique psychiatrique en 1998, son état dépressif semblait en outre stabilisé grâce au traitement psychiatrique ambulatoire ainsi que la prise d'antidépresseurs (cf. rapport du Dr K. _____ du 19 mars 2002). D'autre part, de nombreux facteurs extra-médicaux, d'origine socio-culturelle, avaient été relevés: un manque de motivation, un contexte familial précaire, une attitude démonstrative durant les examens ainsi qu'un caractère difficile, ce qui au final hypothéquait une éventuelle réinsertion professionnelle: « Il devrait continuer à bénéficier

d'une prise en charge psychiatrique, idéalement avec un psychiatre parlant le turc, ainsi que de mesures d'ordre psychosocial étant donné que le marasme dans lequel évolue sa famille contribue probablement à l'enfermer dans ses défenses caractérielles. Compte tenu de la problématique d'ordre caractériel présentée par ce patient, nous doutons que des mesures d'ordre professionnel soient à même d'aboutir » (rapport des spécialistes du COMAI précité). Tout cela n'augurait certes rien de bon, mais ne constituait pas pour autant, d'un point de vue médical, une aggravation de l'état de santé à faire supporter à l'OAI. La demi-rente fondée sur un taux de 55% avait ainsi été confirmée par la Cour, dans le sens du refus d'augmenter la rente prononcé le 11 décembre 2002 par l'OAI. b) deuxième révision (septembre 2007)

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 La demi-rente a été maintenue le 7 septembre 2007 (cf. dossier OAI, p. 280), à l'issue d'une procédure en révision d'office. Le Dr C. _____ avait à cette époque tout d'abord confirmé que le syndrome du tunnel carpien n'avait aucune influence sur la capacité de travail. Son patient ne souffrait en effet « pas de problème somatique pur, mais d'un trouble somatoforme douloureux touchant le essentiellement l'hémicorps gauche, celui-ci associé à des troubles anxio-dépressifs chez une personne présentant des troubles de la personnalité » (rapport du 17 janvier 2003, dossier OAI, p. 315). Sur un plan physique, aucune aggravation n'était par la suite constatée, le médecin d'arrondissement de la SUVA relevant certes en 2005 une certaine limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule gauche, mais observant à côté de cela des mobilités conservées au niveau du coude et du poignet: « Le patient décrit une douleur partant de l'épaule irradiant vers l'omoplate et le coude et des paresthésies de type fourmillement.(...) Status 13 ans après une contusion de l'épaule gauche traitée chirurgicalement à deux reprises - je rappelle qu'il a subi deux arthroscopies, fixation d'une lésion de type SLAP et acromioplastie. Il persiste comme séquelle une limitation fonctionnelle surtout dans l'abduction et dans l'antéimpulsion. Ces deux mouvements sont limités à la ligne horizontale. Il n'y a pas d'amyotrophie. Je rappelle également que la mobilité du coude et du poignet est conservée » (dossier OAI, p. 306-307). c) troisième révision (décision querellée) Une nouvelle procédure en révision d'office a été introduite en mai 2012 (cf. questionnaire, dossier OAI, p. 263). Après avoir dans un premier temps, le 6 août 2014, considéré que le taux d'invalidité était demeuré stable (cf. dossier OAI, p. 205), l'OAI a par la suite encore ordonné de nouveaux examens, dont une expertise psychiatrique, cela suite aux objections formulées par le recourant. Il s'agit ainsi de revenir sur l'évolution de l'état de santé à partir du mois de mai 2012. aa) Le Dr C. _____ a pour sa part signalé le 9 juillet 2012 une péjoration au plan psychique (dossier OAI, p. 258), se référant à l'avis médical du psychiatre traitant, le Dr L. _____. Dans un rapport du 22 mai 2013 (dossier OAI, p. 234), ce dernier spécialiste retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, celui-ci accompagné de modifications gênantes de la personnalité. Mais il soulignait une collaboration médiocre: « La collaboration est médiocre. Le patient s'exprime peu spontanément. Questionné, il maugrée: "raconter, raconter, raconter!". Il se montre passif quand à choisir de venir ou non à des entretiens. Les plaintes sont vagues, ce qui est accentué par le fait que le patient dit souvent "des fois" pour ponctuer ses propos. Dans ces conditions, il aurait été souhaitable d'obtenir une hétéro-anamnèse, par exemple avec le fils aîné du patient, décrit comme mature et responsable, mais cela s'avère impossible, soi- disant parce que la famille a décidé de se protéger des problèmes de santé des parents. Parfois, le patient se montre agressif sur le plan non-verbal, comme déjà signalé dans le dossier antérieur. L'orientation sur la situation

