

FR_GERICHTE 605 2019 227 vom 1. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_227

FR: FR_GERICHTE 605 2019 227 du 1 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 227 del 1 maggio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable. Le recourant, dûment représenté, 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.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi 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 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 2.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux 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'elle 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. 2.2

La méthode dite ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). 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. 3

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

E. 3.1

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14

E. 3.2

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

E. 4

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 4.1

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 4.2

Pour statuer, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 5

Est en l'espèce litigieux le droit à la rente entière du recourant au-delà du 31 octobre 2018, plus particulièrement sa capacité de travail résiduelle à compter de cette dernière date. Ce dernier critique une expertise confiée au CEMed, dont les trois spécialistes retenaient que son état de santé s'était amélioré à l'automne 2018 et qu'il pouvait ainsi travailler à plein temps dans une activité légère adaptée. Qu'en est-il ?

E. 5.1

Atteintes et évolution Le recourant, né en 1968, marié, père de deux enfants, qui travaillait alors comme palefrenier au Haras fédéral, a déposé une demande de rente le 3 août 2016, indiquant souffrir, au niveau de la jambe droite, d'une lésion du nerf sciatique (saphène) à la suite d'une opération des varices au mois de septembre 2015 (dossier AI, p. 19). Il était suivi par plusieurs médecins spécialistes.

E. 5.1.1

Le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, relevait d'emblée que le recourant se plaignait de « douleurs neuropathiques du nerf sural droit » associées à des paresthésies du membre inférieur droit, ces dernières ayant motivé la réalisation d'une IRM lombaire et d'un EMG qui avaient mis en évidence « des lésions peu spécifiques » (rapport du 25 août 2016, dossier AI, p. 47). A cette occasion, des « troubles dégénératifs lombaires avec discopathie pluri-étagée » avaient notamment été remarqués. Un examen neurologique n'aurait toutefois pas révélé d'atteinte nerveuse.

E. 5.1.2

A cet égard précisément, le Dr D. _____, neurologue, disait ne pas être en mesure de retenir une « lésion objectivée » (rapport du 23 août 2016). Consulté à partir du mois de septembre 2015, il avait alors certes indiqué dans un premier temps que les plaintes correspondaient à une irritation du nerf sural droit, mais il avouait dans le même temps que, « cliniquement », il n'avait pas « découvert de signe d'une atteinte radiculaire ou d'une lésion proximale du nerf sciatique » (rapport du 7 septembre 2015, dossier AI, p. 53). Il n'avait alors pas, d'un point de vue neurologique, d'« explication certaine » aux plaintes du recourant (rapport du 10 septembre 2015, dossier AI, p. 54). Il avait fini par conclure à l'existence d'un « syndrome lombo-radiculaire irritatif à droite, sans signe de lésion » (rapport du 12 janvier 2016, dossier AI, p. 55), puis par avouer qu'il n'avait pas « d'explication certaine aux plaintes de ce patient qui dépassent un territoire d'innervation déterminé » (rapport du 17 mai 2016, dossier AI, p. 56). Il préconisait dès lors de soumettre le recourant à une expertise.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 Pour sa part, le Dr E. _____, spécialiste en neurochirurgie, signalait l'existence d'une problématique lombaire dans un contexte de déconditionnement physique: « en raison de l'exacerbation des douleurs lombaires, le patient a subi une IRM. Celle-ci démontre des troubles dégénératifs multi-étagés avec perte de hauteur des disques surtout au niveau L4-L5 et L5-S1, disques noirs sans réaction inflammatoire au niveau L5-S1, mais avec une réaction de type Modic 1 au niveau L4-L5. Nous avons une protusion discale circonférentielle que je n'appellerais pour ma part pas hernie, en tous cas sans aucune compression radiculaire nette bien qu'il existe une tendance au canal lombaire étroit congénital. Pour moi ce patient souffre d'un déconditionnement physique qui suit l'inactivité liée à des douleurs neuropathiques postopératoires. (...) Nous allons essayer de gérer la situation médicamenteuse [mais] en tous cas je déconseille toute infiltration périurale dans cette situation » (rapport du 22 mars 2016, dossier AI, p. 62).

