

FR_GERICHTE 605 2017 193 vom 19. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_193

FR: FR_GERICHTE 605 2017 193 du 19 juillet 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 193 del 19 luglio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires estivales - et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Dûment représenté - dite représentation au demeurant agréée par son curateur -, le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle 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.

E. 2.1

Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (arrêt TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; ATF 124 V 265 consid. 3c).

E. 2.2

Ce n'est toutefois pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

Le droit à la rente dépend du degré d'invalidité, qu'il s'agit d'évaluer.

E. 3.1

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. 3.2

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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).

E. 4

En vertu de l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5).

E. 4.1

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b).

E. 4.2

Dans le cadre d'une nouvelle demande après refus (régie sous l'angle de l'art. 87 al. 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]), comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3).

E. 5

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).

E. 5.1

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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16

E. 5.2

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. 6

Est en l'espèce litigieux le droit à la rente. Pour l'OAI, le recourant, ancien toxicomane traité via méthadone, ne peut se prévaloir d'aucune atteinte invalidante psychiatrique au sens de la loi. Il ne subit qu'une seule perte de rendement de l'ordre de 20% du fait de son traitement et son taux d'invalidité s'avère, dans ces conditions, légèrement inférieur à 15%. Lui laisse au contraire entendre qu'il est totalement invalide vu, non seulement, l'incapacité de travail (respectivement, la limitation de rendement) de 20% induite par son traitement mais, également, les séquelles physiques de deux anciens accidents de moto, invalidantes au plan physique et qui n'ont absolument pas été prises en compte. Qu'en est-il ?

E. 6.1

Parcours de l'assuré

E. 6.1.1

Né en 1962, le recourant est titulaire d'un CFC de dessinateur en génie civil. Cela étant, il a exercé les activités de machiniste et de chauffeur poids lourds. Depuis l'adolescence, il est toxicomane. Il a subi deux accidents de moto en 1986 et en 1987, qui ont respectivement atteint sa cheville droite et son épaule gauche, celle-ci déjà luxée quelques années auparavant (cf. déclarations d'accidents, dossier OAI, p. 3 et 34). Il a par la suite annoncé des rechutes, notamment en 1995 et 1996, concernant ces mêmes lésions. Le traitement était toutefois entravé par sa toxicomanie, gérée via méthadone: « La rééducation s'avère très pénible. Le patient a d'énormes difficultés à suivre son programme de méthadone. Du point de vue radiologique, l'ostéotomie n'est malheureusement toujours pas consolidée. Du point

de vue mobilisation de l'épaule, le traitement physiothérapeutique traîne également en raison de ce retard de consolidation » (rapport du 22 mai 1997 du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique). Il a été opéré à plusieurs reprises, également au niveau de l'épaule droite, apparemment touchée lors du premier accident à moto: « Ce patient de 36 ans, chauffeur de poids lourds présentait des luxations récidivantes à l'épaule D et à l'épaule G ce qui a motivé tout d'abord un traitement chirurgical à D en 1988 et à G en 1996 avec une reprise pour formation de pseudarthrose en 1997 » (rapport du 16 février 1998 du Dr B. _____, dossier OAI, p. 114). Au vu du tableau médical et compte tenu également de sa dépendance, une réadaptation professionnelle a été envisagée: « La réhabilitation a été rendue difficile en raison d'une capsulite rétractile à l'épaule G et en raison de la toxicomanie de ce patient qui le rendait périodiquement incapable de suivre les séances de physiothérapie. De mon avis tout à fait personnel, je pense que durant ces dernières années, sa toxicomanie était relativement tenace, qu'il avait besoin de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 façon chroniquement régulière de Rohypnol et de dérivés de codéine. En plus de cela, je reste persuadé que ce patient continuait à se shooter à l'héroïne. Néanmoins, je n'ai pas de preuve formelle de ce que j'avance étant donné que je ne suis pas son médecin de famille. Etant donné la lenteur de la réhabilitation de son épaule G, avec une incapacité de travail importante comme chauffeur de poids lourds, je lui ai proposé de faire un recyclage professionnel. Il a été d'accord avec cette solution » (rapport précité). Il y a lieu de faire remarquer ici qu'une capsulite rétractile était alors évoquée. C'est ainsi, quoi qu'il en soit, que son cas a été pris en charge par l'AI.