d'entretien psychiatrique n'est pas optimale ». Dans ces conditions, un pronostic n'était pas facile à envisager, le diagnostic n'étant même pas définitif: « Difficile de faire un pronostic. Il faut surveiller ce patient, car étant donné la récente hospitalisation, une nouvelle aggravation dans le futur n'est pas exclue. Je reste aussi prudent quand au diagnostic. On peut se poser la question d'une psychose à bas bruit, avec un état un peu

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 déficitaire et un délire somatoforme, mais la faible collaboration ne facilite pas un diagnostic très précis ». Le spécialiste relevait aussi une consommation de l'alcool de la part du recourant et laissait entendre que celui-ci voulait une rente entière: « Il a une rente à 50% et il faut l'augmenter à 100% ». Il mentionnait en outre une hospitalisation en milieu psychiatrique, survenue à la fin de l'année 2012. bb) Dans un rapport du 30 septembre 2013 (dossier OAI, p. 215), les Drs M. _____ et N. _____ du service médical du Centre de soins hospitaliers de Marsens précisaient que le recourant avait bien séjourné au sein de leur établissement du 27 décembre 2012 au 4 février 2013. Ce séjour aurait été plutôt bénéfique: « Evolution progressivement favorable de l'état psychique du patient, qui a présenté une humeur dépressive dans un contexte de douleur chronique post- traumatique avec sentiment de pertes. (...) Trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen, avec stabilisation psychique sous traitement psychopharmacologique et antalgique. Pendant l'hospitalisation, il a pu participer aux activités thérapeutiques (atelier d'activation) et aux séances de relaxation ». Les spécialistes observaient alors certes une limitation de la capacité de travail, mentionnant à ce titre la présence chez lui, également, d'un syndrome d'apnée du sommeil (« Restrictions mentales de par son état dépressif et physiques de par ses douleurs chroniques, son syndrome d'apnée du sommeil avec prescription de CPAP »). Mais ils signalaient toutefois enfin que, « du point de vue psychiatrique, le patient était capable de reprendre une activité professionnelle au moins à temps partiel ». Ils recommandaient, cela étant, la poursuite d'un suivi psychiatrique en ambulatoire. Le recourant a effectué un second séjour hospitalier à la fin de l'année 2013 à l'issue duquel une évolution favorable a une nouvelle fois été constatée. Il a été proposé au recourant de continuer dans cette voie, avec un suivi régulier de jour, mais il n'a pas paru très intéressé: « Au début du séjour hospitalier, il présente une thymie assez basse, une fatigabilité, un manque d'énergie et des problèmes de sommeil. Par la suite, le cadre hospitalier sécurisant associé aux entretiens médico- infirmiers et aux thérapies spécialisées permet une évolution progressivement favorable, avec une diminution des idées noires et suicidaires, une amélioration de la thymie et du sommeil. Nous ouvrons peu à peu le cadre et autorisons des congés organisés à domicile, qui lui ont été bénéfiques. Afin de clarifier le projet de suivi après l'hospitalisation, nous lui avons présenté la possibilité d'intégrer la clinique de jour, ce à quoi le patient s'est montré assez ambivalent » (rapport du 28 janvier 2014, pièce 4 du bordereau de recours). cc) Après avoir reçu le projet du 6 août 2014 de refus d'augmenter sa demi-rente, le recourant a produit de nouveaux avis médicaux émanant de ses médecins traitants. Tout d'abord du Dr C. _____ qui, le 24 mars 2015 (dossier OAI, p. 202), signalait une aggravation tant physique que psychique de l'état de santé de son patient. Il constatait plus tard l'échec des traitements antalgiques entrepris, faisant au passage remarquer le contexte socio- familial défavorable: « Les nombreux traitements antalgiques proposés ainsi que les perfusions d'antalgiques effectuées ont peu d'effet et si elles en ont, ne sont que transitoires. La situation

