

# FR\_GERICHTE 605 2021 6 vom 1. September 2021

FR Kantonsgericht, 2021-09-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2021\\_6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_6)

FR: FR\_GERICHTE 605 2021 6 du 1 septembre 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2021 6 del 1 settembre 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 30

avril 2010, se plaignant de troubles au membre inférieur droit (algoneurodystrophie au niveau de la cheville et du pied, status après entorse et contusions au genou, gonalgies) ainsi que de douleurs au genou gauche. Par décision du 21 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente, l'incapacité de travail ayant durée moins d'une année. C. Le 14 avril 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations devant l'OAI, ne précisant pas d'atteinte à sa santé. Suivant en cela l'avis du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lequel a conclu que l'état général était "trop mauvais pour pouvoir exercer une quelconque activité professionnelle". Le médecin du SMR estimant ce rapport non probant, l'OAI a diligenté une nouvelle expertise auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans leurs rapports des 18 et 31 juillet 2017, les médecins concluent à l'existence d'une capacité de travail entière depuis le 31 décembre 2015 dans l'exercice d'une activité adaptée. Par décision du 7 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente et mesures d'ordre professionnel, le degré d'invalidité de 0% ne donnant pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Cette décision a été confirmée sur recours par le Tribunal cantonal par arrêt du 27 novembre 2018 (605 2018 153). D. Le 6 février 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations devant l'OAI, indiquant souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde. Il a également indiqué être suivi sur le plan psychiatrique.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Dans un premier projet de décision du 30 décembre 2019, l'OAI a informé son assuré qu'il prévoyait rejeter sa demande de rente, en l'absence de péjoration de l'état de santé. Suite à ses objections et avis pris auprès du SMR, l'OAI a mandaté H.\_\_\_\_\_ SA pour une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie). Dans leur rapport du 18 septembre 2020, les experts estiment que l'assuré demeure en mesure de travailler à 100%, sans perte de rendement dans une activité adaptée. Par décision du 26 novembre 2020, reprenant un second projet du 21 octobre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, estimant que l'état de santé de l'assuré était superposable à celui prévalant lors de sa précédente décision. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Ricardo Fraga Ramos, avocat, interjette recours (605 2021 6) devant le Tribunal cantonal le 11 janvier 2021 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, il soutient d'abord ne plus être en mesure de travailler, y compris dans une

activité adaptée, contestant les conclusions des experts de H. \_\_\_\_\_ SA et s'appuyant sur les rapports de ses propres médecins. Il estime en particulier que, contrairement à ce que retiennent les experts, sa polyarthrite, médico-résistante, ne se stabilise pas. Il se plaint aussi de ce que les experts aient ignoré le diagnostic de psoriasis cutané. Enfin, il demande à ce que son revenu d'invalidé soit réduit de 25% compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Parallèlement à son recours, l'assuré demande (605 2021 7) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Ricardo Fraga Ramos lui soit désigné défenseur d'office. Dans ses observations du 16 avril 2021, l'OAI propose le rejet du recours et indique ne pas avoir de conclusions particulières à formuler à l'égard de la demande d'assistance judiciaire. Dans des contre-observations du 16 avril 2021, le recourant maintient ses conclusions. Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de Noël – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. 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. Partant, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 2. Dispositions relatives à l'invalidité 2.1. 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. Ce n'est 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). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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). Selon l'ATF 141 V 281, 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 en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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. Dispositions relatives à la révision 3.1. L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 3.2. 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. 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 citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). En revanche, le fait que des médecins attestent une incapacité de travail plus élevée ou qu'ils aient posé un diagnostic différent ne suffit pas pour admettre une évolution de l'état de santé (arrêt TF 9C\_27/2019 du 27 juin 2019 consid. 2 et 4.2). 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 citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision 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. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 3.3. Selon la

jurisprudence, dans le cas des rentes avec un pourcentage précis (assurance- accidents, assurance militaire), une modification est supposée importante si le degré d'invalidité change de 5 %. Dans l'assurance invalidité, où la rente est calculée en fonction de certains seuils, tout changement significatif des circonstances effectives pouvant affecter le droit à la rente était considéré comme un motif de révision de la rente. Ainsi, une modification du degré d'invalidité de 2 %, par exemple, pourrait également donner lieu à un recours si elle entraînait un dépassement du

