

FR_GERICHTE 605 2017 218 vom 21. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_218

FR: FR_GERICHTE 605 2017 218 du 21 août 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 218 del 21 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

mars 2015 (605 2013 129). Elle estimait en effet que l'assuré ne pouvait se prévaloir d'aucune atteinte invalidante, les symptômes observés s'inscrivant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux non invalidant, celui-ci au demeurant favorisé par des facteurs extra-médicaux n'engageant pas la responsabilité de l'OAI, au centre desquels une conviction d'être invalide, probablement acquise dans le sillage de la remise de son commerce, qui lui faisait désormais vouloir obtenir une rente d'invalidité. Elle constatait néanmoins qu'un diagnostic de sclérose en plaques avait été posé plus tard, soit après la décision de refus, et constatait sur ce point que cette dernière maladie s'accompagnait de symptômes nouveaux, dont la portée invalidante méritait d'être investiguée. Elle avait dès lors transmis le recours à l'OAI pour nouvelle décision sur ce tout dernier point. C. Par décision du 5 septembre 2017, ce dernier office a confirmé son refus de prester. Il considérait, au vu des faits relevés par une nouvelle expertise bi-disciplinaire, mais sur la base des seules conclusions du SMR qui s'écartaient de celles des experts, que son assuré ne présentait aucune incapacité de travail durable ou attestée, l'épisode unique de sclérose en plaques subi en 2014 n'ayant entraîné aucune modification de l'état de santé, sur un plan somatique comme psychique. D. A. _____ interjette recours contre la nouvelle décision de refus de prestations le 27 septembre 2017, concluant à son annulation et, partant, à l'octroi desdites prestations. Dans son mémoire, complété le 6 novembre 2017, il soutient essentiellement que sa capacité de travail est limitée et estime que sur ce point, l'OAI se serait écartée à tort des conclusions mêmes des experts mandatés. Il serait, d'autre part, incohérent de le déclarer apte au travail mais inapte, dans le même temps, à la conduite routière.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Il a déposé une avance de frais de CHF 800.- le 8 novembre 2017. Dans ses observations du 9 février 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Il fait observer que l'on peut déduire des seules observations des experts mandatés que l'état de santé du recourant est demeuré le même, tout au plus ce dernier est-il limité désormais, notamment dans ses capacités à conduire, par une consommation de dérivés morphiniques qui n'engage pas sa responsabilité. A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions. Le recourant, désormais représenté par Procap, conclut, avec suite de dépens, principalement, à l'octroi de prestations AI, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ce dernier renvoi motivé, selon lui, par le fait que le SMR se serait livré à une interprétation insoutenable du rapport d'expertise bi-disciplinaire. Il estime, pour le surplus,

qu'un abattement de 15% devrait encore être opéré sur le revenu d'invalidité à prendre désormais en compte dans le cadre du calcul du taux d'invalidité, qui, s'il était effectué, démontrerait selon lui l'existence d'un droit à une demi-rente au minimum, voire à trois-quarts de rente ou même plus. 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 et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré directement touché par la décision attaquée et au demeurant dûment représenté, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. 2.1. 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). 2.2. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas non plus, à eux seuls, des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose dès lors la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit précisément tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). 2.3. Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cependant abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat

prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3. 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).

3.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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).

3.2. 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).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

4.1. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées.

4.2. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008;