E. 5.1.3

Le recourant est allé consulter le centre du traitement de la douleur du service d'anesthésiologie de l'Hôpital cantonal, où le Dr F. _____ résumera ainsi le tableau médical : « ce patient présente pour moi deux pathologies : initialement une douleur neuropathique du nerf sural droit qui a décompensé un syndrome lombo-vertébral chronique. Cliniquement, il n'y a pas d'irritation radiculaire et j'ai des signes qui, pour moi, parleraient plutôt pour un syndrome facettaire bilatéral » (rapport du 2 mai 2016, dossier AI, p. 61). Au mois d'octobre 2016, il estimait que la situation n'était pas stabilisée et qu'il « se permettait d'avoir quelques doutes quant à la reprise du travail » (rapport du 7 octobre 2016, dossier AI, p. 100). Il signalait, au reste, que le recourant présentait désormais un état dépressif et qu'il avait été adressé à un psychiatre pour une évaluation et un traitement.

E. 5.1.4

A la même époque, à savoir toujours à l'automne 2016, le Dr G. _____, neurologue auprès de l'Hôpital de l'Ile, à Berne, semblait à son tour exclure une lésion objective d'un des nerfs, évoquant bien plutôt un mécanisme douloureux, se répercutant en surface au niveau des branches de la peau, mécanisme dont il laissait également entendre qu'il pourrait avoir une composante psychique : « Insgesamt muss wohl am ehesten davon ausgegangen werden, dass keiner der Stammnerven selber verletzt wurde, sondern dass es sich um die Verletzung von Hautästen handelt, welche dem Stammnerven (insbesondere dem N. suralis)

entspringen. Dies kann mit einem ausgedehnten subcutanen Eingriff evtl. Erklärt werden. Es handelt sich in übtigen sicher nicht nur um eine Neurapraxie, weil Neurapraxien nicht zu dermassigen Schmerzen führen. Vielmehr entspricht die Schmerzsymptomatik einer „kausalgie“, wie sie bei axonalen Nervenläsionen typisch ist. (...) Zu erwägen ist m.E. die vom involvierten Schmerztherapeuten indirekt (mit seiner Zuweisung an einen Psychiater) aufgeworfene Frage alternativer Schmerzen- mechanismen. Für mich wirken diese Schmerzen aber eher „organisch“ » (rapport du 11 octobre 2016, dossier AI, p. 106).

E. 5.1.5

A la fin de l'année 2016, le recourant séjourna à l'Hôpital psychiatrique de Marsens, après avoir eu de violentes crises de colère, dans un contexte de « consommation d'alcool », ce qui aurait inquiété sa famille (rapport du 27 février 2017, dossier AI, p. 134). Les diagnostics d' « épisode dépressif moyen », de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance » ainsi que de « troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (traits narcissiques, obsessionnels et passifs agressifs) ».

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 La consommation d'alcool serait, cela étant, liée aux problèmes de santé rencontrés par le recourant depuis le mois de septembre 2015 et l'opération des varices qui se serait mal déroulée. Si, à court terme, le pronostic était jugé « bon », à moyen et long terme en revanche, il existait une possibilité de récurrence de la décompensation psychique sur le mode dépressif et rechute alcoolique. Le pronostic dépendait « aussi de son état somatique (douleurs chroniques) ». Quant aux difficultés familiales, elles étaient plus spécifiquement relatées dans le rapport de sortie : « petit à petit, avec un réajustement psycho-pharmaceutique et un cadre adapté, nous notons une évolution favorable de son état psychique, avec une stabilisation du sommeil. Nous avons organisé plusieurs congés à domicile qui ne se sont pas très bien déroulés au début, Monsieur se plaignant d'un manque de communication dans la famille. Cependant, il nous a rapporté ne pas avoir eu envie de consommer de l'alcool durant ces congés. Les congés suivants se déroulent de mieux en mieux et nous planifions la sortie du patient » (rapport du 23 janvier 2017, dossier AI, p. 167). Il sera par la suite suivi par une psychiatre, la Dresse H._____. Celle-ci indiqua au mois de juillet 2017 que la capacité de travail était difficile à déterminer, mais que la médication et les entretiens de soutien permettaient une amélioration du sommeil et une diminution de l'anxiété (rapport du 28 juillet 2017, dossier AI, p. 163). Cela étant, l'humeur était « plutôt déprimée », l'idéation pessimiste, il manquait d'envie et de motivation, avait tendance à s'isoler et se sentait très diminué physiquement (autre rapport du 28 juillet 2017, dossier AI, p. 165). Au printemps 2018, elle l'estimera entièrement capable de travailler au plan psychiatrique, les limitations, à déterminer par les « spécialistes somaticiens », dépendant uniquement des « douleurs chroniques » (rapport du 13 mai 2018, dossier AI, p. 278).