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 socio-familiale (épouse à l'AI depuis de nombreuses années pour des troubles dépressifs récurrents) est également un facteur négatif dans un

processus de guérison qui n'est à mon sens plus possible. Il ne voit plus aucune perspective, raison pour laquelle je note une aggravation de l'humeur et un repli sur lui-même. Je propose que vous organisiez une expertise psychiatrique ». Puis de la Dresse O. _____, spécialiste en anesthésie et antalgie, qui précisément dispensait au recourant lesdits traitements antalgiques. Elle observait pour sa part que les plaintes douloureuses ne diminuaient pas, présentes depuis 2007 sous forme de céphalées, nuchalgies et s'étendant à tout l'hémi-thorax gauche, depuis l'épaule. Selon elle, le recourant serait « en incapacité de travail de 100% depuis plus de 20 ans. Après ce délai, une capacité de travail dans une activité adaptée est inenvisageable au vue de la persistance des douleurs et de l'aggravation de la souffrance psychique » (rapport du 19 février 2015, dossier OAI, p. 200). Elle laissait cependant entendre que la situation au niveau des assurances influençait le tableau: « Il se décrit comme lésé dans la mesure où une révision de sa situation asséculoologique n'a pas été mise en route. Il se sent emprisonné, dans une impasse. L'aggravation de l'humeur, la perte de perspective, le rétrécissement des rapports sociaux, l'aggravation de l'état de santé psychiatrique, démontrent qu'il est urgent de se pencher à nouveau sur le cas de ce patient ». Elle réitérait par la suite ses propos dans un rapport du 2 avril 2015 (dossier OAI, p. 198) puis du 30 juin 2015 (dossier OAI, p. 179), reconnaissant implicitement que le suivi entrepris depuis plus de 10 ans ne produisait guère d'effets, les « douleurs rebelles de tout l'hémicorps gauche, envahissantes, tendant à augmenter au cours des ans » et demeurant « ininterrompues » (dossier OAI, p. 180). En octobre 2015 (dossier OAI, p. 164), le Dr L. _____ allait une nouvelle fois dans le sens de ses confrères, maintenant ses précédents diagnostics, mais évoquant désormais un « abus d'alcool probable ». La situation aurait récemment évolué comme suit: « Depuis 2013, le patient paraît plus sombre et souffrant. A une ou deux reprises, il pleure pendant l'entretien. J'ai toujours proposé qu'un fils vienne en entretien pour une hétéro-anamnèse. Cette fois, le patient a dit que ses fils refusent parce qu'ils ne s'occupent pas de lui, et qu'ils ne sont pas venus non plus le voir à l'hôpital de Marsens. Lors du dernier entretien, le patient a soudain explosé d'une manière assez impressionnante. Il s'agitait, répétant qu'il en avait marre de toujours expliquer, aux médecins. Il est difficile d'interpréter ce comportement plutôt inquiétant ». dd) Le projet de refus d'augmenter la demi-rente étant ainsi contesté, l'OAI a décidé de soumettre le recourant à une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr B. _____. Dans son rapport du 27 avril 2016 (dossier OAI, p. 98 et ss), celui-ci est implicitement parvenu à la conclusion que l'état de santé du recourant était demeuré inchangé d'un point de vue psychiatrique: « la capacité de travail reste la même que lors de la dernière décision de l'OAI-FR » (expertise p. 34, dossier OAI, p. 131). Il ne constatait notamment la présence d'aucune maladie psychiatrique à caractère invalidant, du moins pas au moment de l'entretien: « je n'ai pas pu objectiver des signes et symptômes d'une maladie psychiatrique à caractère handicapant, il n'y a pas de troubles cognitifs, par contre il existe une tristesse et une humeur dépressive mais qui sont plutôt légères au moment de l'entretien, mais qui ont été décrites comme moyennes voire sévères par les médecins de l'assuré. Au moment de l'entretien, cet assuré s'exprime correctement, il n'y a pas de troubles psychotiques.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Les limitations fonctionnelles seraient donc en fonction de l'état dépressif mais qui ne me semblent pas handicapantes au moment de l'entretien » (expertise p. 4, dossier OAI, p. 101). L'expert n'a en effet décelé aucun signe d'une telle maladie: « Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes. Au moment de l'entretien et