9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). 5. Est en l'espèce principalement litigieuse la capacité de travail. A travers cette question se pose celle de l'aggravation de l'état de santé du recourant, alléguée par lui, qui s'estime désormais totalement invalide. Il s'agit sur ce point de se référer au dossier et de plus particulièrement se pencher sur l'évolution de la situation après le précédent arrêt rendu par la Cour de céans le 31 mars 2015, qui avait confirmé le premier refus de rente en examinant dans le détail le tableau médical existant à ce moment-là, soit au mois de septembre 2013. 5.1. Arrêt du 31 mars 2015 (605 2013 219) 5.1.1. La Cour de céans, revenant à l'époque sur le parcours médical de l'assuré, avait estimé en substance que l'on ne pouvait retenir aucune atteinte susceptible d'entraîner la responsabilité de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 l'assurance-invalidité, le seul trouble somatoforme douloureux, non invalidant, s'exprimant dans le cadre d'une constellation de facteurs extra-médicaux : « Hormis un trouble somatoforme douloureux présent depuis de nombreuses années mais n'ayant entraîné dans son sillage aucune maladie psychiatrique invalidante, un diagnostic d'une atteinte invalidante au sens de la loi ne peut (...) clairement se poser. Toutes les limitations découlent essentiellement de ce trouble somatoforme qui explique, comme d'autres facteurs extra-médicaux, que le recourant n'est plus disposé à retrouver un travail, et cela ne saurait nullement engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Il paraît certes avoir été touché par des symptômes plus particuliers au printemps 2011, mais ceux-ci avaient déjà disparu dans le courant de l'été suivant et ne lui ont pratiquement laissé aucune séquelle, aux dires des spécialistes en neurologie amenés à l'examiner. Il n'est notamment pas du tout établi que ce syndrome isolé, pouvant s'apparenter à une première poussée de sclérose en plaques restée sans suite jusqu'au mois de septembre 2013, date à laquelle la décision querellée a été rendue, ait été à l'origine d'une perte de gain durable. De nature hypocondriaque, le recourant semble s'être persuadé du contraire, à savoir qu'il est gravement atteint dans sa santé et qu'il doit être déclaré invalide. Cette conviction ne se déduisant aucunement du dossier médical, son recours doit être déclaré mal fondé et peut par conséquent être rejeté ». La décision contestée, rendue en septembre 2013, avait ainsi été confirmée. 5.1.2. La Cour de céans avait, cela étant, transmis le recours comme nouvelle demande, le diagnostic d'une sclérose en plaques ayant finalement été posé après la décision de refus de toute prestations : « Le 1er octobre 2014, soit après même deux échanges des écritures, le recourant a fait parvenir un nouveau document médical émanant des spécialistes du CHUV. Ceux-ci ont finalement retenu qu'il était bien atteint d'une sclérose en plaques, après une seconde manifestation de symptômes, toutefois atypiques, au printemps 2014 : « Nous constatons une modification de l'examen neurologique par rapport à la dernière visite en juillet 2012 à notre consultation, et ce en présence d'une nouvelle lésion périventriculaire gauche. Sur la base des documents à notre disposition et de l'anamnèse, les symptômes présentés il y a quelques mois ne peuvent pas être attribués à une nouvelle poussée (pas décrits lors des consultations du Dr B. _____ du 12.05 et du 02.06.2014, symptômes fluctuants et peu spécifiques). Néanmoins, le patient ayant présenté une première poussée en 2011 et l'IRM montrant une nouvelle lésion, nous pouvons confirmer ce jour le diagnostic de sclérose en plaques, avec une indication à un traitement de fond ». Il s'agit là d'un fait nouveau. (...). Les quelques limitations éventuellement durables qui avaient jusqu'alors pu être constatées dépendaient essentiellement du trouble somatoforme douloureux et de plaintes généralisées.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 Les signes présentés au cours de cette [nouvelle] manifestation de symptômes sont plus spécifiques : « Il y a quelques mois, il a présenté pendant une semaine des épisodes de vertiges, de douleurs à l'hémi-visage droit et céphalées hémi-crâniennes droites. Ces épisodes pouvaient durer de quelques minutes à quelques heures. Les douleurs de l'hémi-visage droit étaient plus importantes au niveau de la mâchoire, avec extension à toute la gencive des deux côtés. Il rapporte également une chaleur et une douleur hémi-crânienne droite. Il décrit les vertiges comme l'impression de tomber à la fermeture des yeux (plusieurs épisodes dans la douche); de plus, il a l'impression que tout tourne autour de lui comme s'il avait bu de l'alcool » (rapport précité). Si ces symptômes devaient durer ou s'ils laissaient des séquelles, ils pourraient théoriquement à l'avenir avoir des effets sur le droit aux prestations du recourant ».

L'instruction complémentaire, à mener dans le cadre de la nouvelle demande transmise, concernait donc au départ la stricte problématique liée à la sclérose en plaques, la Cour de céans suggérant ainsi qu'une aggravation de l'état de santé ne pouvait alors se situer qu'à ce niveau-là.