E. 5.1.6

Est encore apparue par la suite « une tendinopathie de surcharge du long péronier, dans un contexte de douleurs chroniques » (rapport du 17 mai 2018 du Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, dossier AI, p. 269), celle-ci provoquant une limitation de la marche et justifiant le port de chaussures orthopédique, qui seront du reste prises en charge par l'OAI.

E. 5.2

Expertise du CEMed C'est dans ce contexte que le recourant fut soumis à l'expertise pluridisciplinaire confiée au CEMed, qui a rendu son rapport le 25 juillet 2018 (dossier AI, pièce 117, p. 301 et ss).

E. 5.2.1

Au plan psychiatrique, le Dr J. _____ relève d'emblée que le recourant ne mentionne spontanément aucune plainte spécifique (p. 318). Il paraît également prendre ses médicaments (p. 319). Selon lui, « le tableau clinique que présente cet expertisé est compatible avec un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance primaire », mais il relève à cet égard que l'expertisé est « actuellement abstinent » (p. 319).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Par ailleurs, des troubles anxieux ou un état dépressif ne peuvent pas non plus être retenus : « le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes est également retenu, l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique étant trop longue pour retenir le trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique » (p. 319). Enfin, si le recourant se décrit comme anxieux, triste ou douloureux, et qu'il éprouve de la détresse, ces sentiments sont influencés par une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, excluant ainsi la présence d'un trouble somatoforme persistant (p. 319). Dans ces conditions, l'expert psychiatre considère que les « diagnostics psychiatriques retenus ne sont pas incapacitants et il n'y a pas de limitations fonctionnelles » (p. 320).

E. 5.2.2

Au plan neurologique, le Dr K. _____ rappelle que, après avoir subi une opération des varices à la suite de laquelle des douleurs sont immédiatement apparues dans le territoire du nerf sural droit, « la situation s'est progressivement compliquée d'une extension des phénomènes dysesthésiques parallèlement à l'apparition de rachialgies, tout d'abord lombaires, puis dorsales et même cervicales, avec une irradiation douloureuse le long du membre inférieur droit » (dossier AI, p. 341). L'expert a estimé « vraisemblable que le recourant ait présenté ou présente encore au moins partiellement une névralgie du nerf sural liée à une lésion partielle du nerf lors de l'intervention du mois de septembre 2015, comme cela peut classiquement être le cas. La persistance des troubles s'explique au moins partiellement par l'évolution vers des névromes tels qu'observés lors des interventions. (...) On doit dès lors admettre qu'il existe une épine organique très vraisemblablement à l'origine des troubles » (p. 342). Il ne préconisait plus aucun geste chirurgical : « sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours, sans autre. Il convient d'éviter toute mesure semi-invasive et invasive additionnelle. A notre sens, il n'y a pas d'indication à une révision chirurgicale ultérieure de la situation au niveau du nerf sural et il n'y a pas d'indication à des mesures neurochirurgicales au niveau lombaire, en tous les cas pas pour ce qui est de la situation actuelle » (p. 343). Si les facteurs somatiques, notamment au niveau du nerf sural et au niveau lombaire, compromettait définitivement la capacité de travail dans l'activité de palefrenier exercée avant la survenance de l'atteinte, la capacité pourrait être entière dans une activité adaptée : « par contre, dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le

