

FR_GERICHTE 605 2018 212 vom 14. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_212

FR: FR_GERICHTE 605 2018 212 du 14 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 212 del 14 novembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires estivales - 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.

E. 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.

E. 2.1

Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17

E. 2.2

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 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).

E. 2.3

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). 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17

E. 3

Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'il atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

E. 3.1

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

E. 3.2

Ce n'est ainsi pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

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). 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. 5

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).

E. 5.1

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.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17

E. 5.2

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).

E. 6

Dans le cadre de l'instruction d'une nouvelle demande de prestations, est litigieux le droit à la rente entière. Le recourant considère que son état de santé psychique s'est aggravé depuis le dernier refus de rente, laissant même entendre que son droit est plus ancien encore et que le refus de rente initial devrait même être reconsidéré. L'OAI soutient pour sa part que la situation est demeurée la même. Il s'agit de se replonger dans le dossier du recourant, ouvrier non-qualifié qui ne travaille plus depuis de nombreuses années et qui avait déposé une première demande de rente en 2003, invoquant une asthénie, une anxiété et une dépression. Il continue aujourd'hui essentiellement à se prévaloir de ces mêmes troubles psychiques.

E. 7

Au moment du premier refus de rente (2006)

E. 7.1

Dans un précédent arrêt daté du 28 octobre 2010 (605 2008 355, dossier AI, pièce 141), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait suivi les conclusions d'un premier expert psychiatre, le Dr B. _____, qui niait tout caractère invalidant aux troubles psychiques du recourant. Ceux-ci présentaient les caractéristiques d'une somatisation et d'une dramatisation en décalage avec un tableau clinique objectif ne permettant pas de retenir une psychopathologie psychiatrique majeure susceptible d'entraîner une incapacité de travail : « Dans son expertise, ce médecin pose comme diagnostics ceux de autres troubles anxieux mixtes (F41.3) et majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0). Selon la Classification des maladies (CIM), les autres troubles anxieux mixtes (F41.3) sont des symptômes anxieux s'accompagnant de caractéristiques d'autres troubles cités en F42, F43, F44, F45, F4B mais dont aucun de ces symptômes, considéré séparément, n'est suffisamment grave pour justifier un diagnostic. Ce qu'il explique d'ailleurs dans son expertise: "il s'agit dans le choix du premier terme diagnostic d'une catégorie qui inclut certaines caractéristiques par exemple de l'anxiété générale, de crises de panique et de troubles somatoformes, mais sans pour autant présenter leur intensité et permanence. Il découle de ces notions que l'assuré ne présente aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques". L'expert ne relève pas non plus de trouble formel de la pensée, de trouble cognitif, de troubles de concentration ou de mémoire, d'état dépressif ou d'équivalent anxieux. Son entretien avec l'expertisé, lequel parle de ses crises de panique et de sa "maladie d'anxiété" de manière vague et floue et qui, sur questions de l'expert, ne peut pas donner de détails sur ces crises, donne à ce

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 dernier, à juste titre, un sentiment de non authenticité et/ou une impression de décalage entre les notions subjectives de l'assuré et les constatations objectives. Cette impression est de plus renforcée par les observations cliniques effectuées en se basant sur le système AMDP et qui laissent apparaître un tableau psychopathologique frappant par un important décalage entre les énoncés plutôt dramatiques et la pauvreté des observations. La concordance est ainsi faible. La conclusion qu'en tire l'expert est claire et emporte la conviction de la Cour: "Nous retenons surtout dans le fonctionnement de la personnalité de Monsieur le terme de passivité et de conditionnement dans une vision invalide de lui-même, associée à des défenses relativement importantes contre tout ce qui pourrait remettre en question cette vision. Il s'agit ici d'une description et non d'une psychopathologie. En résumé, nous avons rencontré un homme qui s'est conditionné dans une attitude affligée et retenue, peu tonique et avec un

