

FR_GERICHTE 605 2022 209 vom 15. Juni 2023

FR Kantonsgericht, 2023-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_209

FR: FR_GERICHTE 605 2022 209 du 15 juin 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 209 del 15 giugno 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité 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 étant en outre directement atteint par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du

E. 6

Litige Est en l'espèce essentiellement litigieuse, dans le cadre de l'instruction d'une nouvelle demande du recourant, l'aggravation de son état de santé au cours de la période ayant suivi l'expertise médicale du 15 octobre 2020 et qui n'aurait pas été prise en compte dans la décision de toutes prestations. Qu'en est-il ?

E. 7

Evolution de l'état de santé Il convient en l'espèce de brièvement revenir sur l'évolution de l'état de santé du recourant.

E. 7.1

Historique Né en 1966, ce dernier, monteur en pneus, a été victime d'une agression en 1993, qui lui a notamment occasionné un traumatisme cranio-cérébral et causé une surdité partielle.

E. 7.1.1

Il a dès lors sollicité l'assurance-invalidité en 1996, qui lui a octroyé une rente entière en 2000, fondée sur un degré d'invalidité de 87% (dossier AI, p. 314 + 315). A partir de l'année 2003, la rente a été réduite à une demi-rente, fondée sur un degré d'invalidité de 64%, le recourant ayant retrouvé une activité de représentant, mais éprouvant toutefois encore une perte de rendement importante en raison de troubles mnésiques sévères (dossier AI p. 471 + 472).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 Celle-ci a finalement été supprimée en 2006 (cf. décision du 3 février 2006, dossier AI, p. 600, confirmée par Jugement du TC valaisan du

16 octobre 2006, le recourant étant à cette époque domicilié dans ce dernier canton). Le recourant avait entretemps annoncé une nouvelle atteinte à la santé au tout début de l'année 2005, indiquant désormais également souffrir de troubles cardiaques (« syndrome coronarien aigu avec probable infarctus myocardique », dossier AI, p. 498), mais son état s'était toutefois rapidement amélioré après une intervention subie au mois de janvier 2005, une activité légère et adaptée pouvant à nouveau être exercée à plein-temps. Concernant les suites de l'agression, il ne subsistait plus qu'un trouble somatoforme douloureux (cf. décision du 3 février 2006 précitée). Cette décision se fondait notamment sur les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire confiée à la Clinique Corela (dossier AI, p. 528).

E. 7.1.2

Le recourant a annoncé une aggravation de son état de santé en 2013 (dossier AI, p. 683), indiquant souffrir d'une « symptomatologie douloureuse avec hyperesthésie cicatricielle pied D » (rapport médical, dossier AI, p. 724), ayant eu à subir une « fasciotomie » du pied droit (= la fasciotomie, également appelée aponévrotomie, est une intervention chirurgicale consistant à la section de l'aponévrose. L'aponévrose est une membrane fibreuse qui entoure les masses musculaires et les sépare les unes des autres). Sa demande a été rejetée le 26 octobre 2015 (dossier AI, p. 795), pour la raison qu'il n'avait pas donné suite aux demandes de renseignement de l'OAI, étant sur ce point renvoyé à son obligation de collaborer.

E. 7.1.3

Il a déposé une nouvelle demande le 4 mai 2018 (dossier AI, p. 818), se prévalant d'une aggravation, en 2017, de ses problèmes cardiaques. Sur laquelle il ne sera toutefois pas entré en matière (dossier AI, p. 928).

E. 7.1.4

Le recourant a finalement déposé une troisième nouvelle demande le 18 mars 2019 (dossier AI, p. 948 + rapport médical, dossier AI, p. 977), précisant que, consécutivement à l'aggravation de ses problèmes cardiaques, il a encore subi une angioplastie au niveau de la jambe droite en 2018, celle-ci atteinte d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (= AOMI, une maladie fréquente des artères [vaisseaux qui amènent le sang oxygéné depuis le cœur aux tissus]. Elle est caractérisée par le rétrécissement d'une ou plusieurs artères des jambes). C'est à cette occasion que l'OAI a décidé d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

E. 7.2

Expertise pluridisciplinaire du 15 octobre 2020 (dossier AI, p. 1065) Cette expérience a été confiée à C. _____, à savoir au Dr D. _____ (médecine interne), au Dr E. _____ (cardiologie), au Dr F. _____ (psychiatrie) ainsi qu'à G. _____ (psychologie et neuropsychologie).

