

FR_GERICHTE 605 2022 8 vom 30. Januar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_8

FR: FR_GERICHTE 605 2022 8 du 30 janvier 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 8 del 30 gennaio 2023

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2022 8 605 2022 9 Arrêt du 30 janvier 2023 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marc Sugnaux, Yann Hofmann Greffière : Mélanie Balleyguier Parties A. _____, recourant, contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée

Objet Assurance-invalidité – nouvelle demande – capacité de travail – valeur probante de l'expertise Recours (605 2022 8) du 14 janvier 2022 contre la décision du 29 novembre 2021 Requête d'assistance judiciaire partielle (605 2022 9) du même jour Tribunal cantonal TC Page 2 de 17 considérant en fait A. En date du 5 août 2004, A. _____, ressortissant français né en 1966, a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) en indiquant avoir souffert de plusieurs dépressions. Il a précisé avoir travaillé en qualité d'aide-soignant depuis 1997. Suite à cette demande, l'assuré a bénéficié de mesures professionnelles du 17 mai 2005 au 17 août 2005 puis du 31 août 2005 au 29 octobre 2006. Durant cette période, il a bénéficié d'indemnités journalières de la part de l'OAI. Par décision du 12 septembre 2007, l'assuré s'est vu refuser un droit à la rente, au motif que, suite aux différentes mesures professionnelles mises en œuvre, il avait été en mesure de trouver un emploi adapté à son état de santé en qualité d'aide de salle d'opération. B. En date du 18 décembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations pour adultes auprès de l'OAI en invoquant souffrir de séquelles au genou droit suite à un accident en 2001. Par décision du 1er mai 2013, l'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une prise en charge des frais pour un bilan individuel dans un centre de réinsertion socio- professionnel. Par décision du 8 janvier 2014, l'assuré a bénéficié d'un reclassement en tant qu'animateur pour personnes âgées du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014. Durant cette période, il a bénéficié d'indemnités journalières de la part de l'OAI. Par décision du 21 septembre 2016, l'assuré s'est vu octroyé une rente d'invalidité de 80% limitée dans le temps pour la période allant du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2013. Pour la période ultérieure, le droit à la rente a été nié en raison de la réussite du reclassement en qualité d'animateur pour personnes âgées. En effet, la comparaison entre le revenu qu'il pouvait réaliser en travaillant à 80% dans cette activité et le revenu qu'il réalisait auparavant comme aide-soignant au même taux faisait ressortir un taux d'invalidité arrondi à 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cette décision, non contestée, est entrée en force. Par décision du 16 novembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne présentait aucune aggravation objective sur le plan médical postérieure à la décision de 21 septembre