manque d'élan et de perspective de vie, mais pas dans une psychopathologie psychiatrique majeure" ». La problématique paraissait bien plutôt s'inscrire dans un contexte extra-médical : « Enfin, il ne faut pas non plus perdre de vue que beaucoup de facteurs psychosociaux et socioculturels imprègnent le dossier. En effet, il ressort du dossier que le recourant, âgé de quarante ans aujourd'hui, turc d'origine, arrivé en Suisse en 1988 et naturalisé suisse en 2001, parle encore mal le français malgré les nombreuses années passées en Suisse, qu'il le lit mais ne l'écrit pas, qu'il n'a suivi que l'école primaire dans son pays d'origine et qu'il n'a pas de formation professionnelle reconnue mais a appris la profession d'électricien sur voiture "sur le tas", et a ensuite travaillé en qualité d'aide-maçon puis en qualité d'ouvrier de montage. Son parcours professionnel est également chaotique en ce sens qu'il a alterné les emplois temporaires non qualifiés et les périodes de chômage. De plus, son couple connaît d'importants problèmes économiques et, depuis 2004, il vit séparé de son épouse et de ses enfants et est allé vivre chez son frère aîné ». Les rapports médicaux dont se prévalaient le recourant avaient ainsi été écartés : « Par ailleurs, le fait que les différents médecins appelés à se prononcer ne posent pas exactement des diagnostics identiques, mêmes si ces derniers restent cantonnés dans le registre anxieux, n'a pas d'incidence dans le cas d'espèce du moment que les différents diagnostics émis aboutissent à une même appréciation par ces médecins de la capacité résiduelle de travail du recourant, ce qui est le cas, excepté l'avis du Dr C. _____ que l'on doit écarter pour les raisons précitées ». Concernant l'avis de ce dernier psychiatre traitant, la Cour avait notamment tenu à préciser : « L'avis du Dr C. _____ n'est pas susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr B. _____ et les appréciations médicales des médecins du SMR. En effet, l'on rappellera que l'avis du médecin traitant doit, de jurisprudence constante, être apprécié de façon prudente compte tenu du lien particulier qui l'unit à son patient. De plus, toujours selon la jurisprudence, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'est pas inutile de rappeler ici que les renseignements médicaux fournis par le Dr C. _____ le 29 mars 2007 l'ont été suite à une liste de questions que lui a adressée la mandataire du recourant. Il faut aussi relever que ce médecin ne suit l'assuré que depuis le mois de novembre 2006 et que l'on ignore la fréquence de ce suivi et l'assiduité du recourant à se rendre à ses rendez-vous. Ceci d'autant plus que, auparavant, il a changé à Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 plusieurs reprises de médecin traitant et que le suivi médical a été, en tous les cas jusque-là, très aléatoire avec des rendez-vous annulés, des coupures, un suivi espacé. Contrairement à ce que mentionne le recourant à l'appui de son recours, ce médecin ne pose pas le diagnostic de troubles somatoformes persistants (F45.4) et il ne pose pas non plus de diagnostic précis sur la pathologie de son patient. Il s'exprime en ces termes: "im Gegensatz zu F41,3 und F68.0 des Dr. B. _____ situiert sich meine diagnostische Leitlinie zwischen F45.3.0 (incl. Da-Costa Syndrom) und 60.8 (auch als "melange" von F60.3, F60.5, F60.6, und F60.7 zu verstehen)". Il n'émet pas non plus lui-même le diagnostic de comorbidité psychiatrique mais considère qu'à Marsens, les médecins ont retenu le trouble panique comme étant une comorbidité psychiatrique. Enfin, les renseignements médicaux qu'il fournit à l'appui de ses constatations sont succincts et ne sont pas à même d'ébranler les conclusions figurant dans l'expertise très complète effectuée par le Dr B. _____ ».

E. 7.2

Ce jugement rendu en 2010 étant entré en force, il n'y a pas lieu de reconsidérer aujourd'hui, comme le suggère implicitement le recourant dans ses écritures, le refus initial de toute prestation décidé par l'OAI. Seule une révision procédurale du jugement pourrait en effet entrer en ligne de compte, sur la base d'éléments médicaux ultérieurs. Or, ceux-ci vont à présent être examinés.

E. 8

Deuxième (décembre 2011) et troisième refus (mars 2015)

E. 8.1

Le recourant a déposé une deuxième demande de prestations AI le 12 octobre 2011 (dossier AI, pièce 142). Il signalait une « dépression », précisant en être atteint depuis 1999. Dans un courrier du 17 novembre 2011, il précisait encore que sa « maladie s'aggrave d'année en année et par conséquent, les doses de médicaments que je prends quotidiennement ont été augmentées par rapport à il y a trois ans ; cela provoque en moi dorénavant de la fatigue persistante et des troubles chroniques du sommeil qui se traduisent par la somnolence quand ce n'est pas de l'insomnie » (dossier AI, pièce 144), se référant à l'avis de ses deux médecins traitants, le psychiatre C. _____ et le spécialiste en médecine interne et en néphrologie D. _____. L'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur cette deuxième demande le 13 décembre 2011 (dossier AI, pièce 145).