E. 7.2.1

Après l'avoir examiné, les experts ont établi une évaluation consensuelle, relevant que le recourant était « une personne multimorbide, avec des atteintes importantes à la santé aux niveaux cardiaque, circulatoire, pulmonaire et psychiatrique » (expertise p. 99, dossier AI, p. 1163).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Ils ont estimé que ces atteintes, liées à une consommation de l'alcool compliquant la collaboration avec les médecins, étaient susceptibles de limiter la capacité de travail : « les facteurs limitant la capacité de travail se trouvent prioritairement aux niveaux du cœur et des artères des membres inférieurs. Des troubles d'ordre psychiatrique/psychologique semblent très importants, les rendant très difficile à évaluer correctement dans le contexte d'une collaboration déficiente de la personne assurée, liés probablement à une consommation d'alcool encore excessive ». Les diagnostics retenus étaient les suivants : « cardiopathie ischémique chronique », « artériosclérose des membres inférieurs » et « emphysème pulmonaire ». Leur impact sur la capacité de travail était décrit ainsi : « Parmi ces diagnostics retenus, il faut retenir une potentialisation, notamment de la cardiomyopathie et de l'emphysème pulmonaire qui aggravent nettement la dyspnée à l'effort. Ensemble, avec l'atteinte des membres inférieurs, il faut partir d'une addition des différents diagnostics expliquant une réduction de la capacité de travail qui va se limiter à une activité essentiellement sédentaire. Les résultats psychiatriques n'entrent ici pas en considération » (expertise p. 100, dossier AI, p. 1164)

E. 7.2.2

Dans l'activité habituelle de monteur de pneus, la capacité de travail ne se montait plus qu'à 30% : « Dans l'activité habituelle, les atteintes cardiologiques, pulmonaires et artérielles amènent à un taux de 30%. Pour l'activité physique, avec un rendement diminué à 70% par rapport à un 100% » (expertise p. 101, dossier AI, p. 1165). En revanche, une activité adaptée sédentaire pouvait encore être exercée à plein temps : « Une activité sédentaire peut être évaluée à 100% avec un rendement qui n'est pas diminué, puisque les expertises psychologiques, psychiatriques et neuropsychologiques n'ont pas pu objectiver de troubles de la mémoire ou de la concentration diminuant nettement la capacité de travail » (expertise p. précitée). Les experts estimaient en effet que les atteintes physiques n'étaient pas aussi importantes que le pensait le recourant, le tableau étant notamment influencé par la recherche d'une rente et la consommation de l'alcool : « Les indications de l'assuré concernant ses difficultés respiratoires à l'effort, ainsi que les indications de douleurs au niveau des jambes à la marche sont globalement cohérentes. Cependant, l'absence de sténocardie, ainsi que le bon fonctionnement du ventricule gauche du cœur ne sont pas complètement en accord avec les difficultés respiratoires. Ici probablement, un emphysème pulmonaire s'ajoute pour expliquer les difficultés rapportées. Une recherche d'un éventuel bénéfice secondaire ne peut pas complètement être exclue. La grande fatigabilité et les troubles de la concentration n'ont pas pu véritablement être observés lors des différentes expertises, où l'assuré est resté assez bien concentré jusqu'à la fin des examens. Pendant l'examen psychiatrique et neuropsychologique, ainsi que lors des tests neuropsychologiques dans le dossier de la personne assurée, on trouve à plusieurs reprises des notes d'une probable exagération des symptômes concernant des capacités mentales. Ceci reste assez difficile à évaluer à cause de la consommation excessive d'alcool » (expertise p. 100-101, dossier AI, p. 1164-1165). Au plan psychiatrique, aucune limitation n'était en revanche constatée : « l'impression de la personnalité laissée sur l'expert psychiatre correspondait à une personnalité rigide, revendicatrice et éthylo-dépendante dans le contexte d'un abus d'alcool probablement nettement plus important qu'avoué. Les résultats des tests neuropsychologiques sont à interpréter avec beaucoup de précaution. En tout cas, sur le plan psychiatrique, on n'a pas pu constater d'atteinte limitant clairement la capacité de travail » (expertise p. 100, dossier AI, p. 1164).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Il faut dire que la collaboration du recourant avec l'expert psychiatre n'avait pas été bonne : « Dans toutes les disciplines, la personne assurée montré durant les expertises une bonne coopération. Seule l'évaluation psychiatrique n'a pas trouvé beaucoup de compréhension de la part de la personne assurée qui ne voyait pas trop la raison de ces questionnements. Il se considérait comme psychologiquement sain et expliquait ses troubles de mémoire et de concentration lui-même plutôt par des atteintes somatiques ».