concernant la lignée dépressive, l'assuré dit qu'il est triste tout le temps, à l'heure de l'entretien, j'ai pu objectiver une tristesse avec une humeur dépressive plutôt légère. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments de dévalorisation et de découragement. Pas de sentiments d'infériorité, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Selon l'assuré, il dit avoir des idées noires comme une cassette qui tourne dans la tête. A ma connaissance, il n'a jamais fait de tentative de suicide. Signalons qu'il a déjà été hospitalisé à Marsens en 2000, du 27.12.2012 au 04.02.2013 et du 04.12.2013 au 10.01.2014 pour des états dépressifs. Le sommeil n'est pas perturbé. Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur, mais exagération des symptômes notamment douloureux au niveau de son bras gauche. Pas de contact familial avec l'expert. Concernant le registre anxieux, l'assuré présente des tensions nerveuses, une irritabilité et de l'énerverment. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale. Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars. Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie » (expertise p. 3, dossier OAI, p. 100). Il a mentionné en revanche la présence de facteurs extra-médicaux susceptibles de péjorer la situation, tout particulièrement liés au mode de vie du recourant (problème d'intégration, dépenses liées à sa consommation d'alcool et au jeu) et à une situation personnelle précaire (épouse également à l'AI, dettes du couple): « Il y a des facteurs étrangers à l'invalidité car cet assuré, qui est arrivé en Suisse en 1986, donc à l'âge de 16 ans, est mal adapté en Suisse, il ne fréquente que ses compatriotes, il ne parle pratiquement pas le français, même s'il dit qu'il peut parler avec son psychiatre dans cette langue, mais le psychiatre a essayé de parler avec ses enfants et lui n'a pas voulu, il ne parle pas non plus le suisse allemand. Il y a donc une mauvaise intégration en Suisse. Signalons également que cet assuré a des poursuites pour environ CHF 50'000.- car il dit qu'il n'a pas payé la caisse-maladie ni les impôts, mais en même temps lui et son épouse ont une rente de couple puisque sa femme ne travaille pas non plus et est à l'invalidité, il ne fait pas attention à ce qu'il dépense, notamment il aime bien jouer aux machines à sous où il dit jouer régulièrement, à l'Euromillion de temps en temps, et il dépense également de l'argent dans les bistros ». A côté de cela, l'expert soulignait encore des discordances au niveau des plaintes (expertise p. 6, dossier OAI, p. 103); l'existence de ressources personnelles plus importantes que celles décrites par les médecins traitants au vu des occupations journalières, décrites par le menu, et l'existence de contacts et d'intérêts sociaux liés à sa communauté ou à sa famille (accompagner ses enfants au football) (expertise p. 7, dossier OAI, p. 104/ expertise p.24, dossier OAI, p. 121); enfin, une importante consommation d'alcool pouvant expliquer un comportement parfois agressif y compris devant le psychiatre traitant (expertise p. 23, dossier OAI, p. 120). Il notait enfin un manque de volonté de sérieusement se soigner, probablement induit par une mauvaise collaboration et la volonté de toucher une rente entière: « A signaler que bien que l'assuré se montre moyennement compliant concernant le traitement médicamenteux, il n'y a pas

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 de véritable compliance concernant une thérapie qui, à mon sens, n'a jamais été réalisée par l'assuré, celui-ci ne se montrant pas d'accord et se montrant plutôt exigeant envers ses médecins et notamment envers l'AI qu'il accuse de ne pas lui accorder une rente AI à 100% » (expertise p. 26, dossier OAI, p. 123). Au final, l'expert laissait clairement entendre que la péjoration de l'état de santé dont se prévalait le recourant dépendait au fond en grande partie de lui-même: « La prise en charge du point de