E. 6.1.2

Une formation professionnelle d'électronicien a tout d'abord été interrompue au mois de janvier 2001 à cause des nombreuses absences du recourant. Il a par la suite retrouvé un emploi d'opérateur mais a toutefois été licencié en 2003. Il a alors sollicité une nouvelle mesure de reclassement professionnel auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI), lequel a rejeté sa demande par décision sur opposition du 11 octobre 2004, estimant que l'incapacité de travail qui le limitait actuellement découlait principalement de sa toxicomanie. Saisie d'un recours, la Cour de céans l'avait à l'époque admis, estimant qu'une expertise psychiatrique était indiquée, « compte tenu de l'étroite relation pouvant exister entre une toxicomanie et un état psychiatrique » (cf. arrêt du 25 août 2005 dans la cause 5S 04 439, dossier OAI, p. 383). Mandaté à la suite de cela, le Dr C. _____, de la Clinique Corela, parvenait à la conclusion, au terme d'un rapport de 35 pages (cf. dossier OAI, p. 448 et ss), que le recourant n'était atteint d'aucun trouble majeur « permettant d'attester d'une altération de l'activité lucrative et donc d'une réduction de l'activité professionnelle ». En dépit de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacées », d'autres symptômes psychiques n'avaient, selon cet expert, pas valeur de maladie, à tout le moins pas invalidante: « Nous avons pensé que l'assuré présentait les symptômes d'un état dépressif. Toutefois, comme nous l'avons démontré dans ce rapport d'expertise dans la partie humeur, les critères nécessaires pour parler de dépression ne sont pas présents. Cela signifie que l'intéressé ne présente pas de dépression au sens de l'ICD-10 ou du DSM-IV. Notons toutefois que ces critères furent présents par le passé, mais qu'ils ne sont plus d'actualité. On relève alors une amélioration de l'état thymique. Nous nous sommes aussi demandés s'il présentait des éléments parlant en faveur d'un diagnostic de trouble anxieux. Une fois de plus, ces éléments furent décrits chez l'intéressé par le passé, mais ne sont plus d'actualité. On ne retient donc pas de diagnostic

pouvant avoir une répercussion sur la capacité de travail » (dossier OAI, p. 25). Ne l'estimant certes plus capable de travailler comme chauffeur poids lourds, mais le considérant pleinement capable d'exercer une activité adaptée, comme ouvrier dans la production industrielle légère et tenant compte, pour le surplus, d'une déduction de 15% du revenu qu'il pourrait ainsi retirer, cela au titre de désavantage salarial engendré par des « limitations fonctionnelles importantes », l'OAI ne retenait finalement qu'un degré d'invalidité de 8%, insuffisant pour lui ouvrir, non seulement le droit aux mesures professionnelles mais aussi celui à la rente (cf. décision sur opposition du 4 octobre 2006, dossier OAI, p. 521). Ce refus de toute prestation n'a pas été contesté et est dès lors entré en force.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16

E. 6.1.3

Parallèlement à quoi, le cas du recourant était également pris en charge par l'assurance-accidents. De nouvelles rechutes ont été annoncées, en 2002-2003 (épaule gauche, puis cheville droite), puis encore en 2005 (à nouveau épaule gauche): à chaque fois, des chutes du recourant étaient signalées, alors qu'il voulait saisir sa carte de timbrage, se levait de son lit ou passait l'aspirateur, en se prenant les pieds dans le tube (cf. dossier OAI, p. 247, 268, 439). Le médecin d'arrondissement de la SUVA s'est déterminé sur ces atteintes physiques. En 2004, il signalait « des séquelles d'une luxation récidivante de l'épaule gauche traitée chirurgicalement à plusieurs reprises sous forme d'une très importante limitation fonctionnelle. L'assuré présente également des séquelles au niveau de la cheville droite à la suite d'une entorse et exploration de l'articulation tibio-tarsienne en raison d'une suspicion d'une ostéochondrite sous forme d'une limitation fonctionnelle des articulations tibio-tarsienne et sous-astragaliennes ». Il précisait toutefois que cette dernière atteinte n'était pas grave: « Je qualifierais cette dernière comme légère malgré que le patient marche à l'aide d'une canne » (rapport du 10 février 2004, dossier OAI, p. 282). Il remarquait aussi le contexte de toxicomanie: « il présente un état général diminué: il s'agit d'un toxicomane sous traitement de méthadone. A l'étude des différents dossiers, on trouve un diagnostic d'une ancienne hépatite. Toujours sur le plan général, l'assuré présente un trémor des membres supérieurs et finalement un trémor généralisé de tout le corps » (rapport précité). Il faisait état des limitations suivantes: « Le patient a des difficultés pour rester sur ses jambes en permanence. Il marche équipé de souliers de type Künzli et avec une canne qu'il porte à droite. Le périmètre de marche sur le terrain plat est limité à deux kilomètres. Il ne peut pas marcher sur le terrain inégal, a des difficultés pour monter les escaliers et les pentes. La position assise est bien tolérée. Ne peut pas lever le bras gauche au-dessus de la ligne horizontale; il n'arrive même pas à cette ligne dans l'abduction ni dans l'antéimpulsion. A gauche, le patient peut porter au maximum 5 à

E. 6.1.4

A la même époque, le traitement demeurait entravé par la toxicomanie: « J'ai été contraint de changer de physiothérapeute au mois d'octobre, étant donné que le patient avait manqué

E. 6.2

Nouvelles demandes AI

E. 6.2.1

Le recourant a demandé à pouvoir encore bénéficier de mesures professionnelles le 22 janvier 2009 (dossier OAI, p. 551). Le 23 mars 2009, il lui a été expliqué qu'il n'aurait droit qu'à une seule aide au placement et qu'il était tenu, dans ce cadre, de renseigner l'OAI et de donner régulièrement de ses nouvelles, sans quoi l'aide au placement serait interrompue (rapport d'entretien, dossier OAI, p. 569). La mesure en est apparemment restée à ce stade.