E. 7.2.3

Outre la consommation de l'alcool, les experts ont finalement constaté la présence de facteurs extra-médicaux et notamment une faible motivation, malgré la mobilisation de son entourage: « il faut ici mentionner un dynamisme et une motivation assez faibles en faveur d'une reprise de travail, probablement suite à plusieurs tentatives de reprise d'activité qui ont chaque fois échoué. Le contexte social n'explique pas vraiment cet état de démotivation, car l'assuré reçoit beaucoup de soutien de son amie et de son assistante sociale. Cependant, le soutien par son entourage s'avère malgré tout limité, s'agissant d'un personnage plutôt solitaire » (expertise, p. 100, dossier AI, p. 1164).

E. 7.3

Evolution après l'expertise L'état de santé du recourant aurait connu une péjoration après l'expertise.

E. 7.3.1

A la fin de l'année 2020, son médecin traitant, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne, a réagi au projet de refus de rente émis par l'OAI, estimant en substance que « cette situation est complexe et je ne pense pas que cette situation peut être appréciée raisonnablement par un consortium d'experts, dont les évaluations sont forcément limitées dans le temps, ce que je comprends amplement », se référant à une journée-type selon son patient, le décrivant comme très limité et incapable de se déplacer plus loin qu'en bas de chez lui pour faire ses courses (rapport du 21 décembre 2020, dossier AI, p. 1183). A la mi-février 2021, il précisera que, selon lui, seule une activité dans un environnement protégé demeurerait envisageable : « L'anamnèse du patient, récoltée de nombreuses reprises et itérativement, révèle une persistance d'une symptomatologie cardinale savoir une dyspnée au moindre effort et une fatigabilité augmentée. Pour ma part, en tant que médecin généraliste, je n'ai malheureusement pas d'arguments véritables dresser de la situation somatique du patient et reste très inquiet du pronostic chez ce patient. Il semble indispensable d'obtenir les avis du cardiologue (Dr I._____) et de l'angiologue (Dr J._____) traitants du patient afin d'optimiser l'argumentation. Dans le meilleur des cas et pour autant que cette capacité de travail soit exigible pragmatiquement dans une activité minimale comme le prétend la décision de l'expertise pluridisciplinaire, un environnement protégé semble être le seul lieu adapté aux limitations somatiques du patient » (dossier AI, p. 1201). Deux semaines plus tard, le Dr J._____, spécialiste en angiologie, renvoyait à un ancien rapport, estimant que son patient ne pouvait travailler plus de 2 à 4 h par jour, mais reconnaissant toutefois que « qui fait obstacle une reprise de son activité professionnelle ce sont les troubles neuropsychologiques. Personnellement, je ne suis pas en mesure d'évaluer cette situation » (rapport du 1er mars 2021, dossier AI, p. 1200). Les experts de C._____ ont dès lors été réentendus au mois de mai 2021 (dossier AI, p. 1220 et ss).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Tous ont confirmé leurs conclusions, ne voyant à cette époque aucune nouvelle donnée médicale susceptible de les faire changer d'avis. Pour leur part, les experts psychiatre et neuropsychologue précisait encore que la consommation d'alcool n'avait pas laissé de conséquences majeures : « Il faut noter que la consommation a diminué d'après l'assuré depuis deux années précédant l'expertise. Le risque d'augmentation d'une consommation reste présent, mais au moment de l'expertise et depuis plusieurs mois, Monsieur ne souffrait pas de conséquence majeure. L'expertise psychiatrique est doublée d'une évaluation neuropsychologique dans ce cas précis, afin de préciser les troubles cognitifs, ce qui été fait » ; « la question de l'impact de l'alcool sur le plan neuropsychologique été discutée. Cependant, les troubles répertoriés sont plus anciens et ne posaient pas de limitation sur la capacité de travail dans le passé. Cette question est précisément expliquée en page 86 et 87 et il été décrit les signes de surcharge et d'exagération observés pendant l'entretien » (dossier AI, p. 1223).