vue psychiatrique est complexe chez cet assuré qui se montre revendicateur envers les assurances et qui ne comprend pas pourquoi il a une rente AI à 50%. Les médicaments prescrits ne peuvent qu'atténuer sa tristesse et sa dépression, notamment quand il est dans une phase moyenne ou sévère, mais l'alcool qu'il prend depuis environ 3 ans peut augmenter les symptômes de tristesse ainsi que l'irritabilité de l'assuré » (expertise p. 22, dossier OAI, p. 130). ee) C'est sur la base de cette expertise que l'OAI a rendu la décision querellée de refus d'augmenter la demi-rente. A l'appui de son recours, le recourant produit un nouvel avis médical du Dr L. _____, se prononçant sur l'expertise. S'il admet que son patient revendique bien une rente entière, il n'en conclut pas moins qu'une telle revendication est absurde compte tenu du faible gain supplémentaire que cela lui rapporterait. Affinant quelque peu son diagnostic, il retient ainsi désormais, à l'issue d'un dernier entretien avec le recourant, que ce dernier souffre en fait d'une psychose, comme du reste l'un de ses frères: « Sur le plan du diagnostic, une psychose chronique à bas bruit ne peut pas être exclue. Le délire somatoforme concernerait les aspects tout-à-fait bizarres des plaintes douloureuses à point de départ de l'épaule, qui se répandent dans tous le corps, surtout à gauche. Il y a plutôt plus d'arguments en faveur d'une psychose à bas bruit, si on admet que le patient se comporté différemment lors de l'expertise que chez ses médecins traitants, ce qui est absurde et inadéquat et indique de sévères perturbations du jugement, de l'identité et/ou du contact. La distance relationnelle plus grande avec l'expert le protégerait d'une augmentation de l'angoisse pendant l'entretien, que je constate moi-même. La présence d'une schizophrénie chez un frère est un argument supplémentaire dans le sens de la possibilité d'une psychose à bas bruit chez ce patient. Il y a là une probablement une invalidité complète sur le plan psychiatrique » (rapport du 5 septembre 2016, pièce 14 du bordereau de recours). La Dresse O. _____ lui a également fait remplir un questionnaire de douleur (pièce 16 du bordereau de recours). Un rapport d'ergothérapie émanant du Dr P. _____ a par ailleurs été produit, celui-ci attestant d'une prise en charge depuis le mois d'avril 2016 et signalant une extension des douleurs à tout le bras gauche et même, désormais, à la main gauche (pièce 10 du bordereau de recours). Le Dr Q. _____ rapportait à cet égard que le recourant présentait « une lésion discrète au niveau du cubital au coude » mais précisait que si celle-ci pouvait engendrer des paresthésies, elle n'occasionnait aucune douleur, la source douloureuse demeurant au niveau de l'épaule (rapport du 8 juin 2016, pièce 13 du bordereau de recours). Il envisageait d'abord un traitement conservateur. Enfin, un rapport d'une nouvelle psychiatre, la Dresse R. _____, consultée après le départ à la retraite du Dr L. _____, a encore été déposé: cette dernière conclut à une incapacité de travail supérieure à 75% en raison d'un trouble dépressif récurrent actuellement sévère, d'un trouble obsessionnel compulsif ainsi que d'un trouble de la personnalité, sans précision (pièce 28 du bordereau de recours).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 d) aggravation de l'état de santé ? Il ressort manifestement de tout ce qui précède que l'état de santé du recourant n'a objectivement pas changé à partir de 2012, la situation étant demeuré quasiment identique à ce qu'elle était en 2007, voire même en 2003, à l'époque où la Cour de céans s'était plongée pour la première fois dans ce dossier. aa) Sur un plan physique tout d'abord, seule l'extension des douleurs est invoquée, mais il s'agit là d'un critère subjectif très probablement influencé par des facteurs extra-médicaux relevés en nombre. Il n'est médicalement établi par aucune pièce (radiographie, IRM ou autres), et aucun des médecins du recourant ne le soutient du reste expressément, que le syndrome du tunnel carpien déjà constaté en 2001, mais que le médecin traitant ne jugeait lui-même pas invalidant en 2007, se soit aggravé. La lésion