E. 6.2.2

Une nouvelle demande a été déposée le 4 mars 2014 (dossier OAI, p. 581). Le recourant sollicitait, cette fois-ci, une rente. Il signalait, à côté des anciennes (= cheville droite, les deux épaules et le traitement de substitution de la polytoxicomanie), de nouvelles atteintes: « emphysème pulmonaire, hépatites b et c, régime lié à la pancréatite aiguë de décembre 2012, fonctionnement diminué des reins (suite à un coma de 7 jours), difficulté de concentration et d'élocution (suite à une commotion), dépression chronique » (cf. demande). Il indiquait avoir notamment été aux soins intensifs pour le traitement d'une pancréatite qui l'avait provisoirement plongé dans un coma (cf. entretien téléphonique du 17 avril 2014, dossier OAI, p. 590). Si bien que, après un premier refus d'entrée en matière (cf. courrier du 4 avril 2014, dossier OAI, p. 588), l'OAI a procédé à une nouvelle instruction médicale.

E. 6.3

Rapports médicaux, évolution Figurent au dossier, les rapports de plusieurs médecins, notamment ceux des spécialistes amenés à se prononcer dans le cadre de la procédure en assurance-accidents, celle-ci également à nouveau saisie concernant les deux plus anciennes atteintes et tout particulièrement celle située à l'épaule gauche pour laquelle il avait recommencé à consulter ces dernières années.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Des signes de tendinite avaient ainsi déjà été signalés: « des IRM réalisées en 2009, 2010 et 2012 ont montré des signes de tendinite » (rapport de l'Hôpital intercantonal de la Broye du 11 décembre 2013, dossier OAI, p. 885). Au mois de décembre 2013, on n'observait rien de particulier au niveau de l'épaule droite, seule la gauche s'avérant problématique: « En ce qui concerne l'épaule droite, je n'ai pas de recommandation particulière. Le patient est relativement peu symptomatique et s'accommode bien de la mobilité et de la force résiduelle. En ce qui concerne l'épaule gauche, le patient souffre des séquelles d'une stabilisation d'épaule avec reprise chirurgicale et acromioplastie sous la forme d'une capsulite rétractile qu'il serait illusoire de gérer avec de la physiothérapie désormais. Une arthrolyse pourrait éventuellement être évoquée mais le pronostic est de toute façon réservé. Je lui explique longuement. La genèse d'une épaule gelée » (rapport du 11 décembre 2013 du Dr D._____, médecin-chef du service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital intercantonal de la Broye, dossier OAI, p. 1132). Du point de vue neurologique, aucun traitement n'était toutefois envisagé: « En synthèse, il est difficile de se prononcer avec dernière certitude sur l'origine des troubles sensitifs de la main gauche. Il pourrait s'agir soit d'un syndrome du tunnel carpien à bas bruit sans traduction électrophysiologique, soit de dysesthésies subjectives à placer dans ce que certains appellent souvent un syndrome épaule-main. Vu la relative discrétion des troubles, je ne vois en tout état de cause pas de nécessité à entreprendre de traitement spécifique relatif à ma spécialité » (rapport du 20 janvier 2014 du Dr E._____, spécialiste en neurologie FMH, dossier OAI, p. 1134). Au mois de mars 2014, le médecin d'arrondissement de la SUVA notait, cela étant, une limitation fonctionnelle très handicapante au niveau de l'épaule gauche: « Il s'agit d'un status après multiples événements traumatiques avec