E. 7.3.2

Le recourant a toutefois dû être hospitalisé au mois de juillet 2021, pour une « ischémie aiguë » (= interruption brutale du flux sanguin artériel dans un membre) située au niveau des membres inférieurs : « Patient avec ischémie aiguë sur un terrain d'artériopathie sous-jacente déjà avancé après multiples interventions endovasculaires (détails à organiser auprès de Dr J. _____ svp). Une révascularisation par pontage veineux (GVS ipsi ou contrelatéral aux cuisses) serait à privilégier si risque opératoire sur le plan anesthésique raisonnable » (rapport HFR du 9 août 2021, dossier AI, p. 1230). Il ne sera alors pas opéré, vu le succès du traitement par anticoagulants: « Nous discutons le cas et nous proposons pontage fémoro-péronière du MID pour le 14.07.2021. Le patient améliore sa symptomatologie au fur à mesure de l'hospitalisation. Le 13.07.2021 le patient nous signale que la symptomatologie à complètement disparu. Il peut marcher plus de 15 minutes sans douleur. En accord avec le patient et sa compagne, nous proposons d'annuler l'intervention du 14.07.2021. Suite à la discussion en colloque multidisciplinaire de vasculaire le 13.07.2021 nous proposons au patient de rentrer à domicile le 14.07.2021 avec un suivi en angiologie en 7-10 jours (le patient sera convoqué), et par la suite nous le verrons en consultation en chirurgie vasculaire En cas de péjoration, augmentation de la douleur. Nous expliquons au patient l'importance de reconsulter en urgences ». Un rapport émanant du service d'angiologie de la clinique de médecine interne du HFR confirma en août 2021 la stabilisation, pour l'heure, de l'état de santé : « l'évolution clinique et échographique reste favorable sous traitement conservateur avec une anticoagulation thérapeutique et l'Aspirine Cardio. Au bilan échographique, la partie distale de l'artère poplitée est en train de se re-canaliser avec un flux amélioré au niveau de l'artère péronière et de la tibiale antérieure. Par contre, la pléthysmographie reste encore au-dessous du seuil d'ischémie critique et nous avons conseillé à Monsieur d'éviter tout traumatisme et de continuer à marcher régulièrement et de nous consulter en cas de péjoration de la symptomatologie » (dossier AI, p. 1301). Pour le Dr K. _____, médecin SMR pour le compte de l'AI, « force est de constater qu'à la sortie de l'HFR le 14.07.2021, la situation médicale n'était pas différente de celle constatée et attestée par les experts en octobre 2020. L'épisode d'ischémie aiguë du MID était entièrement résolu sans séquelle » (rapport du 10 septembre 2021, dossier AI, p. 1235).