E. 8.2

Soutenu par le Dr D. _____ qui le déclarait même inapte au plan physique, mais laissait toutefois clairement entendre que cette inaptitude était due à une « fatigue énorme attribuable à son état dépressif d'une part, aux traitements médicamenteux psychopharmacologiques et probablement aussi à un déconditionnement » (courrier du 21 juin 2012, dossier AI, pièce 146), le recourant a déposé une troisième demande de prestations le 18 septembre 2012 (dossier AI, pièce 149). Il mentionne, là encore, être atteint de « dépression psychique, panique, attaque, angoisse », cela depuis 10 ans.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17

E. 8.2.1

Le Dr D. _____ a confirmé cela, estimant même pour sa part que les troubles étaient présents depuis 15 ans : son patient serait « toujours anxieux et demandeur d'exams complémentaires » (rapport du 23 novembre 2011, dossier AI, pièce 156). Il signalait « un absentéisme important dans les années précédant l'arrêt de travail » et considérait qu'« une remise au travail était illusoire ». Pour sa part, le Dr C. _____ mentionnait des « troubles de la personnalité mixtes » (« abhängig, ängstlich, paranoid, schizoid, ansatzweise dissozial ») et annonçait « un trouble dépressif récidivant avec atteinte somatique, résistant à tout traitement » (rapport du 14 mai 2013, dossier AI, pièce 169). Il relevait à cet égard que son patient ne travaillait plus depuis de nombreuses années et constatait l'échec de toute mesure de réinsertion, celles-ci susceptibles mêmes de péjorer encore le tableau (« entfällt, da Patient seit Jahren nicht mehr arbeiten kann. Der einzige Wiedereingliederungsversuch der letzten Jahre musste wegen massiv erhöhter Angst nach kürzester Zeit abgebrochen werden. Alle dahingehenden Massnahmen sind gescheitert. Es besteht definitiv keinerlei Ressource im Patienten für solche Versuche, im Gegenteil verschlechtern sie das Zustandsbild »).

E. 8.2.2

L'avis de l'expert psychiatre B. _____ fut alors une nouvelle fois demandé. Celui-ci parvint aux mêmes conclusions que par le passé: « il résulte de l'ensemble de nos constats qu'il n'y a pas d'incapacité de travail significative. Nous n'avons trouvé aucun élément, aucun indice, aucune observation ou argument convaincant qu'il y avait dans les années entre 2006 et 2013 une aggravation significative, voire une maladie éventuellement invalidante » (expertise B. _____ II du 9 octobre 2013, dossier AI pièce 180, p. 438). Une brève période d'incapacité n'ayant pu être observée qu'au cours d'un séjour en milieu hospitalier spécialisé de quelques semaines à l'automne 2006 : « Pendant le temps d'hospitalisation à Marsens, l'assuré a été inapte à 100 %, ensuite son état s'est rétabli au stade antérieur » (expertise B. _____ II du 9 octobre 2013, dossier AI pièce 180, p. 438). L'expert n'a finalement retenu que les seuls diagnostics de « trouble panique d'intensité légère » et de « dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme », soulignant en revanche une « tendance hypocondriaque » et un « processus d'invalidation avancé » (dossier AI, p. 437). Il a résumé la situation comme suit, pour même plutôt conclure à une relative amélioration de celle-ci, observée sur une période de six mois d'examen : « Il nous paraît important de revenir encore une fois en arrière sur les observations qu'on a pu faire concernant Monsieur en 2003. Il a été ici vu pendant presque six mois par une équipe professionnelle, jour après jour, semaine après semaine, et les observations ont été résumées. En dehors des éléments qui concernent purement la maîtrise de la langue française, on a fait ici deux constats importants : l'assuré dispose à la base d'une relativement bonne aptitude d'adaptation et d'intégration et, deuxièmement, il est capable de progression. Les professionnels ont bien souligné à quel point il était adéquat, efficace, avec un bon rendement, collaborant, sociable, capable d'apprentissage et un rythme de travail à la fin, aisé. On a conclu qu'il est devenu une personne de confiance à qui on peut donner des tâches plus complexes (on a parlé de conduite du bus ou autre) et des responsabilités. Nous soulignons ceci car il ne s'agit pas seulement d'une « photo du moment », mais de constats structurels qui ne perdent pas leur validité dans le temps. Rappelons aussi que ces constats ont été faits dans une période où la symptomatologie anxio-neurovégétative était en plein essor et pas encore