port régulier de charges de plus de 10 kg, ne nécessitant pas des déplacements importants à pied, exercée essentiellement en position assise, mais avec possibilité de changer de temps à autre de position, la capacité de travail sur un plan strictement neurologique est à estimer comme complète » (p. 343). Pour autant, le pronostic n'était pas bon, cela en raison d' « éléments psychologiques et sociaux » (p. 343). Comme des douleurs ne sachant s'expliquer : « il existe très vraisemblablement une épine organique tant à la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit qu'aux

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 douleurs lombaires; néanmoins, sur cette épine organique s'est développé un tableau d'algies plus extensives, ne trouvant pas d'explication claire dans les seuls éléments somatiques ». (p. 343). Ainsi qu'une conviction développée par le recourant d'être invalide pour des raisons essentiellement physiques : « toute discussion quant la cohérence et la plausibilité de ces troubles s'est révélée impossible, Monsieur étant clairement convaincu du caractère purement/strictement somatique de l'ensemble de ses plaintes et de sa perte de fonctionnalité » (p. 343).

E. 5.2.3

Au plan de la médecine interne, l'expert L. _____ relate pour sa part l'échec des mesures et traitements entrepris auprès d'un spécialiste de la douleur : « la suggestion d'adresser l'assuré à un spécialiste de la douleur semble ne pas avoir été suivie d'effet. Une neurostimulation n'a pas été mise en place comme suggérée » (dossier AI, p. 365). A cause de ses douleurs, considérées comme non feintes - notamment la difficulté de rester sur le dos - le recourant aurait dû arrêter une activité d'appoint de bûcheronnage, à côté de son activité de palefrenier (p. 365). Pour autant, il n'existerait aucune limitation de la capacité de travail, aucun diagnostic incapacitant n'étant retenu, les seuls diagnostics posés au vu de la médecine interne étant un « status après deux interventions de chirurgie vasculaire avec douleurs lombaires et du membre inférieur droit chroniques survenues après l'intervention » et d'« hypertension artérielle probablement essentielle » (p. 364).

E. 5.2.4

Dans leurs conclusions communes, les trois experts retiennent dès lors une pleine capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée telle que définie par l'expert neurologue : « comme mentionné plus haut, il convient d'éviter à Monsieur une activité nécessitant des déplacements à pied même peu importants, le port régulier de charges de plus de 10 kg. Il s'agira essentiellement d'une activité sédentaire en position assise mais avec possibilité de changer relativement fréquemment de positions. Il n'y a aucune limitation à retenir sur le plan psychique » (dossier AI, p. 375). Ils signalent en outre une « discordance entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modéré des anomalies objectives d'autre part » (p. 376).

E. 5.3

Mesure de réentraînement au travail Le recourant a immédiatement contesté les conclusions des experts, soutenant face à l'OAI qu'il ne pouvait plus travailler, même à temps partiel, à cause de ses douleurs (rapport sur la réadaptation du 23 août 2018, dossier AI, p. 407), se plaignant de ne pas avoir été compris (rapport sur la réadaptation du 11 septembre 2018, dossier AI, p. 423). Une mesure de trois mois a été mise sur pied à la fin du mois de septembre 2018 pour permettre au recourant, déconditionné, de progressivement se réhabituer au travail. Elle a été interrompue après seulement deux jours, les douleurs après deux heures d'activité assise à procéder à du démontage n'étant selon lui « pas tenables »

(rapport final Mode d'emploi, dossier AI, p. 433). La physiothérapeute du recourant a par la suite indiqué que les douleurs de son patient n'étant selon elle pas feintes et s'étonnait que les experts aient pu retenir une pleine capacité de travail :