5.2. Instruction de la nouvelle demande et évolution de l'état de santé

De nouveaux spécialistes ont été entendus, tout particulièrement au plan neurologique.

5.2.1. Un rapport de consultation spécialisée de neuro-immunologie du CHUV du 3 juillet 2015 (dossier OAI, p. 462) a considéré qu'aucun nouveau symptôme n'était apparu mais que le traitement n'était pas adéquat, au point même de raviver les douleurs anciennes: « Depuis le dernier contrôle en mars 2015, avec par la suite l'arrêt du traitement d'Aubagio® au vu d'une accentuation des douleurs articulaires, osseuses ainsi qu'au niveau lombaire, le patient ne décrit pas de nouveau symptôme neurologique apparu entre-temps. Les douleurs musculaires auraient éventuellement légèrement diminué. Néanmoins, ces différents types de douleurs sont bien présents, d'allure diffuse et surtout le matin au réveil. Un contrôle orthopédique pour la prothèse du genou droit serait prévu en octobre 2015 ». Le recourant se trouvait alors dans une situation de désespoir qui semblait toutefois excéder le cadre de l'atteinte strictement médicale: « Sur le plan neurologique, l'évolution reste stable malgré l'absence de traitement immunomodulateur, sous réserve d'un examen clinique perturbé par des douleurs lombaires et articulaires importantes, avec une diminution de la force hémicorporelle droite d'origine algique. Comme discuté avec vous par téléphone suite à notre consultation, nous constatons un épuisement de l'épouse, en larmes à la fin de la consultation, ainsi que des frustrations chez le patient, qui nous parle même de contacter "Exit" ». On lui proposait un traitement pour uniquement combattre les douleurs, mais vis-à-vis duquel le recourant ne paraissait guère assidu. En revanche, il ne lui fut prescrit aucune nouvelle médication, celle-ci étant généralement mal tolérée, selon ses dires : « Nous encourageons les époux dans la réalisation d'un court séjour en rhumatologie à l'Inselspital à Berne comme proposé, afin de compléter le bilan avec d'éventuelles nouvelles investigations, ainsi qu'une prise en charge et adaptation de l'antalgie. Comme alternative, une poursuite de la prise en charge régulière à la consultation d'antalgie à Fribourg pourrait être envisagée; à noter que le patient ne s'est pas présenté au dernier contrôle. Selon l'évolution, nous vous laissons le soin de mettre en lien le patient avec un neurochirurgien de votre choix, afin de discuter à nouveau d'une indication à un traitement chirurgical. Nous nous abstenons pour l'instant d'introduire un autre traitement immunomodulateur au vu de la situation décrite ci-dessus, ainsi qu'au vu des difficultés

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 rencontrées lors de l'introduction de l'Aubagio® avec exacerbation des douleurs multiples que le patient attribue à l'Aubagio®, même si ce ne sont pas des effets secondaires décrits ». A la même époque, la Dresse C. _____,