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 suffisamment traitée. Ceci veut dire que, dans des conditions comparables, aujourd'hui, la symptomatologie psychique interviendra encore moins. Tout ceci nous amène à la conclusion que les choses ne se sont pas aggravées, mais bien améliorées » (dossier AI, p. 437). Il a, par ailleurs, signalé la présence, comme à l'époque, d'un grand nombre de facteurs extra- médicaux influençant le tableau : « il existe un certain nombre de facteurs extra médicaux qui ne peuvent pas intervenir dans la détermination de la capacité de travail. Il s'agit ici surtout des éléments suivants : intégration socioculturelle insuffisante, problème linguistique, problème financier et dettes, se trouver au service social, chômage de l'épouse, charges familiales, plaintes relatives aux symptômes, manque de motivation » (dossier AI, p. 438). Contesté par le Dr D. _____ (cf. courrier du 13 février 2014, dossier AI, pièce 190) en raison de commentaires qu'il qualifiera plus tard de « désobligeants à son égard » (rapport du 19 décembre 2014, dossier AI, pièce 206), l'expert a néanmoins maintenu son point de vue (courrier du 12 juillet 2014, dossier AI, pièce 202). Dans le cadre de ses critiques, le Dr D. _____ a notamment fait valoir que « ça fait environ 15 ans que ce patient est pris en charge sur le plan physique et psychiatrique, sans aucune amélioration de la capacité de travail. Cette prise en charge est adéquate » (rapport du 19 décembre 2014, dossier AI, pièce 206).

E. 8.2.3

Pour sa part, le recourant a séjourné une nouvelle fois à l'hôpital psychiatrique, du 18 février 2014 au 11 mars 2014, les spécialistes faisant le lien entre ce séjour et ses démêlés administratifs : « comme facteur déclencheur, il nous évoque la décision de l'AI (réponse négative) qui aurait eu un impact assez pesant pour lui, selon ses dires (situation sociale précaire, faire le bilan) » (rapport du 1er avril 2014, dossier AI, pièce 199).

E. 8.2.4

Dans un tel contexte, l'OAI a prononcé un nouveau refus de prestations le 13 mars 2015 (dossier AI, pièce 209).

E. 9

Au moment de la décision querellée (quatrième refus de rente) Par courrier du 30 juillet 2015, le recourant a estimé que son cas devait être réexaminé sous l'angle des nouveaux critères jurisprudentiels relatifs à l'abandon, en matière d'atteinte somatoforme, de la présomption que les conséquences de celle-ci pouvaient être « surmontées par un effort raisonnablement exigible » (dossier AI, pièce 218) L'OAI ayant fini par accepter d'entrer en matière, il a formellement déposé une quatrième demande de prestations le 1er juillet 2016, invoquant toujours un « problème d'ordre psychique », présent depuis environ 2002 (dossier AI, pièce 226).

E. 9.1

Le Dr C._____ concluait pour sa part à une incapacité de travail totale depuis de nombreuses années, et résumait la situation comme suit : « il faudrait une fois simplement voir la réalité en face ! » (rapport du 3 août 2016, dossier AI, pièce 235).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17

E. 9.2

De nouveaux spécialistes se sont occupés du recourant.

E. 9.2.1

Il a encore séjourné en hôpital psychiatrique du 3 juillet 2016 au 6 juillet 2016 où « il relate une situation évoluant peu depuis 15 ans et souhaite être mis à l'abri de sa souffrance » (dossier AI, pièce 235). L'anamnèse expose par ailleurs : « En Suisse depuis 26 ans. Il est marié et a 3 enfants: deux filles de 23 et 11 ans et un fils de 18 ans. Il décrit de mauvaises relations dans la famille. Pas de contact avec ses enfants, mauvaise relation avec son épouse. Il évoque des problèmes financiers. Il y a 15 ans qu'il ne travaille pas. Avant il travaillait dans une usine mais a été licencié par la suite à cause de plusieurs congés maladie, selon ses dires. Récemment, il aurait recommencé à travailler à 30% dans un magasin mais ne participe que peu et se sent inutile et trop fatigué pour la charge de travail qu'il décrit néanmoins comme faible. Son épouse ne travaille non plus. La famille bénéficie d'une aide sociale. Sa femme est suivie pour une dépression par le même médecin psychiatre que le patient. Sa fille aînée est aussi malade, selon le patient ». S'il ressort après trois jours, c'est parce qu'il « ne semble pas tirer profit des thérapies offertes au sein de notre institution et demande sa sortie de l'hôpital ».