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 seuil de la pension supérieure ou inférieure. Cela est aussi valable en cas de substitution de motif opérée par le tribunal cantonal (ATF 140 V 85 consid. 4.3; 133 V 545 consid. 6.2). 4. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves 4.1. 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). 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). 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 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, 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 (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 5. Discussion relative à l'évolution de la capacité de travail depuis le dernier refus de rente 5.1. Dans sa décision du 26 novembre 2020, l'OAI se réfère aux conclusions des experts de H. \_\_\_\_\_ SA, à savoir le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin praticien, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Les conclusions des experts se fondent d'abord sur l'examen des pièces figurant dans le dossier e du recourant, en particulier les pièces médicales dont le contenu est résumé en annexe. Par ces pièces, les experts ont pu avoir une pleine connaissance de la situation et de l'historique médical, mais également social, économique et familial. Les experts ont également pu s'entretenir avec le recourant, en présence d'un interprète indépendant, les 7 et 10 juillet 2020. Lors de ces entretiens, l'assuré a été en mesure de décrire ses atteintes tant somatiques que psychiques. Il a ainsi notamment pu relever souffrir de crampes violentes et intenses – pouvant toucher tout son corps – qui le conduisent à lâcher les objets et le limitent dans son quotidien, lui donnant un grand sentiment d'impuissance. Il a également pu parler des céphalées, déclenchées par ses pensées ruminantes, à raison d'une à deux fois par semaine. Dans ses mémoires, le recourant semble affirmer que les experts n'ont pas pris en compte ses plaintes, exemplifiant par le fait que ceux-ci l'auraient considéré à tort comme pleinement actif dans la gestion de son ménage. Cependant, ceux-ci ont pris en compte l'aide importante donnée par sa famille, relevant par exemple ce qui suit: "[ses proches] l'appuient, surtout sa femme, ses filles qui sont disponibles quand [il] a besoin de quelque chose". Ils relèvent par ailleurs que les tâches ménagères sont réalisées par sa femme et ses filles mais non par l'assuré. Ainsi, les experts ont dûment pris en compte les informations données par le recourant, lesquelles leur ont permis de constituer l'anamnèse. Pour leur part, les 7 et 10 juillet 2020, les experts ont procédé à des examens complets, lesquels ont été complétés par des examens de laboratoire. Ils évoquent notamment l'existence de symptômes dermatologiques sous la forme de "prurit des deux jambes" ainsi qu'"à la tête et aux bras", quand bien même ils ne retiennent pas de diagnostic précis sur ce plan, ce qui invalide la thèse du recourant, selon lequel les précités auraient totalement fait l'impasse sur le volet dermatologique de ses troubles. A l'instar de leurs prédécesseurs le Dr F. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_ en juillet 2017, les experts de H. \_\_\_\_\_ SA constatent que le recourant à un comportement de dramatisation face à la maladie, relevant qu'"il existe des éléments d'autolimitation en lien avec une discordance entre les affirmations et les plaintes de la personne assurée d'une part

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 et d'autre part avec la description qu'elle fait de ses activités quotidiennes et d'un autre côté les résultats de l'examen clinique qui ne retrouvent