spécialiste en neurologie et l'une des deux signataires du précédent rapport, considérait que l'atteinte neurologique était passée au second plan : « plaintes sous forme de douleurs (arthralgies, lombalgies chroniques) actuellement au premier plan, limitant le patient dans ses activités quotidiennes. L'atteinte neurologique est actuellement en arrière plan » (dossier OAI, p. 460). A la demande du médecin traitant, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne, une hernioplastie percutanée fut pratiquée (= infiltrations sous scanner au niveau de la hernie discale en cas d'échec au traitement médical classique), intervention dans le cadre de laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été confirmé : « syndrome douloureux chronique chez un patient avec sclérose en plaque et syndrome radiculaire symptomatique. Status post plusieurs infiltrations avec améliorations transitoires. (...) Le status clinique et neurologique à la fin de l'intervention est sans particularité et sans changement. Le CT de contrôle montre un discogramme d'un grade IV sur IV selon Schellhas avec une déchirure circonférencielle de l'anneau et aspect fragmenté du noyau. Pas d'hématome. Lors du contrôle 5 heures post- intervention, pour l'instant diminution de la symptomatologie douloureuse » (rapport du Cimed du 22 juillet 2015, dossier OAI, p. 473). Le 27 octobre 2015, le SMR prenait acte que les séquelles neurologiques étaient passées au second plan et ne retenait ainsi aucune aggravation de l'état de santé en relation avec la sclérose en plaques (dossier OAI, p. 465). Un projet de refus de prestations fut ainsi rendu le 23 novembre 2015 (dossier OAI, p. 467). Le recourant y a fait objection, alléguant qu'il ne pouvait plus travailler à plus de 20%, principalement à cause du dos : « Ne peut plus se déplacer à cause du dos. (...) Fait des petits trajets avec son chien. N'a aucune activité lucrative. Avait tout pris son avoir LPP. N'arrive pas à travailler plus de 20%, et ne trouve rien à ce taux. Fait la vaisselle et à manger. Veut être actif quand même. Doit s'occuper. Peut pas rester un moment assis, doit se lever même durant le repas. L'épouse l'a mené en voiture » (dossier OAI, p. 469). 5.2.2. Au printemps 2016, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, signalait qu'une prothèse du genou gauche avait encore été posée. Selon lui, et compte tenu également des lombalgies droites, toute activité de bureau pourrait être envisagée, mais à raison de 4 à 6 heures par jour et sans port de charges (rapport du 7 mars 2016, dossier OAI, p. 481). Au vu de l'évolution et de la persistance des plaintes, l'OAI a décidé de mettre sur pied une expertise bi-disciplinaire. Celle-ci a été confiée au Dr F. _____ (psychiatrie) et au Dr G. _____ (orthopédie), tous deux œuvrant auprès du centre d'expertises médicales suisse SMEX SA. 5.2.3. Dans leur rapport commun du 21 août 2017 (dossier OAI, p. 510), les deux spécialistes ont résumé les problématiques liées à l'état de santé du recourant, au nombre desquelles la sclérose en plaques : « La personne assurée présente plusieurs problèmes. Un problème orthopédique, avec des rachialgies chroniques, des gonalgies chroniques avec mise en place d'une prothèse du genou qui n'a que peu amélioré ses douleurs, et un problème d'épaule dont la coiffe des rotateurs

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 a été réparée avec succès, mais avec une persistance de la gêne. Un problème neurologique, avec le diagnostic de sclérose en plaques. Un problème digestif, avec une diverticulite chronique. Des troubles ophtalmologiques avec opération pour une cataracte précoce des deux côtés, peut-être séquellaire d'un traitement au laser pour myopie. Enfin, un problème psychiatrique, avec une somatisation importante : acouphènes et maux de tête en raison des ondes électromagnétiques » (expertise p. 4, dossier OAI, p. 513). - Sur un plan physique Au plan physique, on relevait ceci : « Du point de vue orthopédique, les lombalgies chroniques qui sont présentes depuis l'âge de 20 ans, la mise de la prothèse totale du genou droit en 2014 et l'opération de la coiffe des rotateurs