E. 9.2.2

Il a été également suivi en clinique de jour. Dans un rapport du 29 août 2016, le psychiatre Dr E._____ et la psychologue F._____ posent le diagnostic de « trouble dépressif

récurrent, épisode actuel moyen », de « troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (traits narcissiques et impulsifs) » et observent en outre un « retard mental léger sans mention de troubles du comportement » (dossier AI, pièce 242). Ils estiment que ces atteintes sont présentes « depuis toujours ». Cela étant, il est d'emblée fait état de ses difficultés vis-à-vis de la prise en charge : « Il relate que le simple fait de venir régulièrement à la clinique de jour l'angoisse et le stresse. Il se plaint de fatigue diurne avec une somnolence marquée. (...) Concrètement et très probablement en lien avec ses nuits très perturbées, il a eu beaucoup de difficultés à se lever pour venir à 9 h 15 à la Clinique de jour. Il a souvent été très fatigué et a dû être motivé de se joindre aux groupes thérapeutiques. Pendant le séjour à la clinique de jour, il a été constaté que Monsieur n'arrivait pas à suivre le programme complet en raison aussi de difficultés de concentration, d'une fatigabilité et ce malgré une certaine motivation. Souvent il partait plus tôt à la maison. Néanmoins, dans la thérapie d'activation, il a travaillé de manière autonome sur un projet et a pu se concentrer pendant environ une heure sur ce qu'il a fabriqué ». Au final, les perspectives demeuraient limitées: « l'évolution était très lentement favorable, une prise en charge psychiatrique de longue durée est indiquée. Nous proposons que Monsieur essaye de structurer ses journées aussi après la prise en charge de la clinique de jour. Il s'engage à suivre le programme de l'AFAAP et il peut s'imaginer travailler 2h par jour dans un milieu protégé. Le taux de capacité de travail résiduel est de maximum 30% et au vu de ce que nous avons observé le patient n'a ni un rendement ni une capacité suffisante pour travailler dans le marché libre ».

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17

E. 9.3

Le recourant fut alors renvoyé devant un nouvel expert. Dans son rapport du 2 janvier 2018 (dossier AI, pièce 260, p. 610 ss), le Dr G. _____, psychiatre et psychothérapeute, assisté par la psychologue H. _____, parvient à la conclusion qu' « une capacité de travail de 100% et sans baisse de rendement est à retenir actuellement d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée au status somatique, comme la dernière activité professionnelle » (dossier AI, p. 668). Il souligne à cet égard que la situation est demeurée inchangée depuis 2003, soit au moment du premier refus de prestations : « au moment de l'expertise et ce depuis 2003 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques essentiellement subjectives, dans le sens d'une labilité émotionnelle, d'une intolérance à la frustration, des difficultés pour gérer les relations interpersonnelles complexes, les conflits, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, de douleurs diffuses fluctuantes, des troubles de la concentration subjectifs sauf en dehors des abus éthyliques ponctuels lorsque des troubles de la concentration importants sont présents » (dossier AI, p. précitée). Il ne retient en effet aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, il évoque d'autres troubles, non susceptibles selon lui de porter atteinte à cette capacité de travail, comme un « trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2003 », « une modification traumatique de la personnalité après une expérience de catastrophe survenue durant l'adolescence », une « dépendance éthylique avec utilisation épisodique », une « dépendance au benzodiazépines utilisation continue », ainsi qu'un « trouble douloureux somatoforme persistant, sans indices de gravité jurisprudentiels remplis », ou, moins probablement toutefois que ce dernier, des « facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indices de gravité jurisprudentiels remplis » (dossier AI, p. 655). Il relève par ailleurs que, selon le recourant