pas de pathologie psychiatrique caractérisée". Sur cette base, les experts retiennent les diagnostics invalidants de "possible polyarthrite rhumatoïde séronégative, actuellement éteinte", d'"arthrose lombaire avec syndrome de dysbalance musculaire, avec un abdomen pléthorique", de "polyneuropathie périphérique chronique des extrémités des 4 membres", d'"insuffisance veineuse chronique", de "myalgies crampiformes, d'origine indéterminée" et de "céphalées de tension". En raison de ces diagnostics, ils admettent que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité. En revanche, ils estiment qu'il demeure apte à travailler à 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée depuis juin 2014, sous réserve des périodes d'hospitalisation et de convalescence. Tout au plus indiquent-ils une baisse de rendement de 100% lors de crises de céphalées, pendant 4 heures. Une telle activité doit permettre d'alterner les positions, limiter les positions assises ou debout stationnaires, limiter le port de charges à moins de 5 kg (ou 4 kg de manière prolongée), éviter les activités dans les positions agenouillées ou accroupies, éviter le travail en hauteur, sur des échelles ou échafaudages, en terrain irrégulier en appui unipodal, ainsi qu'éviter de monter ou descendre des échafaudages. Enfin, les experts proposent d'éviter les activités qui surchargent le rachis lombaire, le travail au niveau des mains et de la dextérité fine et l'exposition à la chaleur. Au vu de ce qui précède, l'expertise pluridisciplinaire de H. \_\_\_\_\_ SA, bien argumentée, est convaincante et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il s'agit par ailleurs de la conclusion à laquelle parvient le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, dans son rapport du 28 septembre 2020 (dossier OAI, p. 1260). 5.2. Pour sa part, le recourant se prévaut d'abord – et pour l'essentiel – des conclusions de la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecin adjoint au sein de la clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de M. \_\_\_\_\_. Dans ses différents rapports, la rhumatologue atteste d'une incapacité de travail totale dans toute les activités. Elle estime que son patient est "extrêmement handicapé par des lombalgies chroniques dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs, documentés sur une nouvelle IRM du rachis datant de 2019, avec également des signes de spondylarthrite axiale avec des érosions des berges sacro-iliaques à gauche, comme décrits également par le radiologue dans son rapport. De plus, ce patient souffre d'une polyarthrite périphérique symétrique chronique, cette fois-ci démontrée sur une IRM de la main droite en 2019, examen qui n'a pas pu être effectué sur la main gauche en raison d'un corps étranger métallique" (rapport du 24 janvier 2020, dossier OAI, p. 1051; cf. ég. p. 586, 706, 719, 733, 755, 837, 890, 909, 939, 960 et 976). L'on rappelle d'emblée que les conclusions de cette rhumatologue n'avaient déjà pas convaincu la Cour de céans dans son arrêt du 27 novembre 2018. La Cour constatait alors que ses diagnostics et raisonnements étaient contestés d'une manière convaincante et argumentée par les experts alors mandatés. Elle lui reprochait également d'être manifestement influencée par des facteurs extra-médicaux, lesquels ne devaient pas être mis à la charge de l'assurance-invalidité. Ces reproches peuvent être repris aujourd'hui, étant rappelé que l'importante incidence des facteurs extra- médicaux, d'abord retenue par les Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, est aujourd'hui confirmée par les médecins de H. \_\_\_\_\_ SA.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 Cela étant, il apparaît que la rhumatologue traitante ne parvient pas à mettre en cause les conclusions des experts, semblant s'écarter des constats objectifs pour se rattacher à ses seules convictions. Par exemple, dans son rapport du 21 janvier 2019, elle affirme que le diagnostic "polyarthrite rhumatoïde [est] maintenant établi et confirmé récemment par une IRM des mains en début 2019" (dossier OAI, p. 890). Pourtant, à lire le radiologue en charge de dit IRM, cet examen n'atteste pas de l'existence

d'une telle atteinte. Au contraire, il indique expressément que rechercher un signe de polyarthrite rhumatoïde est impossible en raison d'un fragment métallique dans la main gauche (dossier OAI, p. 1002). Cet écart, par rapport au contenu de l'examen dont elle se prévaut, est surprenant. Il doit néanmoins être contextualisé: la rhumatologue atteste de l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde depuis de nombreuses années, en discordance avec les autres avis médicaux au dossier. En se prévalant du rapport d'IRM, elle a ainsi manifestement cherché la confirmation de son diagnostic. Pour autant, cet élément avancé au titre de preuve, ne convainc pas. Dans ces circonstances, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée de l'expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui.