discrète tout récemment remarquée au niveau du coude gauche, mais qui n'engendrerait que des paresthésies au niveau des doigts de la main, pour lesquelles seul un traitement conservateur était pour l'heure envisagé, ne saurait à l'évidence fonder à elle seule motif à entraîner révision. Enfin, les apnées du sommeil rapportées dans le cadre du premier séjour hospitalier ont paru s'améliorer à l'issue du second, tant et si bien que le recourant ne s'est en pas plaint devant l'expert, lequel a au contraire retenu que le sommeil était bon. L'on peut par ailleurs se demander si les douleurs ont subjectivement évolué, tant il est établi que les conclusions des médecins traitants à ce sujet sont restées exactement les mêmes qu'en 2007, à l'époque où ceux-ci le déclaraient déjà pleinement incapable de travailler. Pour la Dresse O. _____, il serait en fait totalement incapable de travailler depuis plus de vingt ans. A l'évidence, une expertise complémentaire ne se justifie pas sur un plan physique. Il y a tout lieu de craindre qu'elle risquerait de donner une nouvelle occasion à saisir pour le recourant, dont la collaboration médiocre a été constatée, de se persuader et de tenter de convaincre les experts qu'il est complètement invalide et qu'il doit par conséquent recevoir une rente entière. bb) Sur le plan psychiatrique, l'expertise du Dr B. _____ apparaît particulièrement fiable, au vu de ses conclusions claires comme de son contenu détaillé. Elle donne une image du recourant qui paraît assez exacte si l'on remonte à la source de son parcours d'assuré pour constater qu'il n'a tout simplement plus repris le travail à la suite d'un accident survenu à l'épaule gauche, dont le traitement n'a pas été exagérément compliqué et qui ne lui a pas laissé de grandes séquelles, cela alors même qu'il n'était âgé de 22 ans et que l'on pouvait certainement atteindre de lui qu'il reprenne à tout le moins partiellement une activité. L'apparition, dans ce contexte, d'un trouble somatoforme douloureux, doublé d'un état dépressif estimé sévère à l'époque, paraît à la limite avoir déjà engagé plus qu'il n'en faut la responsabilité de l'assurance-invalidité. C'est en tous les cas ce que sous-entend l'expert dans ses conclusions, dont on ne saurait au fond retenir qu'une seule chose, déterminante en l'espèce, à savoir que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé d'un point de vue psychiatrique: rien ne le dit en effet, mais tout suggère le contraire.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Cette conclusion ne saurait être infirmée, ni par celles du psychiatre traitant le Dr L. _____, ni par celles de son successeur, la Dresse R. _____. Le Dr L. _____ admet en effet certains éléments qui vont dans le droit sens du Dr B. _____.: le recourant est bien déterminé à se voir octroyer une rente entière, il en ressent même une injustice (la Dresse O. _____ le fait aussi remarquer). Il tente toutefois de les expliciter à la lueur d'un diagnostic différentiel nouvellement affiné qui lui fait penser que l'on se trouve en présence d'une atteinte psychotique faisant adopter une attitude délirante. Or, l'exposition des journées du recourant à l'expert, l'absence d'un tels signes de délire à l'issue des séjours en milieu hospitalier spécialisé, l'absence même de toute trace d'un comportement bizarre qui eût pu donner lieu à plaintes, voire engendrer une mise sous tutelle, ne semble pas plaider en faveur d'un tel diagnostic. L'attitude parfois agressive et contradictoire du recourant peut en revanche plutôt se lire comme une manifestation de symptômes occasionnés par l'abus d'alcool signalé, hypothèse suggérée tant par l'expert que par le psychiatre traitant. La préservation de centres d'intérêts et d'une vie sociale ne font pas non plus penser que le trouble somatoforme, au demeurant principalement localisé au niveau du bras gauche, est désormais pleinement invalidant, d'autant moins que l'état dépressif parfois sévère qui l'accompagnait (et qui seul semblait au départ fonder une invalidité partielle) n'a pas pu être constaté par l'expert au moment de l'entretien. A ce titre, on relèvera enfin les propos du psychiatre traitant, le Dr L. _____, selon lequel le