luxations récidivantes de l'épaule G et stabilisation par voie chirurgicale à 4 reprises et la persistance actuellement d'un syndrome algofonctionnel lié à une possible capsulite rétractile de l'épaule G. Les divers traitements médicamenteux et les infiltrations ainsi que la physiothérapie n'ont pas permis de régler le problème de façon significative et il subsiste une limitation fonctionnelle très handicapante du côté G » (examen du 5 mars 2014, dossier OAI, p. 591). Plus précisément, il observait « un abaissement de l'épaule D par rapport à la G, des cicatrices à l'épaule D pour environ 14 cm de longueur, cicatrices à l'épaule G de 20 cm ddc sensibles mais plus à G avec à G également une tendinopathie généralisée essentiellement au niveau du sus-épineux, du sous-scapulaire et particulièrement le long du long chef du biceps dans la gouttière bicipitale. Il existe d'autre part des cellulalgies diffuses de l'épaule G qui ne sont pas présentes à D et des contractures des trapèzes essentiellement à G mais également discrètement présentes du côté D. Le pincé-roulé est douloureux du côté G » (examen précité). Il estimait la capacité de travail comme étant alors nulle dans toute activité, mais laissait entendre que la situation serait réévaluée une fois que la situation se serait stabilisée: « Quel que soit le travail réalisé, au vu du blocage des 2 épaules et notamment de l'atteinte de l'épaule G avec la limitation fonctionnelle qui a été objectivée, l'incapacité de travail est et reste à 100% actuellement. L'exigibilité sera forcément limitée par l'atteinte de l'épaule G, mais celle-ci sera réévaluée lors du bilan médical final après stabilisation significative de l'épaule G » (examen précité). Une intervention était envisagée pour soigner ce qui semblait s'apparenter, comme en 1998 déjà, à une capsulite rétractile: « Au vu de l'examen du jour, je serais tenté de relever que l'épaule G est très significativement bloquée et que la capsulite rétractile est à ce point importante qu'il faudra sans doute envisager un geste chirurgical du type arthrolyse pour débloquer l'épaule » (examen précité).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Au mois de juin 2014, la question d'une telle intervention continuait à se poser: « Sur le plan asséculo-logique, le patient est pris en charge par la SUVA conformément au courrier récent du médecin d'arrondissement. Ce patient se dit motivé pour reprendre une activité professionnelle selon le degré de récupération de la mobilité de son épaule gauche. (...) La question qui se pose est de savoir si on peut raisonnablement proposer à ce patient une arthrolyse chirurgicale à gauche » (rapport du 4 juin 2014 du Dr D. _____, dossier OAI, p. 1051). Au début de l'année 2015, le Prof F. _____, chef de service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, y répondait par la négative, pour deux raisons. Il excluait tout d'abord le diagnostic de capsulite rétractile, considérant que le recourant était plutôt atteint d'un syndrome douloureux chronique local et que les raideurs fonctionnelles résultaient en fait d'autolimitations. Il prenait acte, ensuite, du refus de ce dernier de subir un nouvel acte chirurgical: « il présente donc un syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche persistant 13 ans après une 4ème intervention chirurgicale de stabilisation antérieure de l'épaule. Il n'y a sur le plan objectif pas de troubles dégénératifs secondaires significatifs, pas d'instabilité résiduelle, pas de lésions de la coiffe ni d'atteinte neurologique intercurrente significative. En position couchée, il est possible d'obtenir une mobilité pratiquement symétrique en rotation, ce qui parle plutôt contre une raideur de type capsulite rétractile. Il s'agit donc plus vraisemblablement d'une raideur liée à une autolimitation liée à un syndrome douloureux chronique. Je ne pense pas dans ce contexte qu'une prise en charge chirurgicale ait beaucoup de chance d'améliorer la situation actuelle. Par ailleurs le patient ne souhaite aucune prise en charge chirurgicale au niveau de l'épaule gauche et n'est pas non plus demandeur d'un nouveau traitement à ce niveau » (rapport du 16 janvier 2015,

dossier OAI, p. 1061). Son refus de se soumettre à une nouvelle intervention chirurgicale, le recourant l'avait déjà exprimé par le passé, notamment en 2012, à l'époque où la capsulite rétractile était encore évoquée: « Cliniquement, on retient surtout des signes de capsulite rétractiles avec une mobilisation très limitée dans tous les axes. Certes, l'IRM montre une petite bursite sous-acromiale, mais une infiltration apporterait probablement peu de bénéfice en l'absence de douleurs inflammatoires. Par ailleurs, Monsieur n'est pas du tout favorable à un tel geste » (rapport du 13 juillet 2012 de l'Hôpital intercantonal de la Broye, dossier OAI, p. 1126). Dans le courant de l'été 2016, son médecin traitant rapportait une aggravation de l'état de santé, due à la fatigue découlant du fait qu'il était également atteint d'une hépatite B et d'une hépatite C depuis environ une année (cf. rapport du 24 juin 2016 du Dr G. _____, dossier OAI, p. 1188). Il laissait par ailleurs entendre que les difficultés rencontrées par le recourant s'inscrivaient dans le cadre de son vécu de toxicomane: « ce patient présente un syndrome douloureux chronique avec dépendance aux psychotropes et traitement de substitution à la méthadone. Il présente une personnalité borderline et un emphysème biapicale important » (annexe au rapport précité, dossier OAI, p. 1192).