5.3. Les avis figurant dans les rapports des autres médecins ayant examiné l'assuré ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise de H. \_\_\_\_\_ SA. En effet, la plupart des médecins n'évaluent pas la problématique de la capacité de travail de leur patient. La Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au sein de clinique de chirurgie viscérale de O. \_\_\_\_\_, se contente d'évoquer, pour seule atteinte objet de plaintes, une douleur de flanc sans cause reconnaissable (dossier OAI, p. 1078, 1081, 1087 et 1094). Quant au Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, il confirme que son patient ne claudique plus au niveau du mollet et du pied gauches (dossier OAI, p. 1055 et 1057). Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, relève que son patient souffre de douleurs paroxystiques musculaires à caractère crampiforme d'origine indéterminée (dossier OAI, p. 722 et 989). La Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, estime qu'il n'y a pas d'argument suffisant pour poser le diagnostic d'une maladie inflammatoire chronique (dossier OAI, p. 988). La Dre S. \_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénérologie, remarque que le patient fait état de poussées inflammatoires mais qu'elle ne remarque, pour sa part, aucune atteinte, suggérant de revoir le patient en cas de poussées inflammatoires pour asseoir le diagnostic (dossier OAI, p. 985). Au final, seul le Dr T. \_\_\_\_\_, généraliste au sein d'un cabinet actif dans le domaine de la psychiatrie, semble évaluer cette problématique. Il indique ainsi que son patient souffrait en 2019 d'un épisode dépressif moyen, s'étant aggravé vers un épisode sévère courant 2020. Attestant d'abord d'une incapacité de travail secondaire aux maladies somatiques, il estime désormais que l'évolution sur le plan psychiatrique justifie une "incapacité de travailler à 100% à vie du point de vue psychiatrique" (rapports du 19 novembre 2019 et du 28 janvier 2020, dossier OAI, p. 950 et 1054). Cependant, les conclusions de ce généraliste semblent n'être que des hypothèses, faisant usage du terme "probablement" lorsqu'il évalue la capacité de travail. Il n'a, par ailleurs, pas réussi à convaincre le Dr U. \_\_\_\_\_, du SMR, qui estime ses rapports insuffisants et peu précis (dossier OAI, p. 958 et 1098). En outre, tant le diagnostic que l'évaluation de la capacité de travail sont écartés, d'une manière convaincante, par l'expert-psychiatre, lequel constate que les troubles décrits

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 ne correspondent pas à la définition même d'un épisode dépressif et que les examens attestent d'une mauvaise compliance aux antidépresseurs prescrits (dossier OAI, p. 1163).

5.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la Cour peut se référer aux conclusions des experts de H. \_\_\_\_\_ SA, plus convaincantes. Force est de retenir dès lors que l'assuré n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité d'ouvrier. En revanche, sa capacité de travail est demeurée entière dans une activité adaptée. Cette dernière doit permettre d'alterner les positions, limiter les positions assises ou

debout stationnaires, limiter le port de charges à moins de 5 kg (ou 4 kg de manière prolongée), éviter les activités dans les positions agenouillées ou accroupies, éviter le travail en hauteur, sur des échelles ou échafaudages, en terrain irrégulier en appui unipodal, éviter les travaux nécessitant de la dextérité ainsi qu'éviter de monter ou descendre des échafaudages. Comparées aux conclusions de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ et du Dr G. \_\_\_\_\_ de 2016, la situation du recourant s'est légèrement péjorée sur le plan des limitations fonctionnelles. En effet, ces deux experts lui reconnaissent alors une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit une activité n'imposant pas de port de charges de plus de 16kg, sans mouvements de rotation du tronc et sans travail penché en avant ou le torse en extension (cf. dossier OAI, p. 685,789, 820 et 842). Reste à examiner si cette aggravation a un impact sur le degré d'invalidité du recourant.

6. Dispositions relatives au degré d'invalidité

6.1. La loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculo-logiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C\_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1). La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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).