recourant serait capable de faire montre d'une certaine réserve devant l'expert, mais moins devant ses médecins traitants, vis-à-vis desquels il lâcherait plus facilement prise. On ne saurait, comme lui, en déduire que les avis des médecins traitants doivent être prioritairement suivis. D'après une jurisprudence bien établie, c'est très précisément l'inverse: l'avis de l'expert doit être préféré, parce que, délesté de toute relation de confiance entre le patient et le médecin traitant, il permet d'accéder, sous le couvert du recul, à une plus grande objectivité. Dans le cas du recourant, l'absence d'aggravation de l'état de santé peut se remarquer dans son corollaire, à savoir l'augmentation, s'il était encore possible, du nombre des facteurs extra-médicaux déjà observés à l'époque par la Cour de céans. e) facteurs extra-médicaux Ils ont tous été relevés par le Dr B. _____ (cf. plus haut), lequel a fini par penser que le recourant était à la recherche du bénéfice d'une rente entière, sous-entendant par là qu'il influençait ainsi lui-même le tableau médical. Le psychiatre traitant, le Dr L. _____, a également admis que le recourant cherchait bien le bénéfice d'une rente entière. Quant aux spécialistes de l'hôpital psychiatrique, ils lui ont proposé un suivi plus régulier, de jour, mais il n'a semble-t-il pas donné suite à leur proposition qui paraissait pourtant aller dans le courant de ses propres thèses. La présence importante de ces éléments extra-médicaux (manque d'intégration, précarité, jeu, alcool, désir de percevoir une rente, démonstration, agressivité) explique certainement l'absence de toute perspective au niveau professionnel et fait clairement supposer que la responsabilité de l'assurance-invalidité ne saurait être plus engagée vis-à-vis du recourant de ce qu'elle n'est déjà.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Quant à la collaboration médiocre avec le corps médical, relevée par le psychiatre traitant comme par l'expert, elle constitue également un facteur extra-médical, à lui seul de nature à conforter le sentiment qu'il est inutile de procéder à de plus amples examens. 5. Il découle de tout ce qui précède que les conditions d'une révision à la hausse du taux d'invalidité ne sont manifestement pas réunies. Si l'état de santé est globalement le même, le contexte social a probablement empiré, mais cela ne saurait encore constituer une atteinte médicale au sens de la loi. L'on se trouverait même bien plus près d'une révision à la baisse du taux d'invalidité de cet assuré qui, dès le départ, a semblé convaincu de son invalidité, alors qu'il n'avait pas encore 25 ans. Quoi qu'il en soit, son recours doit être rejeté et le refus d'augmenter la demi-rente confirmé. 6. Il reste à statuer sur les frais et dépens. Le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire. Dans la mesure où des troubles psychiques ont pu être reconnus chez lui et où il a été assez largement entretenu dans sa conviction d'être totalement invalide par ses médecins traitants, l'on peut à la rigueur admettre que son recours manifestement infondé ne soit pas encore considéré comme d'emblée dénué de toute chance. Partant, et vu sa condition financière et sociale précaire, l'assistance judiciaire peut à la rigueur lui être octroyée. aa) Les frais de justice, fixés en l'espèce à CHF 800.-, ne lui seront donc pas réclamés. L'avance de frais lui est par là même restituée. bb) Son représentant n'a pas répondu à l'invitation écrite qui lui avait été faite de déposer sa liste d'honoraires. Il convient ainsi de fixer l'indemnité de partie par un forfait de 12 heures, payées au tarif de CHF 180.-. Ceci représente le travail nécessaire à effectuer dans ce genre de cause, dont l'issue est finalement apparue assez clairement et qui ne consistait dans les faits qu'à produire des rapports médicaux, seule la capacité de travail étant litigieuse, celle-ci faisant par ailleurs l'objet d'un examen d'office de la part de la Cour de céans. C'est ainsi un montant de CHF 2'160.- qui est octroyé, celui-ci arrondi même à CHF 2'300.- pour tenir compte d'éventuels frais et débours. A cela s'ajoute encore une TVA de 8% (CHF 184.-), pour une indemnité totale de CHF 2'484.-.

Elle est mise à la charge de l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête: I. Le recours (605 2016 197) est rejeté. II. L'assistance judiciaire (605 2017 125) est accordée et Me Daniel Känel est désigné défenseur d'office. III. Des frais de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés, vu l'octroi de l'AJT. Les CHF 800.- versés d'avance le 29 septembre 2016 lui sont restitués. IV. Une indemnité de partie de CHF 2'484.- (avec TVA de CHF 184.-) est allouée au recourant, en mains de son mandataire. Elle est mise à la charge de l'Etat. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 20 juin 2017/mbo Président Greffier-stagiaire

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