droits en 2016 provoquent des gênes objectives et limitent le profil d'effort et le rendement en raison des douleurs qu'elles engendrent » (expertise p. 5, dossier OAI, p. 514). L'imagerie médicale démontrait, cela étant, que les lombalgies n'avaient pas évolué : « IRM dorso- lombaire ne montrant qu'une discopathie L5-S1 (2ème disque libre depuis le bas) connue, sans aggravation et avec une empreinte radiculaire L5 gauche au niveau intra- et extra-foraminal connue et inchangée » (rapport du CIMF du 21 avril 2017, dossier OAI, p. 568). Globalement, les limitations se concrétisaient comme suit: « La personne assurée doit pouvoir travailler en position haute, avec un plateau de travail surélevé. Elle doit pouvoir se déplacer plusieurs fois et s'allonger 2 x 1 heure par jour. La flexion antérieure avec ou sans charge est prohibée. La charge sur les épaules est limitée au niveau de la ceinture scapulaire à 2 kg. La marche en terrain inégal, sur des échelles ou en hauteur est proscrite. La position à genoux est également impossible. La position accroupie ne peut pas être tenue longtemps. La personne assurée doit trouver un milieu professionnel tolérant car elle pourrait avoir des excentricités de comportement. Elle ne doit pas être exposée à des activités bruyantes. L'exigence de nouveaux apprentissages devrait être limitée et l'exigence de concentration devrait être diminuée en cours de journée. Envisager une réadaptation longue et complexe est hors de propos. Enfin, le maintien d'une hygiène de vie de bonne qualité est impératif, ce qui impose des horaires strictement diurnes, sans travail posté » (expertise p. 9, dossier OAI, p. 518). Était ainsi retenue, au plan strictement physique, une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30% depuis, notamment, l'apparition des troubles liés à la sclérose en plaques : « Selon notre expertise, la capacité de travail de la personne assurée du point de vue orthopédique avec le profil de charge mentionné est de 70% (horaire plein, diminution de rendement de 30% en raison des douleurs qui nécessitent des pauses) depuis l'apparition des douleurs aiguës et des troubles liés à la sclérose en plaques (en dehors des périodes où elle a été opérée) » (expertise p. 9, dossier OAI, p. 518). Cette dernière atteinte ne sachant pour autant limiter à elle seule la capacité de travail : « Diagnostics n'ayant pas d'incidences sur la capacité de travail : 1. Sclérose en plaques, suspicion depuis 2011, confirmée en 2014 » (expertise p. 7, dossier OAI, p. 516). Au vu de ce qui précède, l'on partira dès lors du principe que, si aggravation il y a eu, c'est en partie à cause des troubles du genou et de l'épaule droite, qui ont été traités à partir de 2014, soit après la première décision de refus de prestations prononcée à l'époque en 2013. - Sur un plan psychique

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Si la sclérose en plaques ne générerait aucune perte de la capacité de travail au plan physique, elle ne semblait pas moins constituer une source d'angoisse : « Le caractère angoissant de la sclérose en plaques, de par l'imprévisibilité de son évolution, qui a lieu par poussées qui finissent par augmenter en fréquence et en intensité et perdurer dans le temps jusqu'à aller se souder et se compléter, entraîne souvent des plaintes pseudo-somatiques qui ressemblent globalement au tableau clinique de la personne assurée et peuvent comporter un état dépressif surajouté » (expertise p. 5, dossier OAI, p. 514). Dans l'ensemble, il existerait chez le recourant un lien, non pas de cause à effet, mais plutôt de superposition, entre les pathologies avérées au plan physique et l'état de santé psychique : « S'il existe effectivement un nombre important de pathologies somatiques avérées et explorées comme telles, avec des conséquences algiques, il apparaît que certaines plaintes et symptomatologies sont directement induites ou aggravées par l'existence de troubles psychiques associés. Très souvent, pour expliquer et justifier ses douleurs au niveau de la face et ses céphalées, la personne assurée met en avant une perception un peu hétéroclite, supra-physiologique, des ultrasons et des ondes