lui-même, « son état d'invalidé psychique n'a pas changé depuis 2003 au présent, donc l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise ne permet pas de confirmer l'aggravation supposée survenant en 2014 ou 2016, malgré plusieurs hospitalisations en psychiatrie, qui se sont faites dans un contexte de désespoir et de pertes de repères ponctuellement suite à des décompensations partielles d'une modification traumatique de la personnalité après une expérience de catastrophe » (dossier AI, p. 655). Dite expérience aurait consisté en des tortures exercées contre lui et sa famille kurde par la police turque alors qu'il était adolescent, une expérience qui aurait laissé, selon les dires du recourant, des traces indélébiles, mais dont l'expert s'étonne toutefois qu'elle n'ait pas rapportée par le précédent expert ni même jamais été développée par aucun des médecins psychiatres jusqu'alors, malgré un suivi de plus d'une décennie (dossier AI, p. 629). L'expert critique au reste la prise en charge médicamenteuse du suivi psychiatrique, qui aurait pour résultat de maintenir le recourant dans son déconditionnement sans même traiter ce plus ancien traumatisme : « l'état de déconditionnement et les plaintes de l'assuré sont probablement entretenus par une prise en charge pharmacologique qui nous semble pour le moins interrogeable à vouloir combiner deux benzodiazépines à des hautes doses avec une bonne compliance et un antidouleur anti-inflammatoire à long terme. La mirtazapine (connue pour son augmentation de l'appétit) est prise plutôt en si besoin, chez un patient en surcharge pondérale avec un syndrome des apnées du sommeil et douleurs variées persistantes. (...) De plus, la prise en charge

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 psychothérapeutique semble aussi interrogeable, dans l'absence d'un traitement proposant un sevrage éthylique et surtout de l'absence d'un traitement ciblant spécifiquement les tortures subies à l'adolescence dans son pays d'origine » (dossier AI, p. 656). Aucun des tests réalisés n'a en tous les cas permis d'établir la présence d'une maladie psychiatrique majeure avérée. En revanche, certains de ces tests ont mis en lumière des contradictions : « Le résultat obtenu aux matrices de Raven 1938 fait état de capacités intellectuelles et de concentration compatibles avec un retard mental ce qui est corroboré par certains rapports existants dans le dossier assécurologique. Toutefois, ces données apparaissent comme totalement contradictoires avec le fait que l'assuré conduise la voiture sur des courtes distances sans difficultés, qu'il regarde la télévision, s'occupe adéquatement de sa fille cadette, se promène avec son ami et arrive à se concentrer normalement durant l'entretien d'expertise. Il en est de même lorsque l'expertisé n'arrive pas du tout à parler en français avec les experts, mais uniquement via la traductrice, alors qu'il regarde la télévision en français et il n'a pas besoin de traducteur lorsqu'il parle en français avec son psychiatre » (dossier AI, p. 657). Selon l'expert, « l'ensemble des éléments susmentionnés plaide pour une nette exagération consciente des plaintes cognitives » (dossier AI, p. 657). Il finit dès lors par expliquer pourquoi, comme il a été dit, aucune aggravation médicale n'est observée depuis 2003, le recourant se retrouvant au contraire figé dans le « contexte d'une sinistrose » (dossier AI, p. 661 et 666) et continuant à remettre en cause le refus de rente initial : « l'expertisé se plaint spontanément d'une incompréhension par rapport au fait qu'il n'a pas reçu une rente AI depuis 2003, alors qu'il n'arrive plus à travailler » (dossier AI, p. 634). Si aggravation il y a eut, ce n'est que de celle du déconditionnement, celui-ci s'apparentant toutefois à un facteur extra-médical : « en plus des troubles psychiques susmentionnés, nous relevons des facteurs étrangers à l'invalidité qui limitent une reprise professionnelle, tels que la situation économique relativement difficile, aggravée par des autolimitations et par un déconditionnement en cours d'aggravation avec une mauvaise connaissance du français. Ceci se passe dans le

contexte de douleurs considérées par l'investigué comme étant difficilement compatibles avec une reprise professionnelle dans toute activité, après une pause professionnelle longue, à un âge considéré par l'assuré comme étant incompatible avec une réadaptation professionnelle, dans un contexte de déconditionnement en cours d'aggravation » (dossier AI, p. 663). Le psychiatre traitant critiquera cette nouvelle expertise, justifiant le suivi psychiatrique entamé et notamment la prise en charge médicamenteuse remise en question (rapport du 1er mars 2018, dossier AI, pièce 686).