E. 7.3.3

Le recourant sera tout de même opéré au mois d'octobre 2021, subissant une revascularisation du membre inférieur droit (cf. protocole opératoire, dossier AI, p. 1318).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Au mois de novembre 2021, un nouveau rapport du HFR atteste d'une bonne évolution : « Je vois Monsieur en contrôle ce jour, un peu plus d'un mois après revascularisation du membre inférieur droit pour une ischémie critique sur occlusion récidivante des stents de l'axe fémoro-poplitée avec la réalisation d'un pontage fémoro-péronier, de bonne évolution actuellement. A noter que le patient a effectué un séjour à l'HFR Billens à la fin duquel il a pu commencer à se mobiliser. Actuellement, il suit des séances de physiothérapie à domicile et des drainages lymphatiques avec une excellente amélioration de l'œdème au membre inférieur droit. Il ne présente pas de douleur particulière au niveau du membre inférieur droit. Sa cicatrice au niveau inguinal présente encore une petite ouverture mais en bonne voie de cicatrisation. (...) Après revascularisation du membre inférieur droit, on note donc une évolution angiologique et clinique favorable avec un patient ne présentant plus de douleur au repos, dont l'œdème du membre inférieur s'est amélioré grâce à des séances de drainages, et qui commence à se mobiliser très prudemment à l'aide de son physiothérapeute qui le voit régulièrement à domicile » (dossier AI, p. 1329). Au mois de décembre 2021, le Dr J. _____ confirmait cette bonne évolution : « Le contrôle angiologique est tout à fait rassurant. En effet le patient ne mentionne aucune douleur de décubitus et le pontage fémoral-TTP est parfaitement perméable parcouru par des flux biphasiques avec des anastomoses sans particularité » (dossier AI, p. 1331). Au début du printemps 2022, la marche était sans douleur sur un périmètre plus grand : « le patient ne mentionne aucune douleur de décubitus et il marche tous les jours entre 20 minutes et 1 heure sans douleurs. Le pontage fémoral-TTP est parfaitement perméable parcouru par des flux biphasiques avec des anastomoses sans particularité. Le run off est de bonne qualité parcouru par des flux biphasiques. L'artère tibiale antérieure est occluse » (rapport du Dr J. _____ du 21 mars 2022, dossier AI, p. 1336). En été 2022, le Dr L. _____, médecin SMR, ne disait pas autre chose, se contentant toutefois de rappeler que l'état de santé n'était alors pas encore stabilisé à la sortie de l'hôpital au mois de novembre 2021 : « Il y a lieu de penser que l'opération du 14.10.2021 a seulement engendré une incapacité de travail totale temporaire et que la personne retrouvera par la suite une capacité de travail correspondante aux conclusions de l'expertise du CEML. Au moment de la sortie de l'hôpital (05.11.2021), toutefois, la situation n'était pas encore stabilisée et de ce fait il faut poursuivre l'instruction pour connaître l'évolution de la situation pendant le 8 derniers mois » (dossier AI, p. 1323). Mais la situation était considérée comme à nouveau stabilisée au mois d'octobre 2022 : « L'évolution après cette revascularisation et le séjour de réadaptation à l'hôpital est décrite comme favorable. Lors du rapport du 21.03.2022 du Dr J. _____ (angiologue), il est précisé que la personne ne présente pas de douleurs au repos et peu marcher jusqu'à une heure. Elle présente des douleurs de la voûte plantaire, à priori banales et d'origine mécanique. Les examens angiologiques montrent un résultat tout à fait rassurant. (...) La situation est à nouveau stabilisée. Si on compare avec l'avis SMR du Dr K. _____ du 10.09.2021, nous avons même l'impression que la personne peut actuellement marcher plus longtemps, car le Dr K. _____ parlait d'une autonomie de marche de 15 minutes » (rapport du Dr L. _____, dossier AI, p. 1346).

E. 7.3.4

Le recourant a produit de nouveaux rapports médicaux à l'appui de son recours. Un rapport du 5 décembre 2022 du Dr J. _____, qui faisait remarquer que la santé de son patient était très précaire, compte tenu de ses nombreuses atteintes, raison pour laquelle il jugeait utopique

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 une reprise du travail à 100%, une reprise à 50% avec des conditions adaptées à son état de santé demeurant envisageable. Ainsi qu'un rapport du 30 décembre 2022 du Dr H. _____, lequel considérait même pour sa part la capacité de travail comme nulle, aucune amélioration stable n'étant plus à attendre, même si on avait pu l'envisager encore à l'été 2022, relevant une « situation multi-plaintive sur le plan cardio-pulmonaire à travers une peine à respirer intense, un état de fatigue en péjoration avec des limitations fonctionnelles au quotidien, des douleurs multiples invalidantes comme déjà évoquées (...) avec actuellement une péjoration de lombalgies chroniques. Ce constat rend tout simplement impossible un retour à son activité professionnelle à 100% ».

E. 8

Discussion sur le droit à la rente Le recourant soutient, pour l'essentiel, que l'OAI n'a pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé, au plan cardiaque, survenue après l'expertise, mais avant le moment où a été rendue la décision.