électromagnétiques et une perturbation par les bruits ambiants, ce qui peut exister chez certains sujets ayant une hyperacousie, mais qui chez la personne assurée semble très largement dépasser ce cadre strict » (expertise p. 5, dossier OAI, p. 514). Quoiqu'il en soit, le diagnostic d'une maladie psychiatrique invalidante, comme la dépression, a été écarté: « La tonalité globale de l'humeur est plutôt au niveau dépressif, même si elle ne verbalise pas stricto sensu un vécu de cet ordre. La thymie est sur le versant de la tristesse, sans existence de douleur morale, de symptomatologie psychotique, ni de thématique mélancolique. Il existe des idées noires avec désir d'autolyse, sans qu'aucune scénarisation n'ait été effectuée et sans que l'existence de trouble anxieux n'apparaisse. La verbalisation de ces idées montre une mise à distance et un détachement qui ne sont pas compatibles avec un vécu dépressif authentique. Le diagnostic actuel de dépression, même légère, n'est pas retenu » (expertise p. 5, dossier OAI, p. 514). Une invalidité ne paraissait pas non plus induite par sa personnalité: « La capacité de jugement et la perception des réalités de la personne assurée ne sont pas entamées. Si elle ne manifeste pas d'anxiété directe vis-à-vis de son état de santé et de l'évolution de sa maladie, l'existence de ce syndrome de somatisation en est l'équivalent. La capacité relationnelle et l'aptitude à la sociabilité ne sont pas entamées. La gestion de l'affect est tout-à-fait bonne, permettant d'éviter des débordements et un effondrement dépressif. Jusqu'à présent, l'estime de soi ne semble pas avoir été entamée, ni même le narcissisme (...)» (expertise p. 6, dossier OAI, p. 515). Le contexte évoquait ainsi, bien plutôt, celui d'une somatisation: « Au total, il s'agit bien d'une somatisation, avec l'existence de symptômes d'allure somatique qui sont multiples, variables et récurrents » (expertise p. 5, dossier OAI, p. 514). C'est dès lors ce diagnostic qui figure au premier plan des atteintes invalidantes: « Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail: 1. Somatisation (F45.1). 2. Lombalgies chroniques depuis l'âge de 20 ans. 3. Prothèse totale du genou droit en 2014. 4. Opération de la coiffe des rotateurs droits en 2016 » (expertise p. 6, dossier OAI, p. 516). A côté de cela, il y aurait également une diminution de la vigilance à prendre en compte, celle-ci pouvant être liée à la prise de psychotropes: « L'attention est diminuée par la prise du traitement actuel qui a un retentissement sur la vigilance. L'adjonction de psychotropes pourrait majorer ce risque au niveau de la vigilance » (expertise p. 9, dossier OAI, p. 518).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Les experts retenaient que la somatisation s'était aggravée au point d'engendrer une baisse de la capacité de travail de 50%: « Du point de vue psychiatrique, il n'y a plus eu de rapport psychiatrique après l'expertise psychiatrique du 26.09.2012 permettant d'évaluer la capacité de travail rétrospective. L'aggravation de la somatisation a engendré progressivement une baisse de la capacité de travail jusqu'à atteindre 50% à la date de l'expertise ». C'est cette perte de capacité de travail qui était, au final, conjointement retenue par les deux experts. 5.2.4. Sur avis de son SMR (rapport du 1er septembre 2017, dossier OAI, p. 589), l'OAI s'est écarté, contre toute attente, des conclusions de cette expertise bi-disciplinaire, dont il souligne, cela étant, la validité formelle. Sur le plan physique, l'expert aurait été « perturbé par les autolimitations de l'assuré, parfois contredites par les faits (allègue ne pas pouvoir s'agenouiller, mais le fait tout de même pour ramasser un papier tombé à terre) ainsi que le syndrome douloureux chronique et ne démontre pas, cliniquement, de limitations franches pouvant être à l'origine d'une quelconque limitation de la capacité de travail de l'expertisé dans une quelconque activité, même adaptée ». Le SMR considère par ailleurs, sur un plan psychiatrique, que « les conclusions de l'expert psychiatrie concernant la limitation de la capacité de travail de l'assuré ne peuvent être retenues, en l'absence de modifications claires depuis 2012 et ceci

malgré un status clinique *lege artis* ». Il fait remarquer, à cet égard, l'existence d'un certain nombre de facteurs extra-médicaux, dont un problème de fatigue pouvant selon lui s'expliquer par l'abus de consommation des dérivés morphiniques ordonnés dont l'AI n'aurait pas à répondre.

5.3 Facteurs extra-médicaux

Dans son précédent jugement, la Cour de céans avait précisément relevé l'existence de tels facteurs extra-médicaux. Ils sont encore présents. Les experts ont notamment évoqué une problématique sociale: « Il existe un désinvestissement des relations sociales d'intensité légère en rapport avec les restrictions dues aux pathologies de la personne assurée, mais également avec une participation sociale, c'est-à-dire des difficultés financières de la personne assurée » (expertise p. 4, dossier OAI, p. 513). Ainsi qu'une exagération des symptômes susceptible de produire des symptômes non organiques: « La pathologie diagnostiquée est productrice d'exagération des symptômes déjà existants et permet parfois l'éclosion de symptômes pseudo-somatiques, sans substrat organique » (expertise p. 4, dossier OAI, p. 513). Pour autant, les experts n'ont pas considéré le recourant comme incohérent dans ses plaintes: « Au-delà de cette symptomatologie, au vu du dossier médical et à l'écoute des plaintes et des activités de la personne assurée, il semble qu'il n'y a aucune incohérence. Il faut préciser que la majoration des plaintes et celles en rapport avec des phénomènes (ondes, électricité, magnétisme) curieux étant rattachées au trouble somatoforme permettent de lever toute incohérence » (expertise p. 9, dossier OAI, p. 518).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Enfin, si la consommation de dérivés morphiniques a été observée, les valeurs analysées en laboratoire ne permettaient pas encore de la qualifier d'abusives: « Les informations à disposition ne permettent pas de juger de la présence d'un abus. De plus, avec les opiacés, il est nécessaire de prendre en considération une marge de tolérance » (rapport ADMED du 17 juillet 2017, dossier OAI, p. 571).