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 « je suis surprise de la conclusion indiquant que Monsieur peut travailler à 100%. Voyant ses limitations fonctionnelles, aucune activité qu'il pourrait accomplir ne me vient à l'esprit » (rapport du 4 octobre 2018, dossier AI, p. 438). La marche serait limitée à 300m, la position statique debout serait limitée par les douleurs, la position assise était également limitée par les douleurs et nécessitait de changer les appuis à tous moments malgré une chaise adaptée et des coussins, il serait incapable de ramasser des objets au sol, éprouverait une difficulté à attacher ses chaussures, et même les changements de positions seraient également laborieux (p. 436). Les limitations seraient également très importantes dans le cadre des activités sociales : « les douleurs étant exacerbées par toutes activités dépassant les limites très restreintes indiquées ci-dessus font que Monsieur se coupe de nombreuses sorties et activités sociales qui auparavant étant faites avec plaisir » (p. 438).

E. 5.4

Contre-expertise de B._____ et querelle d'experts Le recourant se prévaut d'une contre-expertise qu'il a confiée à B._____, sous la responsabilité du Prof. M._____, spécialiste en anesthésiologie, dont le rapport est daté du

E. 5.4.1

Le Prof. M._____ a rappelé le contexte de la survenance des plaintes du recourant, à la suite de l'opération des varices au mois de septembre 2015, après laquelle « des douleurs disproportionnées par rapport à l'intervention chirurgicale » ont eu lieu « déjà le lendemain matin de l'intervention » (dossier AI, p. 497). Il remet en cause la réaction du chirurgien qui, non seulement, n'avait pas obtenu le consentement signé du recourant pour l'opération, mais qui, confronté à la complication le lendemain, n'aurait pas compris que la seule explication aux douleurs disproportionnées devaient avoir été occasionnées, par exemple, par une ligature sur le nerf longeant la veine ligaturée. Lors de la seconde opération correctrice, qui n'avait eu lieu que deux semaines plus tard, il n'était pas non plus assisté par un micro-chirurgien possédant une expérience sur le système nerveux périphérique (p. 498). Si l'expert neurologue K._____ ne préconisait pour sa part plus aucun geste chirurgical, le Prof. M._____ n'est pas du même avis, estimant qu'un résultat satisfaisant pouvait être obtenu dans une grande majorité des cas : « une révision micro-chirurgicale effectuée par un micro-chirurgien compétent devrait toujours être réalisée avant la mise en place d'une thérapie palliative comme la stimulation médullaire. Elle permet d'obtenir un résultat satisfaisant dans 70 à 80% des cas » (p. 499). Il déclare soutenir le recourant lorsque celui-ci conteste être capable de travailler à 100% dans une activité sédentaire, précisant à cet égard : « il est vrai, théoriquement, qu'un patient souffrant de douleurs neuropathiques, a probablement autant mal à la maison sans rien faire que dans un travail sédentaire où il n'est pas obligé de stimuler le nerf endommagé, par exemple en marchant, ou de perdre sa vigilance à cause des médicaments utilisés pour traiter ses douleurs » (p. 499). Cela étant, le spécialiste expose que plusieurs facteurs déterminants sont réunis dans le cas du recourant qui démontrent que sa capacité de travail est nulle : tout d'abord, « la thérapie antidouleur est sous-optimale ». Une révision microchirurgicale devrait donc être tentée. Ensuite, il

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 existe « un impact psychologique négatif d'une longue souffrance et des procédures administratives conflictuelles chez lui, victime d'une complication chirurgicale à laquelle il ne s'attendait pas ». Enfin, il faut encore tenir compte de « l'impact brutal de l'expertise pluridisciplinaire qui écarte toute thérapie potentiellement efficace » (p. 499). Pris ensemble, ces critères feraient qu'une réintégration au travail serait inenvisageable, même à temps partiel (p. 499-500). Le Prof. M. _____ propose dès lors à l'OAI de faire réaliser une intervention correctrice, puis, quatre mois après cette intervention, si la situation ne s'améliore pas, de mettre en place une simulation médullaire après quoi, comme 75% des gens dans son cas, le recourant devrait être capable de retourner travailler (p. 500). Il préconisait, d'ici-là, la prise en charge du cas du recourant.