E. 8.1

Les rapports déposés par ses médecins traitants ne permettent toutefois pas d'aller dans son sens. Ni le Dr J. _____, spécialiste en angiologie, ni le Dr H. _____, médecin traitant spécialiste en médecine interne, ne concluent à une aggravation durable de l'état de santé provoquée par la dernière atteinte recensée, à savoir l'ischémie aiguë observée en juillet 2021 et ayant finalement nécessité une revascularisation au mois d'octobre 2021. Les séquelles en lien avec cette dernière atteinte - dont l'évolution avait déjà été jugée favorable dans un premier temps en été 2021, après prise d'anticoagulants, comme dans un second temps, dès le mois de novembre 2021 et jusqu'à la fin du mois de mars 2022, après l'opération pratiquée au mois d'octobre 2021 -, s'étaient à tout le moins résorbées en octobre 2022, selon le dernier rapport du Dr L. _____. Mais ce dernier spécialiste laisse clairement entendre que c'est déjà à partir du printemps 2022 que le recourant était à nouveau capable de se déplacer comme auparavant, ainsi que le relevait le Dr J. _____ en date du 21 mars 2022. Dès lors, on doit considérer que l'aggravation durable de l'état de santé liée à la nouvelle atteinte située au niveau des membres inférieurs et notamment de la jambe droite n'est pas établie. Dans leurs derniers rapports (cf. 7.3.4.), les médecins traitants du recourant invoquent l'ensemble des atteintes du recourant pour contester la pleine capacité de travail de leur patient.

E. 8.2

Même s'il ne conteste pas formellement les conclusions des experts, le recourant sollicite tout de même, dans ses écritures, un droit à la rente à partir de 2019, soit au moment où il a déposé sa dernière nouvelle demande. Par ailleurs, les derniers rapports de ses médecins traitants, produits à l'appui de son recours, remettent implicitement en cause la capacité de travail retenue par les experts.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Dans ces conditions, et malgré l'absence de griefs spécifiquement soulevés sur ce point, la Cour examine encore brièvement, faisant ici usage de la maxime d'office, la force probante de l'expertise pluridisciplinaire.

E. 8.2.1

Celle-ci a fait l'objet d'un rapport détaillé de plus de cent pages, contenant une anamnèse complète et un résumé des différents avis médicaux figurant au dossier. Elle présente des conclusions claires. Les experts ont jugé que l'ensemble des atteintes, et certaines mêmes très anciennes, si l'on se réfère aux séquelles de l'agression subie en 1993 par le recourant, n'empêchaient toutefois pas ce dernier de travailler à plein temps dans une activité adaptée sédentaire (cf. consid. 7.2.2.). Ils ont confirmé leurs conclusions dans leurs compléments, au mois de mai 2021 (dossier AI, p. 1220 et ss). Dans le sien, l'expert en médecine interne mentionne certes une capacité de 75% avec une nette diminution de rendement dans une activité sédentaire (dossier AI, p. 1220). Mais il signale toutefois que, en tant qu'expert, il ne saurait modifier ses précédentes conclusions, faute de nouvelles données médicales. Or, il se trouve que dans son rapport d'expertise, il ne mentionnait aucune limitation de travail dans une activité adaptée, à savoir dans « un travail demandant peu d'efforts physiques et peu d'endurance serait envisageable. Il faudrait également envisager une activité demandant peu de concentration et des tâches intellectuelles pas trop compliquées. Du stress et un travail nocturne seraient à éviter. L'assuré ne pourrait plus effectuer des déplacements à pied, monter ou descendre des escaliers ou des pentes raides » (dossier AI, p. 1119-1120). A la question « Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ? », il répondait en effet : « le temps maximal possible ». Et précisait « 100% » quand on lui demandait encore : « Quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ? ». Il ne voyait en outre aucune réduction d'horaire dans ce type d'activité (dossier AI, p. 1120). Par ailleurs, il indiquait que la situation n'avait plus guère évolué depuis l'année 2011 (dossier AI, p. précitée). Dès lors, on ne saurait retenir, comme déterminante, cette dernière précision contradictoire de l'expert en médecine interne. Cela d'autant moins que, dans leur évaluation consensuelle, les experts ont estimé ensemble que les limitations n'étaient pas aussi importantes qu'elles ne paraissaient, notamment en raison de la présence de certains facteurs extra-médicaux.