E. 9.4

Un nouveau refus de rente fut ainsi prononcé le 17 juillet 2018 (dossier AI, pièce 289). Ceci en dépit d'un nouveau séjour hospitalier psychiatrique, du 4 mai 2018 au 6 juin 2018, à l'issue duquel la capacité de travail avait certes été décrétée nulle, toute reprise du travail demeurant illusoire. Mais ce constat semblait essentiellement dépendre de facteurs vis-à-vis duquel les spécialistes, et par là même la médecine, paraissaient clairement démunis : « il relate également son

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 incompréhension par rapport à la décision de refus de l'AI à son encontre. Globalement il n'arrive pas à s'investir dans les soins, la demande d'accès aux soins prenant le plus souvent la forme d'une revendication. Le patient demande activement un rapport médical, afin de pouvoir bénéficier de l'AI. Toute tentative dans le sens de la mobilisation de ses ressources reste vaine. Le patient n'entre pas en matière pour un travail psychique de remémoration et de représentation du vécu qui reste de ce fait inabordable. (...) En conclusion, nous sommes en face d'une structure de personnalité qui tend à se rigidifier au fil des années. Le traitement psychothérapeutique et médicamenteux s'avère souvent inefficace » (rapport du 12 juin 2018, dossier AI, pièce 283).

E. 10

Discussion Il ressort manifestement des rapports médicaux précités que la situation est très probablement figée depuis 2003, le recourant ne cessant du reste de l'écrire dans ses nouvelles demandes de prestations et ses médecins traitants de le relayer dans leurs rapports. Il l'a même d'emblée dit au nouvel expert psychiatre et les spécialistes ont pu aussi le constater dans le cadre d'un des derniers séjours au printemps 2018. La Cour ayant déjà eu l'occasion de se prononcer sur le cas du recourant en 2010, elle ne peut que constater que le tableau se superpose globalement à celui qu'elle avait déjà eu à examiner. Les rapports des médecins traitants, dont tout particulièrement ceux du psychiatre traitant avaient alors été écartés pour des raisons qui ne sauraient non plus avoir changé, ce spécialiste continuant, comme à l'époque, à conclure à l'existence d'une capacité de travail nulle depuis le départ, soit l'année 2003. Les rapports dont le recourant se prévaut aujourd'hui ne peuvent ainsi amener la Cour de céans à révoir son précédent jugement.

E. 10.1

Sous l'angle de la médecine psychiatrique, force est de constater que les deux experts sont parvenus aux mêmes conclusions, à savoir l'inexistence d'une atteinte objective majeure susceptible en soi d'entamer la capacité de travail. Le dernier expert l'a dit sur plus de cinquante pages, claires, détaillées et à l'issue de tests dont on se saurait soutenir, sinon gratuitement, qu'ils n'aient pas été menés selon les règles de l'art. Quant au premier expert, il avait pour sa part eu l'occasion de voir le recourant à deux reprises, une fois en 2006 (et ses conclusions avaient été validées par la Cour de céans), une seconde fois en 2013, sur une durée de six mois avait-il précisé. Tous les médecins, traitants et experts s'accordent au

moins sur un constat, à savoir que la situation n'a pas évolué depuis de nombreuses années si bien que, sous l'angle de la seule révision du droit aux prestations, aucune aggravation n'est attestée et le recours peut ainsi être rejeté pour cette raison même. Le mode de vie du recourant est par ailleurs demeuré inchangé, il n'allègue aucunement être restreint dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes, à l'aune desquelles le dernier expert a estimé que les critères jurisprudentiels pour reconnaître une portée invalidante à l'éventuel trouble somatoforme n'étaient pas remplis.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Et c'était bien au départ pour ce motif précis que la quatrième demande avait été posée.