E. 5.4.2

Mis en cause par le Prof. M. _____, qui trouvait « inquiétant que l'AI se serve d'un expert ne possédant pas les connaissances requises pour la prise en charge de ce type de pathologie » (dossier AI, p. 500) le Dr K. _____ a été invité à se déterminer et les échanges ont alors débouché sur une querelle d'experts, concernant également la question de savoir si l'on avait affaire à un CRPS, compte tenu de la baisse significative de température observée à la jambe droite par le Prof. M. _____. Le Dr K. _____ finissant par déclarer que cette question n'était pas déterminante, les douleurs lombaires ne sachant notamment s'expliquer par une lésion du nerf sural, et que seule comptait l'estimation de la capacité de travail (rapport complémentaire du 10 avril 2019, dossier AI, p. 505 + dernier rapport du 23 octobre 2019, échange des écritures). Cela étant, il semblait laisser le choix, si on le souhaitait, de faire procéder à une nouvelle intervention chirurgicale qu'il ne croyait toutefois pas susceptible d'améliorer significativement la situation, tout comme du reste il ne croyait pas non à une amélioration après simulation médullaire, au vu des plaintes globales du patient (dossier AI, p. 505-506). Il réitérait ses conclusions, précisant que la capacité de travail serait entière dans une activité adaptée « pour autant que le recourant accepte de faire l'effort exigible de sa part, en sortant d'une attitude d'invalidation qu'il a progressivement (on peut le comprendre) adoptée au fil du temps » (dossier AI, p. 506). 6. Discussion Sur la base du parcours médical du recourant, résumé ci-dessus, l'on s'aperçoit que celui-ci était atteint au départ au niveau de la seule jambe droite, ayant immédiatement ressenti de fortes douleurs après une intervention subie au mois de septembre pour des varices. Après quoi, les douleurs se sont progressivement généralisées, au point de devenir chroniques. Des troubles psychiques sont également apparus plus tard, dans le cadre toutefois d'une consommation d'alcool et de problèmes familiaux.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 6.1. La contre-expertise privée du Prof. M. _____ dont se prévaut le recourant se prononce essentiellement sur les troubles originellement signalés, ouvrant le débat sur la question de savoir s'il l'on était en présence d'un syndrome douloureux régional complexe (CPRS) ou d'une simple lésion du nerf sural. La question peut être laissée ouverte L'on rappellera certes à cet égard que le CPRS est un état pathologique caractérisé par un syndrome associant des douleurs et d'autres symptômes touchant typiquement une extrémité après un traumatisme ou une intervention chirurgicale même minime. Ce syndrome pourrait être dû à des causes neurologiques, notamment une dysfonction des fibres de petit calibre des nerfs périphériques - qui protègent des stimulations douloureuses et thermiques et/ou de grand calibre qui détectent les stimulations