E. 8.2.2

A ce titre, ils ont relevé que l'impact des troubles physiques n'était pas aussi important que le pensait le recourant, celui-ci semblant particulièrement démotivé et paraissant convaincu d'avoir droit à une rente (consid. 7.2.2. et 7.2.3.).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Or, si l'on se réfère au dernier rapport du médecin traitant, la situation est toujours « multi-plaintive » et des « douleurs multiples invalidantes ». L'âge aujourd'hui avancé du recourant ne doit pas non plus être pris en compte. On fera remarquer sur ce point, comme le relevait d'ailleurs l'expert en médecine interne, que le tableau apparaît figé depuis maintenant plusieurs années, à savoir depuis l'année 2011, alors que le recourant se trouvait à un âge beaucoup moins proche de la retraite (cf. ses « nouvelles » demandes à partir de 2013). Sur ce point, le Tribunal cantonal valaisan avait pour sa part évoqué un trouble somatoforme douloureux (consid. 7.1.1.). Or, selon les experts, il n'y aurait aucune problématique de type psychiatrique susceptible de faire penser que ce trouble serait devenu aujourd'hui invalidant. Et le recourant ne semble pas être suivi par aucun spécialiste pour de tels troubles, du moins ne produit-il aucun rapport émanant d'un tel spécialiste à l'appui de son recours.

E. 8.2.3

Quant à la consommation d'alcool, également signalée, elle n'aurait, selon les experts, laissé aucune séquelle sur le moyen terme (cf. l'expertise, comme ses compléments : « Pour la médecine interne il me semble important qu'on n'est pas en présence des conséquences organiques d'un usage chronique de l'alcool, comme une cirrhose hépatique ou une encéphalopathie », dossier AI, p. 1220 ; « Il faut noter que la consommation a diminué d'après l'assuré depuis deux années précédant l'expertise. Le risque d'augmentation d'une consommation reste présent, mais au moment de l'expertise et depuis plusieurs mois, Monsieur ne souffrait pas de conséquence majeure », dossier AI, p. 1223, cf. aussi consid. 7.3.1.). Les médecins traitants ne prétendent pas le contraire dans leurs derniers rapports (consid. 7.3.4.).

E. 8.3

Au vu de ce qui précède, il apparaît donc, d'une part, que l'aggravation signalée au niveau des membres après l'expertise n'aura été que passagère et, d'autre part, que l'appréciation des experts doit en l'espèce être suivie.

E. 9

Discussion sur les mesures professionnelles Le refus de mesures professionnelles pour absence de motivation n'est pas formellement contesté. Pour autant, les derniers rapports des médecins traitant pourraient donner à penser qu'il faille encore examiner cette question. Sur ce point, l'absence de motivation, relevée par les experts et susceptible d'être entretenue par la consommation de l'alcool, paraît de nature à entraver une telle mesure, laquelle ne saurait au demeurant se justifier malgré le taux d'invalidité retenu, supérieur à 20%. Le refus de mesures professionnelles, contesté uniquement au stade des objections, était dès lors également bien fondé.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

E. 10

Verdict et frais de justice Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI confirmée, faute d'aggravation durable survenue depuis la dernière expertise dont les conclusions doivent au demeurant être confirmées.

E. 10.1

Les frais de procédure sont fixés à CHF 800.- et seront dès lors en principe mis à la charge du recourant.

E. 10.2

Toutefois, celui-ci a sollicité l'assistance judiciaire partielle afin de ne pas avoir à s'acquitter des frais de justice. Elle peut en l'espèce lui être octroyée, si l'on se réfère, d'une part, à sa situation financière difficile (il est à l'aide sociale) ainsi, d'autre part, au fait qu'il a effectivement été à nouveau atteint dans sa santé après l'expertise et qu'il n'apparaissait pas d'emblée qu'une telle aggravation n'était pas susceptible d'entraîner la responsabilité de l'assurance-invalidité, sous l'angle du droit à la rente. L'assistance judiciaire est, partant, octroyée et les frais de justice ne lui seront pas réclamés. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours (605 2022 209) est rejeté et la décision querellée est confirmée. II. L'assistance judiciaire partielle (605 2022 210) est accordée. III. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et ils sont mis à la charge du

recourant. Ils ne lui sont pas réclamés, vu l'octroi de l'assistance judiciaire partielle. 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 15 juin 2023 /mbo Le Président Le Greffier-stagiaire

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