E. 6.4

Nouvelle expertise psychiatrique Dans ces circonstances, l'OAI a mandaté un nouvel expert psychiatre, le Dr H. _____. Celui-ci a rendu son rapport le 21 octobre 2016 (dossier OAI, p. 1198 et ss). Il revient précisément sur l'apparition de la toxicomanie à l'adolescence: « La période de l'adolescence est marquée par le début de la toxicomanie. Dans ce contexte, afin de se procurer des substances, l'assuré volait de l'argent dans la caisse de l'entreprise de son père, ou encore

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 chez sa grand-mère paternelle, en Italie. Cela avait lieu pour palier à un état de manque. Il dit ne pas avoir été appréhendé par la police. Il fait part de crises émotionnelles et en particulier dans les relations avec son père, qu'il traitait de « sale bourgeois » (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1208). Le recourant sera condamné plus tard pour consommation de stupéfiants. En raison d'une accumulation de dettes, il sera également placé sous curatelle en décembre 2003. Un surdosage de méthadone l'a enfin conduit aux soins intensifs en décembre 2013 (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1209). L'entretien ne révèle en revanche aucun signe à proprement parler psychiatrique: le contact émotionnel s'établit normalement. L'attitude est collaborante, sans méfiance. On dénote certes la présence de signes de fatigue. Ainsi que d'un comportement algique (grimaces, changements de chaises). En revanche, pas de signe d'imprégnation par des substances psycho-actives. Ni de théâtralité ou de démonstrativité. Le fonctionnement intellectuel est dans la norme. L'humeur est modérément déprimée. Si l'on observe un ralentissement idéomoteur léger, il n'y a cependant pas de symptômes neurovégétatifs (tremblements, etc.). La vigilance et l'attention sont sans particularité, comme la mémoire, en dépit d'une fatigabilité cognitive après 2 heures et 15 d'un entretien soutenu (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1213). Une atteinte psychiatrique invalidante est ainsi exclue. L'expert ne retient en effet que le diagnostic suivant, sans répercussion sur la capacité de travail, presque exclusivement lié à la toxicodépendance: « Dysthymie; présent depuis 1994. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés; suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale [dépendance contrôlée]; présent depuis l'âge de 17 ans. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance; présent depuis l'âge de 17 ans. Autres substances n'induisant pas de dépendance; présent

depuis plusieurs années » (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1213). Il n'y a notamment « pas de séquelles incapacitantes, que ce soit en lien avec l'héroïne (détérioration intellectuelle, phénomène par ailleurs rare), avec la cocaïne (les symptômes dépressifs se résolvent après l'arrêt de la cocaïne), avec le cannabis (un état d'anxiété ainsi qu'un état dépressif ne se manifestent que lors de l'usage chronique), avec le LSD (absence de psychose) ou l'alcool (absence de troubles de la mémoire récente ni de désorientation, absence de troubles de la fonction intellectuelle, absence de psychose alcoolique) » (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1216). Seule une diminution de rendement de 20% est dès lors retenue, celle-ci liée essentiellement au traitement de substitution, mais réversible à terme: « Nous avons vu que le traitement de méthadone et la dépendance aux benzodiazépines étaient, à l'origine d'un léger ralentissement idéomoteur qui entraînait une réduction du rendement de 20%. Néanmoins, nous avons fait figurer ces diagnostics sous la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail parce que le ralentissement est rapidement réversible avec l'arrêt de ces substances. En d'autres termes, il n'y a pas d'incapacité de travail durable en lien avec la prise de méthadone et de benzodiazépines. Nous avons également vu que la dysthymie n'entraînait pas de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles d'interférer avec l'aptitude au travail » (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1218). L'expert conclut ainsi que, sur un plan psychiatrique, « la capacité de travail est donc de 100% avec un rendement de 80% » (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1218).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16

E. 6.5

Discussion

E. 6.5.1

Le recourant ne conteste pas les conclusions de l'expert psychiatre. A juste titre du reste, tant celles-ci, claires et détaillées, paraissent coller au parcours personnel du recourant, perturbé depuis l'adolescence, avec l'apparition d'une dépendance, probablement toujours d'actualité en dépit du traitement de substitution, si l'on se réfère à la rechute de la fin de l'année 2013. Elles confirment au demeurant une précédente expertise psychiatrique qui parvenait à l'époque à la même conclusion. La rechute survenue en 2013 coïncide avec le dépôt de la nouvelle demande et l'on peut ainsi se demander d'emblée si l'aggravation signalée au mois de mars 2014 n'est pas essentiellement liée à la toxicodépendance: figurent en effet, au nombre des nouvelles atteintes, une hépatite ainsi qu'une pancréatite, toutes deux susceptibles d'avoir été induites par sa consommation de substances chimiques. Quoi qu'il en soit, c'est essentiellement sur un plan physique que le recourant fonde ses griefs. Il soutient en effet que l'aggravation de l'état de santé découle de la péjoration de l'état de son épaule gauche, désormais inutilisable dans toute type d'activité, fussent-elles adaptées. Il reproche à l'OAI de n'avoir procédé à aucune instruction sur cette question et sollicite ainsi une nouvelle expertise au plan physique. On ne saurait le suivre sans réserve. Le dossier de la cause regorge en effet de pièces et d'avis médicaux, qui viennent d'être exposés et qui permettent à la Cour de céans de se faire une opinion.