6. Sur la base des considérations médicales qui précèdent, la Cour est en mesure de retenir ce qui suit. Les faits nouvellement apparus depuis le premier refus de prestations en 2013 (sclérose en plaques, puis pose d'une prothèse au genou droit en 2014 et opération à l'épaule droite en 2016), conjugués à la persistance des plaintes du recourant, ont amené l'OAI à élargir le spectre de l'instruction médicale nouvelle définie au départ par la Cour de céans, pour laquelle seules les conséquences de la sclérose en plaques devaient alors être examinées. Deux experts ont ainsi été mandatés, qui ont fini par également se prononcer sur un contexte de somatisation que la Cour avait à l'époque décrit comme non invalidant. Or, il y a lieu de constater d'emblée que ce contexte est globalement resté inchangé. Il repose toujours sur les mêmes plaintes et sur la constatation, notamment, que la médecine est impuissante: « La personne assurée se plaint de beaucoup de maux, les principaux étant situés au niveau du dos, où les traitements entrepris n'ont pas amené d'amélioration, et des douleurs que la personne assurée déclare comme étant dépendantes des ondes électromagnétiques pour lesquelles il n'y a pas de traitement » (expertise p. 8, dossier OAI, p. 517). Il sied à cet égard de distinguer le volet psychiatrique du volet physique de la nouvelle expertise.6.1. Contrairement à ce que tend à soutenir le recourant dans ses écritures, les conclusions nouvelles des experts ne sauraient, sur un plan psychique, constituer un fait nouveau, mais tout au plus une nouvelle interprétation médicale d'une situation déjà connue. Ceci ressort très clairement de ce qu'ils ont écrit: « Ces troubles sont très anciens et n'ont pas été investigués en tant que tels car ils s'accompagnent d'autres troubles qui eux sont véritablement avérés, notamment au niveau orthopédique. Seule l'expertise de 2012 en psychiatrie y fait clairement référence, avec des conclusions différentes sur l'appréciation de la capacité de travail » (expertise p. 5, dossier OAI, p. 514).