E. 10.2

Le recourant soutient être définitivement invalide. S'il ne l'est probablement pas pour des raisons médicales, la plupart des médecins laissent tout de même entendre qu'une reprise du travail est illusoire, y compris le dernier expert dont le pronostic est plutôt sombre : « toutefois, la situation n'étant pas stabilisée, une évolution négative étant possible et même très probable en cas d'absence de mise en place d'un suivi adéquat, nous recommandons une réévaluation dans 6 à 12 mois selon l'évolution » (dossier AI, p. 668), mais ces considérations tiennent compte, on l'a vu plus haut, de la seule aggravation du déconditionnement. Cette demande de réévaluation de la situation n'est toutefois pas en contradiction avec les conclusions de l'expert, contrairement à ce que soutient le recourant dans ses écritures. Il faut plutôt la lire comme le constat que la situation risque de s'aggraver si un traitement plus adéquat n'est pas mis en place. Mais si le suivi actuel peut bien apparaître comme inadéquat au vu de l'absence de tout changement notable de la situation depuis maintenant plus de 15 ans, force est tout de même de relever que cette inadéquation est sans doute directement induite par la très forte conviction du recourant, ancrée en lui depuis le dépôt de sa première demande, d'être invalide, à l'endroit de laquelle l'assurance-invalidité ne serait être tenue de prester. L'absence de toute solution thérapeutique (cf. le rapport de l'hôpital psychiatrique du 12 juin 2018, dossier AI, pièce 283) tend par ailleurs à démontrer que le problème n'est plus du ressort de la médecine et que l'on est même arrivé à un point où le traitement engendre d'autres problèmes secondaires, comme cette dépendance aux médicaments sur laquelle l'expert estime qu'il conviendrait aussi d'agir. Une dépendance à l'alcool a également été signalée au début de l'été 2016, dans le sillage de sa dernière demande, à l'occasion d'un très bref séjour hospitalier interrompu à la demande du recourant qui ne donnait pas l'impression de sérieusement désirer se soigner. A tout cela s'ajoute encore la présence, comme à l'époque, des mêmes facteurs extra-médicaux qui influencent le tableau de manière négative, au centre duquel un contexte social extrêmement précaire avec un déconditionnement au travail et une mise à l'aide sociale de très longue durée et, on le rappelle, cette conviction d'être invalide poussant le recourant à être, comme l'avait indiqué le Dr D. _____, à être « demandeur d'exams complémentaires » (rapport du 23 novembre 2011, dossier AI, pièce 156). Soit autant d'éléments, qui, comparés au mode de vie régulier demeuré inchangé du recourant, donnent du sens aux conclusions du dernier expert et permettent à la Cour de céans de constater à son tour que les nouveaux critères jurisprudentiels permettant de conclure à l'existence d'un trouble somatoforme invalidant ne sont en l'espèce pas remplis. Ces éléments font par ailleurs craindre que des investigations complémentaires n'achèvent d'ancrer le recourant dans ses convictions.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

E. 11

Verdict II découle de tout ce qui précède que, en l'absence de toute aggravation objective de l'état de santé psychique du recourant sous l'angle de la médecine, sa nouvelle demande de prestations pouvait être rejetée, son recours, par conséquent infondé, devant l'être également. Ce qui va du reste dans le sens du propre constat du recourant, qui estime avoir droit à une rente depuis de nombreuses années, prouve s'il en est que la situation apparaît figée depuis de nombreuses années et que l'on ne saurait parler d'aggravation.

E. 12

Frais et indemnité de partie Il reste à statuer sur les frais et l'indemnité de partie. Le recourant a demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Il sied d'examiner sa requête, au vu des articles 142 et suivant du CPJA (RSF 150.1). Il ne fait aucun doute que sa situation financière ne lui permet pas de supporter les frais de sa défense confiée à un avocat. Il s'agit de savoir si celle-ci se nécessitait. On peut admettre que le faible niveau de formation du recourant ne lui permettait sans doute pas de discuter les nombreux rapports médicaux figurant au dossier. Dans la mesure où la situation était figée depuis de nombreuses années, le recours pouvait en revanche à la rigueur être considéré comme d'emblée dénué de toutes chances. Le recourant n'en a pas moins été soutenu par ses médecins, qui ont toujours critiqué les experts, à l'époque comme aujourd'hui, et qui l'ont alimenté dans ses croyances en rédigeant des rapports qu'il importait tout de même de discuter, et il serait délicat, dans ces conditions, de lui refuser l'assistance judiciaire. Elle lui est dès lors accordée. L'indemnité étant fixée sur la base de la liste de frais produite. Celle-ci comprend toutefois certaines opérations réalisées dans le cadre de la procédure administrative qui ne seront pas prises en compte, soit jusqu'au 19 juillet 2018, date de l'examen par l'avocat et ses collaborateurs de la décision querellée. Au final, c'est une indemnité de CHF 1'700.-, frais et débours compris, qui est octroyée, couvrant dans l'ensemble les opérations effectuées par la suite. A celle-ci s'ajoute une TVA de 7,7% (CHF 130.90), pour un montant total de CHF 1'830.90. Cette indemnité est mise à la charge de l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours (605 2018 212) est rejeté. II. L'assistance judiciaire (605 2018 213) est accordée et Me Valentin Aebischer est désigné défenseur d'office. III. Une indemnité de CHF 1'830.90 (frais, débours et TVA de 7,7% [CHF 130.90] comprise) est versée en mains du défenseur d'office. Elle est mise à la charge de l'Etat. IV. 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 14 novembre 2019/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire:

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