E. 6.5.2

L'atteinte à l'épaule gauche, déjà présente depuis de nombreuses années, et signalée comme une capsulite rétractile en 1998, n'avait jusqu'alors pas été tenue pour invalidante dans le cadre d'une activité légère adaptée: l'OAI avait fondé son premier refus de rente en le

pensant, et le droit à la rente octroyé à l'époque par l'assurance-accidents retient précisément une telle capacité de travail résiduelle, le degré d'invalidité ne résultant que de la perte de gain engendrée par le changement d'activité. Le degré retenu par cette dernière (22%) n'implique à l'évidence pas le versement d'une rente de l'assurance-invalidité, au seuil d'acceptation plus élevé. C'est dire qu'il s'agit pour l'essentiel d'examiner si l'évolution de l'épaule gauche constitue ou non un motif de révision.

E. 6.5.3

Sur ce point, les importantes limitations observées en 2014 par le médecin d'arrondissement de la SUVA étaient déjà observables en 2004, qui avaient donné lieu à l'octroi, précisément pour cette raison, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un degré de 45%. Cette constatation purement physique ne saurait, comme le pense le recourant, nécessairement générer une perte de gain qui se situe à un tel taux, dans la mesure où, comme le dit la jurisprudence, ce n'est pas l'atteinte en soi qui est assurée, mais bien les conséquences économiques de celle-ci (cf. le cas des hémiplegiques qui peuvent continuer à travailler).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Pour qu'il y ait une telle perte de gain, il faudrait que cette dernière soit directement occasionnée par les conséquences invalidantes de l'atteinte, et compromette la reprise d'une activité adaptée. Tel ne semble toujours pas être le cas ici.

E. 6.5.4

Si le médecin d'arrondissement excluait certes un temps qu'une telle reprise soit envisageable, c'était sur la base, comme à l'époque, d'un diagnostic de capsulite rétractile et dans l'attente d'une solution chirurgicale. Or, le Prof. F. _____ a par la suite précisément exclu ce diagnostic et expliqué pourquoi tout geste chirurgical était selon lui contre-indiqué et même impensable, au vu du refus du recourant de s'y soumettre. La problématique s'inscrivait selon lui désormais dans le cadre d'un trouble douloureux (local), qui générerait des autolimitations au niveau de l'épaule gauche, l'amplitude des mouvements demeurant plus importante en position couchée. Aucune solution chirurgicale ne pouvant être apportée, l'état de santé peut ainsi être considéré comme stabilisé. Le rapport du Prof. F. _____, clair et relativement détaillé, et qui peut se lire comme le complément d'instruction médicale demandé par le recourant, va dans le droit sens des autres observations médicales, qui la plupart semblent mettre en relation l'échec du traitement avec l'état personnel du recourant, dit échec semblant ainsi plutôt induit, comme on va le voir, par des éléments extra-médicaux n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité.

E. 6.6

Eléments extra-médicaux

E. 6.6.1

Au début de l'année 2013, la péjoration de l'état de santé du recourant était certainement en lien avec sa toxicodépendance: « il présente des troubles de l'état de conscience et une insuffisance respiratoire globale qui s'améliorent sous naloxone: nous retenons un diagnostic de surdosage en opiacés » (rapport du 19 février 2013 de l'Hôpital intercantonal de la Broye, dossier OAI, p. 1130). Dans ces conditions, la médication s'avèrait problématique: « Je remercie la Dresse de bien vouloir reconvoquer le patient pour une consultation d'antalgie. Cette consœur a également déjà vu en consilium et suivi le patient

par le passé et n'est pas exclu que le traitement médicamenteux puisse être remis à jour. Enfin, je vous propose de prescrire l'entièreté du traitement médicamenteux de ce patient tel que cela a été recommandé par le Dr B. _____ dans son dossier. En effet, le risque de multiplier les ordonnances et les prescripteurs est bien réel chez les patients toxicomanes ou anciens toxicomanes » (rapport du Dr D. _____ du 11 décembre 2013, dossier OAI, p. 1132). La prise en charge des douleurs paraissait à tout le moins compromise: « il présente toujours ses douleurs scapulaires gauches pour lesquelles il est sous traitement à base de myorelaxant Paracetamol, antidépresseurs et benzodiazépine. Notons toujours sa substitution par Méthadone actuellement à 54 mg par jour (contre 78 lorsque je l'avais vu en septembre 2011). Nous avons alors tenté des patchs d'anesthésiques locaux, sans succès de même que l'introduction de Pregabaline également sans succès. Il ressentait un léger bénéfice lorsqu'il était en possession d'un Tens, et de façon limitée. J'avais également effectué avec le patient quelques séances d'hypnose afin de lui permettre de faire de l'autohypnose en cas de crise, ce qu'il ne parvient pas à