Leurs critiques ont plus particulièrement porté sur la précédente expertise psychiatrique de 2012 (cf. expertise p. 27, dossier OAI, p. 536), le nouvel expert psychiatre indiquant avoir envisagé différemment une même situation: « il convient de mettre en exergue que les conclusions défendues ici au plan diagnostique et pronostique sont tout à fait similaires à la précédente expertise » (expertise p. 28, dossier OAI, p. 537). Elles ne peuvent dès lors autrement se lire que comme une remise en cause des conclusions d'une expertise sur laquelle s'était fondée la Cour de céans, dans un jugement entré en force, pour nier le caractère invalidant d'un trouble somatoforme.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Or, si le nouvel expert psychiatre considère que ce trouble somatoforme toujours présent est aujourd'hui devenu invalidant, c'est pour la raison, tout particulièrement, que « cinq années supplémentaires se sont écoulées depuis, ce qui permet de penser que le trouble s'est majoré aujourd'hui », supputation qui reviendrait à justifier et inciter, en présence de tels troubles et d'une conviction d'être invalide, le dépôt systématique de nouvelles demandes jusqu'à reconnaissance, in fine, d'un droit à la rente. Le temps qui passe étant ainsi assimilé à circonstance nouvelle. Il est ici, au contraire, intéressant de constater que le recourant est doté, au niveau de sa personnalité, « d'un système de défense qui, au bout du compte, permet un statu quo comme aujourd'hui » (expertise p. 6, dossier OAI, p. 515) et que, dans l'ensemble et comme le relève l'OAI par le biais de son SMR (rapport du 1er septembre 2017, dossier OAI, p. 589), « l'organisation de ses journées est demeurée toujours identique, sans modification des limitations alléguées ni apparition de nouvelles limitations ». L'on ne saurait, dans ces conditions, retenir une aggravation avérée de son état de santé psychique. Comme il a été relevé, des facteurs extra-médicaux, déjà observés à l'époque par la Cour de céans, demeurent, qui sont, pour leur part, susceptibles, encore et toujours, d'également influencer le tableau. Il s'agit, quoi qu'il en soit, de s'écarter des conclusions du volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire, qui ont incité les deux experts à finalement retenir une incapacité de travail globale de 50%. 6.2. Le volet physique de l'expertise paraît, à côté de cela, attester d'une relative péjoration de l'état de santé. Pour ce qui concerne la sclérose en plaques, au sujet de laquelle une instruction avait été préconisée à l'époque par la Cour de céans, il n'est pas véritablement établi que cette atteinte occasionne, à ce stade de son développement, des séquelles invalidantes. Mais elle pourrait néanmoins influencer le tableau orthopédique, au regard duquel les experts ont conclu, comme il a été dit, à une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 30%, « depuis l'apparition des douleurs aiguës et des troubles liés à la sclérose en plaques ». Dit tableau a subi des évolutions depuis 2014, avec la pose d'une prothèse et une opération au niveau de l'épaule. Ces éléments nouveaux n'avaient pu être pris en compte par la Cour de céans dans le cadre de son précédent arrêt. On peut ainsi, globalement, admettre qu'il y ait eu une aggravation de l'état de santé physique du recourant à partir de 2014. Ceci dans le droit sens, d'ailleurs, des observations formulées par le Dr E. _____ au printemps 2016, qui avaient conduit l'OAI à élargir l'instruction médicale de la nouvelle demande transmise à l'époque par la Cour de céans. DISPL'on peut ainsi se fonder sur le seul volet physique de l'expertise bi-disciplinaire pour en suivre l'appréciation faite de la capacité de travail, qui rejoint celle du Dr E. _____ (« toute

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 activité de bureau pourrait être envisagée, mais à raison de 4 à 6 heures par jour et sans port de charges »). Au vu de quoi l'unique avis du SMR, isolé donc et bien moins détaillé que le volet physique de l'expertise, qui repose sur une anamnèse complète, résultant au demeurant d'une lecture exhaustive du dossier,

notamment synthétisée dans une annexe de 15 pages, peut être écarté, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à de nouvelles investigations. Il découle de tout ceci que le recours est partiellement admis. La cause est, partant, renvoyée à l'OAI pour calcul du nouveau taux d'invalidité, induit par la seule diminution de 30%, au plan physique, de la capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée. Il rendra une nouvelle décision sur le droit à la rente. 7. 7.1. La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, des frais de justice sont mis à la charge de l'OAI qui succombe, par CHF 800.-. Dans le même temps, l'avance de frais consentie à l'époque par le recourant lui est restituée. 7.2. Vu l'issue du litige, le recourant a droit à une indemnité de partie. Il est représenté par Procap, organisme ne sachant invoquer les tarifs usuels applicables aux avocats. Au vu des circonstances et du travail strictement nécessaire à effectuer dans le cadre de ce dossier (qui consistait en l'espèce à démontrer que l'avis isolé du SMR ne pouvait être suivi), une indemnité forfaitaire globale de CHF 800.-, débours et éventuelle TVA comprise, est allouée. Elle est mise à la charge de l'OAI. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour le calcul du taux d'invalidité dans le sens des conclusions qui précèdent, à savoir en tenant compte d'une seule limitation de la capacité de travail de 30% pour des raisons physiques (orthopédiques). II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. III. L'avance de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. IV. Une équitable indemnité de partie de CHF 800.-, débours et éventuelle TVA comprise, est allouée au recourant, directement en mains de Procap qui le représente. Elle est intégralement mise à la charge de l'OAI. 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 21 août 2018/mbo Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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