6.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citées). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15

6.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 U 130 p. 270 s. consid. 4a; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). Le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt TF 9C\_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences

excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 7. Calcul du degré d'invalidité 7.1. Dans le cadre du précédent arrêt, la Cour avait confirmé que le salaire de valide pouvait se baser sur le revenu annuel de CHF 65'065.- fondé sur les déclarations de l'ancien employeur. Il s'agit du salaire réalisé par l'assuré auprès de son dernier employeur, soit un montant mensuel de CHF 5'005.- multiplié par 13 salaires (dossier OAI, p. 412). Ce montant, valable pour l'année 2014, doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 66'334.-, indices de 102.7717 pour 2014 et 104.7761 pour 2019, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 66'334.-. 7.2. Pour sa part, au titre de revenu d'invalide, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1\_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que le TA1, niveau de compétences 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant sur le marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C\_830/2017 du 16 mars 2018 consid. 5; 8C\_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C\_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétences 1 permet, pour sa part, de

tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ces domaines, absence influençant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 65'224.80, indices de 2239 pour 2016 et 2279 pour 2019, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, hommes et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2019 (CHF 67'996.85, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 67'996.85. 7.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 66'334.-) et d'invalidé (CHF 67'996.85) qu'il n'y a aucune perte de gain. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé de prester. A ce stade, la Cour relève que la prise en compte d'une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial – quelle que soit son amplitude – n'aurait aucune incidence sur le droit à la rente du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 8. Sort du recours Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, en l'absence de modification notable du taux d'invalidité, respectivement du droit à la rente, le recours (605 2021 6), mal fondé, doit être rejeté. Les frais de procédure sont fixés à CHF 800.-. Ils sont mis à la charge du recourant qui succombe. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 9. Dispositions relatives à l'assistance judiciaire 9.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). 9.2. D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). 9.3. Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C\_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). Le point de savoir si la cause présente dans le cas particulier des chances de succès suffisantes se détermine d'après les circonstances prévalant au moment où la requête d'assistance judiciaire est déposée (ATF 140 V 521 consid.9.1 et les arrêts cités), si bien que le temps écoulé entre le dépôt de ladite requête et la décision rendue sur celle-ci n'est pas déterminant (arrêt TF 9C\_46t2021 du

mai 2021 consid. 5.2). 10. Discussion relative à l'assistance judiciaire 10.1. S'agissant de la condition des chances de succès, la Cour constate d'emblée que les arguments présentés par le recourant n'apparaissent pas d'un très grand poids.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Dans son recours, il s'est pour l'essentiel, référé aux conclusions de la rhumatologue traitante, la Dre L.\_\_\_\_\_. Or, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, les conclusions de celle-ci n'avaient, en 2018 déjà, pas convaincu la Cour. Le rejet, deux ans plus tard, de ces mêmes conclusions apparaissait dès lors à tout le moins prévisible de sorte que, s'il avait disposé des ressources nécessaires, il apparaît douteux que le recourant aurait pris le risque, après mûre réflexion, d'engager le procès d'espèce. La condition des chances de succès n'apparaît dès lors, d'emblée, pas remplie. 10.2. Par ailleurs, force est de constater que la Cour n'est pas en mesure de déterminer, sur la base des pièces produites, si le recourant remplit la condition relative à sa situation financière et à celle de sa famille. En effet, il se contente d'affirmer que sa famille ne dispose que des revenus liés à la rente de son épouse (assurance-invalidité et prestations complémentaires). Cette affirmation n'est étayée que par une décision de prestations complémentaires du 21 décembre 2020. La Caisse de compensation y reconnaît le droit de son ménage à un montant de CHF 2'480.-, assurance-maladie comprise (bordereau, pièce 3). Le recourant ne donne que peu de renseignements sur l'état de ses ressources. Il ne produit en outre qu'une seule pièce, insuffisante pour en établir le bien-fondé. En particulier, l'on rappelle que les critères relatifs aux prestations complémentaires diffèrent de ceux relatifs à l'assistance judiciaire. Ces rares renseignements et documents ne permettent manifestement pas à la Cour de céans d'examiner sa situation financière et celle de sa famille. Conformément à son obligation, il lui appartenait de produire une demande d'assistance judiciaire suffisamment étayée et accompagnée des pièces permettant d'en établir le bien-fondé (art. 145 al. 2 CPJA). La condition de la situation financière n'est, dès lors, pas non plus remplie. 10.3. Partant, pour ce double motif, la requête d'assistance judiciaire (605 2021 7) est rejetée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours (605 2021 6) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire (605 2021 7) est rejetée. III. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. 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 1er septembre 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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