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 faire » (rapport du 29 janvier 2014 de la Dresse I. _____, médecin-chef du département d'anesthésiologie de l'Hôpital intercantonal de la Broye, dossier OAI, p. 1135). Le recourant paraît d'ailleurs prêt à l'admettre: « dit qu'il devrait prendre le Tramal pour soulager ses douleurs mais qu'il a refusé. Sirdalud + Dafalgan à la place. Souligne le fait que la méthadone anesthésie déjà un peu les douleurs » (rapport d'entretien OAI du 16 novembre 2015, dossier OAI, p. 1152).

E. 6.6.2

Dans un tel contexte, il semble avoir perdu toute volonté et avoir, tout particulièrement, renoncé à se réinsérer: « Il estime que son état de santé, avec ses multiples problèmes de santé, ne lui permet pas d'assumer une quelconque activité, même adaptée, auprès d'un employeur, dans l'économie libre. Il aimerait avoir une occupation dans une institution protégée (ex. faire des livraisons à La Rosière à Estavayer-le-Lac). Interrogé quant à l'éventualité d'un stage d'observation professionnelle (nous songeons au COPAI, soit un stage d'un mois à Morges en internat pour éviter les trajets quotidiens), il exprime sa grande réticence, ce d'autant que nous l'informons qu'il ne pourra pas prétendre à des IJ de l'AI durant la mesure. A son sens, ce stage va « de toute façon foirer », c'est « inévitable ». Il s'interroge des conséquences d'un éventuel refus de sa part. Pour le moment, rien est décidé par rapport à un stage mais, si l'AI l'estime nécessaire et opportun, alors il ne pourra pas s'y soustraire car il s'agit d'une mesure d'instruction. Il nous dit que, s'il le faut, il fera le stage même s'il considère que c'est « peine perdue ». Il semble sous le choc de nos informations (avis SMR, éventualité stage, pas d'IJ AI si mesure AI). Il nous dit qu'il ne peut rien faire avec le bras G, qu'il fait tout pour se débrouiller seul, sans aide et a le sentiment qu'il est pénalisé. Il menace de « recommencer à se shooter » pour que l'AI entre en matière » (rapport d'entretien OAI du 16 novembre 2015, dossier OAI, p. 1188). Le dernier expert ne dit pas autre chose: « Il devrait être procédé à une réduction de la posologie de méthadone et de celle des benzodiazépines auprès d'un centre spécialisé. Le pronostic doit être qualifié d'incertain sur le plan psychiatrique et de défavorable en termes d'exercice d'une activité professionnelle. Monsieur étant convaincu d'être inapte à quelque activité que ce soit du milieu économique primaire » (expertise H. _____, dossier OAI, p. 1220). 7. Il découle de tout ce qui précède qu'une aggravation significative de l'état de santé du recourant, susceptible de créer un droit à la rente, ne peut pas être retenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, depuis le précédent refus de toute prestations AI en 2006.

Non seulement ne présente-t-il aucune atteinte invalidante sur un plan psychiatrique, mais encore, les importantes raideurs désormais observées au niveau de l'épaule gauche, qui s'inscrivent dans le cadre d'un trouble douloureux local et résultent en partie d'autolimitations, ne peuvent-elles en l'espèce être considérées comme le signe d'une réelle aggravation, d'autant moins qu'elles étaient observables en 2004 déjà, à l'époque de l'octroi d'une IPAI fondée sur un degré de 45%. Un diagnostic de capsulite rétractile, posé en 1998, a par ailleurs été exclu par un spécialiste du CHUV, qui a laissé entendre, comme d'autres médecins après lui, qu'une solution médicale ne s'envisageait plus véritablement dans un contexte essentiellement marqué par des douleurs difficiles à combattre au vu d'une médication chronique. Le fait que le taux à l'appui de ce nouveau refus se monte désormais à un peu moins de 15%, alors qu'il avait été estimé en 2006 à 8%, ne saurait avoir d'incidence sur les droits du recourant, si ce n'est que ce nouveau taux s'approche désormais de celui retenu par l'assurance-accidents, sur