tactiles (cf. wikipédia). Dans le cas du recourant, cette atteinte ne saurait à l'évidence expliquer à elle seule la généralisation des plaintes et leur importance, confinant, aux dires de la physiothérapeute, le recourant dans une impossibilité concrète et quasi-totale d'effectuer le moindre mouvement, même avec les parties de son corps qui ne sauraient manifestement avoir été touchées lors de l'opération du mois de septembre 2015 à laquelle il paraît imputer l'existence de tous ces troubles, et même de sa consommation d'alcool devenue problématique à la fin de l'année 2016. C'est devant un tel tableau généralisé que l'expert neurologue critiqué par lui a estimé que toute opération et traitement supplémentaire au niveau de la seule jambe droite, susceptible d'après le contre-expert, et on a de la peine à comprendre comment, de faire retrouver une capacité de travail au recourant, ceci malgré ses limitations désormais quasi-totales, y compris dans le domaine de la vie sociale (cf. rapport de la physiothérapeute, 5.3.). 6.2. Ce phénomène excède donc la problématique strictement neurologique, le premier neurologue consulté, le Dr D. _____, ne parvenant pas à expliquer les plaintes sur ce point, le second spécialiste, le Dr E. _____, neurochirurgien, pas davantage, déconseillant également de procéder à tout acte chirurgical. Ces recommandations raisonnables se comprennent tout à fait, si l'on tient compte du fait que le recourant avait déjà subi une première intervention correctrice en 2015, à la suite de laquelle ses problèmes ne se sont pourtant pas améliorés, loin s'en faut. L'on serait même en droit de penser, comme le suggère enfin l'expert neurologue critiqué (5.4.2), que c'est la complication subie et l'échec d'une première révision chirurgicale qui a probablement progressivement amené le recourant à se figer dans une posture d'invalidité complet. D'autres spécialistes, le Dr F. _____ et le Dr G. _____, ont pour leur clairement laissé entendre que le problème avait débordé au niveau de la sphère psychique, sans que ni la psychiatre traitante, ni l'expert psychiatre n'aient finalement retenu l'existence d'une quelconque atteinte invalidante à ce niveau, le diagnostic de trouble somatoforme invalidant, plus particulièrement écarté par les experts, ne pouvant manifestement être retenu. Sur le plan lombaire, les investigations n'ont pas non plus permis d'établir l'existence d'une atteinte dont la gravité de nature à engendrer, là encore, une invalidité (5.1.2. in fine et les observations du Dr E. _____).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 6.3. C'est le lieu de constater enfin que ce mécanisme de généralisation progressif des douleurs et la discordance des plaintes (5.2.4.) semblent avoir été induites par des facteurs extra-médicaux non susceptibles en soi d'engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Ils ont été relevés non seulement par l'expert critiqué (5.2.2. in fine), mais également par les psychiatres lors de son hospitalisation (consommation d'alcool et problèmes familiaux). Il est intéressant de relever que de tels facteurs ont été signalés par le contre-expert. A le lire, l'on ne peut en effet s'empêcher de penser que si la capacité de travail du recourant est actuellement nulle de son point de vue - et ce dernier n'a pas manqué de le signaler dans le cadre de la mesure de réentraînement interrompue après deux jours -, ce serait notamment en raison de l'impact psychologique, non seulement d'une longue souffrance, mais également du litige avec l'assurance-invalidité, ou encore de l'impact qu'auraient eu sur lui les conclusions de l'expertise (5.4.1). En d'autres termes, la non-reconnaissance de la portée invalidante de ses atteintes ne ferait que péjorer le tableau. Sans pour autant nier la réalité de ses souffrances, la Cour de céans ne peut faire autrement que constater à cet égard que, d'un point de vue objectif, si l'on se réfère aux conclusions claires et détaillées des trois experts, l'existence d'une atteinte invalidante au sens de la loi n'est pas établie selon le principe de la vraisemblance prépondérante ici applicable. Le contre-expert suggère d'ailleurs, faut-il

encore le préciser, qu'avec les mesures thérapeutiques qu'il propose, mais que trois experts et le Dr E. _____ ont toutefois déconseillées, la capacité de travail pourrait être notablement recouvrée, ce qui se rapproche finalement de l'appréciation des experts. Le risque d'une telle nouvelle intervention à la jambe droite, qui ne saurait à l'évidence soulager ses autres douleurs, ne doit pas, dans un tel contexte, être supporté par l'assurance-invalidité. Dans ses écritures, le recourant ne se déclare pas non plus prêt à subir une telle intervention. 7. Quoi qu'il en soit, au vu de tout ce qui précède, la limitation de la capacité de travail n'est plus médicalement objectivée après l'expertise pluridisciplinaire, à tout le moins dans une activité adaptée telle que décrite par celle-ci. Il s'ensuit, le rejet du recours, la perte de toute capacité de travail, respectivement de gain, ne sachant encore se justifier pour des raisons médicales au-delà du 31 octobre 2018, soit à partir du moment où le recourant pouvait être rappelé à son obligation de diminuer le dommage. La procédure n'étant pas gratuite, des frais de justice sont mis à la charge de ce dernier qui succombe, par CHF 800.-, montant compensé avec l'avance de frais versée le 18 septembre 2019.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance du 18 septembre 2019. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 1er mai 2020 /mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

E. 8

mars 2019 (dossier AI, p. 491 et ss).

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