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 la base d'une appréciation médicale de son médecin d'arrondissement, malgré la prise en compte d'une limitation relativement importante de l'épaule gauche. Cette proximité des deux taux obtenus donne également à penser que le premier refus de toutes prestations n'était pas erroné, de sorte qu'il ne saurait être aujourd'hui reconsidéré. On ne saurait ainsi, quoi qu'il en soit, suivre le recourant qui semble soutenir qu'il aurait droit à une rente d'invalidité de l'AI pour le seul principe qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Son recours s'avère au contraire infondé et doit être rejeté. Il n'est pas nécessaire, au vu notamment du rapport du Prof. F. _____, de faire procéder à une nouvelle expertise dans le but de répondre à la question litigieuse, qui est celle de savoir s'il existe ou non une aggravation significative de l'état de santé du recourant, qui s'exprime encore et toujours dans le même contexte. 8. 8.1. Vu le recours, des frais CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. 8.2. Ce dernier a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Cette dernière peut en l'espèce lui être octroyée, dans la mesure où il est vrai que l'OAI n'a pas explicitement indiqué pourquoi il considérait que l'aggravation de l'état de santé n'était pas non plus avérée au plan physique, ce que l'examen du dossier a permis de confirmer. Le recours n'était donc pas d'emblée dénué de toute chance de succès, l'assistance d'un avocat pouvant par ailleurs se justifier. La condition de l'indigence paraît en outre établie, au vu des difficultés matérielles et personnelles rencontrées par le recourant. Une indemnité de partie forfaitaire peut, partant, être allouée. Elle est fixée à 2'500.-, qui couvre le travail strictement nécessaire à effectuer (plus d'une douzaine d'heures) dans ce cas, qui ne présentait pas de difficultés particulières - cela se lit dans les conclusions même du recours et les arguments clairs et simplement détaillés à l'appui de celui-ci -, mais impliquait tout de même la lecture d'un volumineux dossier. Dite indemnité, à charge de l'Etat, va, quoi qu'il en soit, dans le droit sens de la concision du recours. Une TVA de 8% est encore ajoutée. Les frais judiciaire ne sont enfin, par conséquent, pas réclamés.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté (605 2017 193). II. L'assistance judiciaire totale est accordée (605 2017 194). Me Benoît Sansonnens est désigné défenseur d'office. III. Une indemnité de CHF 2'700.- (avec débours et TVA de 8% [CHF 200.-]) est allouée au défenseur d'office. Elle est mise à la charge de l'Etat. IV. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu l'octroi de l'assistance judiciaire, ils ne lui sont pas réclamés. V. Notification. 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 19 juillet 2018/mbo Le Président: La Greffière-stagiaire:

E. 10

kg à condition que le bras reste le long du corps ». L'activité de chauffeur était dès lors contre-indiquée. Mais, eu égard aux seules séquelles accidentelles, la capacité de travail demeurerait entière, comme dessinateur ou dans une activité légère adaptée: « Le patient a exprimé l'intention de retrouver son activité de départ, à savoir dessinateur en génie civil. Actuellement, il me semble impossible pour des raisons médico-légales de reprendre le volant d'un poids lourd. Pour les seules séquelles de l'accident qui nous occupe, une activité de dessinateur en génie civil me semble exigible. Dans une autre activité, de type industriel, au sol plat avec sollicitation alternée, sans port de charges lourdes et avec un plan de travail situé entre la ceinture et les épaules, il est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de travail de 100% » (rapport précité). A côté de cela, il estimait tout de même l'atteinte à l'intégrité à 45%, tenant compte à cet égard « d'une épaule dont la mobilité est fortement limitée: cette dernière est située entre la ligne horizontale et la situation d'une épaule « bloquée en adduction » d'où les 25%. Au niveau de la cheville, nous tenons compte d'une limitation fonctionnelle des articulations tibio-tarsienne et sous- astragalienne avec une évolution fort probable vers une arthrose de ces articulations (20%) » (estimation du 4 février 2004, dossier OAI, p. 287). Une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui était dès lors octroyée à ce taux en avril 2004 (dossier OAI, p. 317).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Cette décision n'a pas été contestée.

E. 15

séances sur les 25 prescrites. Les absences ont été justifiées par sa rechute dans la toxicomanie » rapport du Dr B. _____ du 13 janvier 2004, dossier OAI, p. 288). A la fin de l'année 2005, le médecin d'arrondissement de la SUVA ne relevait rien de véritablement nouveau: « Actuellement, il persiste une limitation fonctionnelle comme déjà constatée lors de l'examen final en février 2004. A mon avis, le statu quo sine sera atteint au plus tard à la fin novembre 2005 » (rapport du 3 novembre 2005, dossier OAI, p. 432). La SUVA lui octroyait une rente d'invalidité de 22% (cf. décisions du 16 décembre 2008 et du 22 juillet 2009, dossier OAI p. 537 et 570). Ce taux résultait du seul changement d'activité nécessité par les circonstances: « il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que malgré les séquelles des accidents, l'assuré est à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie » (décision du

E. 16

décembre 2008). Le degré d'invalidité retenu n'a pas été contesté.