2016. C. Le 16 mai 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations pour adultes auprès de l'OAI en invoquant des douleurs neuropathiques chroniques généralisées, une allodynie, une hypoesthésie, une hyperalgie, un spondylolisthésis L5-S1, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent. Après consultation du Service médical régional de l'OAI (SMR), l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, psychiatrique et neurologique (dossier AI doc. 297). Dans leur rapport du 24 février 2020, les experts sont arrivés à la conclusion consensuelle que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée moyennant le respect de Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 certaines limitations (pas de port fréquent de charges supérieur à 10 kg, pas de station debout et assise prolongée). En date du 10 février 2021, une enquête ménagère a été effectuée au domicile de l'assuré. Elle a conclu à un empêchement dans la tenue du ménage de 6.87%. D. Par décision du 29 novembre 2021, l'OAI a refusé la demande de rente. A l'appui de sa décision, il s'est référé au rapport d'expertise du 24 février 2020 ainsi qu'à son complément du 2 décembre 2020 et au rapport du SMR du 6 octobre 2021. En substance, il a considéré que l'expertise avait pleine valeur probante et que ses conclusions pouvaient être suivies. Dès lors, il a estimé que l'assuré disposait de la même capacité de travail que lors de sa décision du 21 septembre 2016 et que le droit à la rente devait dès lors être nié, le taux d'invalidité n'étant pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. E. Par acte du 13 janvier 2022, A. _____ interjette recours contre cette décision auprès de l'autorité de céans en concluant, sous suite de frais et indemnité, à l'octroi d'une rente entière en sa faveur. A l'appui de ses conclusions, il met en avant différents rapports médicaux ultérieurs au rapport d'expertise du 24 février 2020 qui démontrent, à son sens, une forte perte de capacité entre 2020 et 2021. Il s'appuie également sur un rapport de stage en milieu protégé effectué en 2019 dont il ressort qu'il n'avait pas été en mesure d'accomplir trois mois de stage à 50%. Il soutient dès lors que son état s'est aggravé et qu'il n'est pas en mesure de planifier la moindre activité, encore moins de travailler. Il demande également à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, avançant dépendre entièrement du service social. Dans ses observations du 25 janvier 2022, l'OAI conclut au rejet du recours sur le fond et s'en remet à la justice s'agissant de la requête d'assistance judiciaire partielle. Il souligne que le rapport de stage était connu des experts et que les rapports médicaux ultérieurs ne remettent pas en cause le rapport d'expertise et son complément, respectivement ne font pas état d'élément médical nouveau. Dans ses contre-observations du 24 février 2022, le recourant reprend les arguments formulés dans son recours et souligne être en incapacité de travail complète depuis son stage en milieu protégé. Il produit deux nouveaux certificats médicaux émanant de son médecin traitant et relève différents rapports médicaux présents au dossier démontrant, selon lui, son incapacité de travail. Il conteste également être employable au vu des crises régulières et imprévisibles qu'il subit et fait état de l'évolution de son état de santé au cours des dernières années. Dans ses ultimes remarques du 23 mars 2022, l'OAI répond aux différentes critiques ressortant des contre-observations du recourant en soulignant que ce dernier n'amène ni nouvelle preuve ni nouvel élément susceptible de changer la décision querellée. Dans son courrier du 9 juillet 2022, le recourant précise différents éléments en lien avec sa situation et relève devoir être prochainement hospitalisé. Par courrier du 25 juillet 2022, il demande à pouvoir bénéficier d'un délai pour produire différents certificats complémentaires. Par courrier du 8 août 2022, le Président de la Ière Cour des assurances sociales a informé le recourant que son recours serait en principe jugé sur la base de sa situation médicale attestée au moment où la décision querellée avait été rendue. Dans sa détermination spontanée du 19 août 2022,

l'OAI souligne que les derniers courriers du recourant n'apportent aucun élément médical remettant en cause les rapports d'expertise. Il relève Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 que le recourant a déjà été hospitalisé à plusieurs reprises sans que cela n'améliore sa situation et rappelle qu'une aggravation de l'état du recourant demanderait à celui-ci de déposer une nouvelle demande de prestations. Par courrier électronique du 25 août 2022, le recourant mentionne que son état s'est encore aggravé depuis le mois de novembre 2021 et requiert une nouvelle fois un délai pour pouvoir déposer de nouvelles pièces. Par courrier électronique du 4 octobre 2022, il revient sur sa situation médicale depuis 2019 et détaille son plan de traitement pour les prochains mois. Par courrier électronique du 14 novembre 2022, il produit la lettre de sortie de la clinique B._____ où il a séjourné du 23 août 2022 au 17 septembre 2022 et revient une nouvelle fois sur son état de santé. Par courrier électronique du 9 janvier 2023, il précise passer à un rythme mensuel de quatre perfusions antalgiques. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 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 à la forme. En outre, le recourant est directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours.

2. Droit applicable Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée.

3. Notion d'invalidité Aux termes 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 3.1. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (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.).

3.2. 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 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.

3.3. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

4. Droit à la rente Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. D'après une jurisprudence constante, 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).

5. Dispositions applicables en cas de nouvelle demande Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20), 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. Ceci étant précisé, lorsque l'assurance est entrée en matière sur la nouvelle demande, l'examen du droit à la rente par l'autorité judiciaire ne se fera plus sous l'angle de la plausibilité, mais dans le cadre d'un examen complet du dossier et les alléguées des parties seront examinés conformément aux dispositions relatives à l'appréciation des preuves en matière du droit des assurances sociales, à savoir sous l'angle de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 6).

5.1. 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. 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.

5.2. Tout changement important de circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 130 V 349 consid. 3.5 ; 126 V 75 ; VSI 2000 p. 314 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; arrêt TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; arrêt TAF C- 2882/2006 du 14 octobre 2009 consid. 6.3).

5.3. Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office), constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force et 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).

6. Appréciation des preuves Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

6.1. 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).

6.2.

Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 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 de l'expert soient dûment motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

6.3. 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). 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).

7. Discussion La décision attaquée a pour objet un refus de rente, rendu dans le cadre d'un examen de la situation au fond suite à une nouvelle demande. Est litigieuse, en l'espèce, la capacité de travail du recourant et en conséquence son taux d'invalidité. Le recourant remet implicitement en cause le rapport d'expertise du 24 février 2020 et son complément du 2 décembre 2020 dont l'OAI reprend les conclusions pour retenir l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et ainsi une pleine capacité de gain. Il convient donc, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de nouvelle demande, de déterminer si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 21 septembre 2016, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le

sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 29 novembre 2021. Partant, il ne sera, en principe, pas tenu compte des différents éléments transmis par le recourant et faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis le 29 novembre 2021, dans la mesure où il lui appartient de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI s'agissant de toute aggravation de son état de santé postérieur à cette date. Tribunal cantonal TC Page 9 de 17

7.1. Situation médicale au moment de la décision du 21 septembre 2016

7.1.1. Dans sa décision du 21 septembre 2016, l'OAI a estimé que le recourant était en mesure d'exercer une activité d'animateur pour personnes âgées à temps plein dès le 1er janvier 2014, cette activité respectant les limitations du recourant (pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de longs déplacements à pied (>1500 m), pas de montées/descentes répétitives d'escaliers, pas d'activité en position à genoux ou accroupie). Par ailleurs, au vu de ces limitations, il a renoncé à la mise en œuvre d'une enquête ménagère, estimant que le recourant ne subissait aucun empêchement manifeste dans ce cadre. Cette décision se basait sur les différents certificats présents au dossier, lesquels faisaient état d'une chondropathie fémoro-patellaire interne du genou droit post-traumatique, traitée par plastie en mosaïque en 2003 et greffe cartilagineuse en 2012. Malgré un résultat clinique satisfaisant, des gonalgies persistaient, raison pour laquelle une reconversion avait été initiée. La potentielle aggravation vers une gonarthrose était relevée mais le Dr C. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin SMR, était d'avis, dans son rapport du 1er juillet 2014, qu'une telle aggravation ne modifierait pas les limitations auxquelles le recourant faisait déjà face.

7.1.2. Par courrier du 31 mai 2017, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant du recourant, considère que, au vu des douleurs ressenties par son patient, il y a une nette aggravation de ses pathologies du genou droit et de la hanche gauche. Par décision du 16 novembre 2017 et faisant suite au rapport médical du 15 novembre 2017 du Dr C. _____, l'OAI a refusé d'entrer en suite à ce courrier, au motif que le recourant ne présentait aucune aggravation objective sur le plan médical postérieure à la décision de 21 septembre 2016.

7.2. Situation médicale ayant amené à la nouvelle demande et à la décision querellée

7.2.1. Rapports médicaux jusqu'à l'expertise pluridisciplinaire

Dans son rapport médical du 20 novembre 2018, le Dr E. _____, spécialiste en neurochirurgie, pose le diagnostic de spondylolisthésis L5/S1 de grade I. Il estime que les douleurs de son patient ont effectivement une composante somatique mais s'oppose à une opération au vu de l'état psychologique fragile du recourant. Dans son rapport du 28 janvier 2019, la Dre F. _____, spécialiste en anesthésiologie, pose comme diagnostic principal des douleurs généralisées diffuses (DD Chronic Widespread Pain) en lien avec une éventuelle neuropathie des petites fibres et/ou un trouble de symptôme somatique. Elle fait le point sur les différentes thérapies suivies par le recourant. Elle estime nécessaire d'exclure différentes causes de douleur avant de pouvoir conclure à un trouble douloureux fonctionnel et recommande la poursuite de l'accompagnement psychothérapeutique. Dans leur rapport du 22 mars 2019, le Dr G. _____, médecin associé au centre d'antalgie du département des services de chirurgie et d'anesthésiologie du CHUV, et la Dre H. _____, cheffe de clinique dans le même centre, reviennent sur l'évaluation qu'ils ont effectuée s'agissant d'une possible atteinte neuropathique de type petites fibres. Il souligne l'hyperalgie extrême qui interfère avec les tests ainsi que les inconsistances dans les réactions aux stimuli mécaniques. Ils indiquent pencher en faveur d'un trouble sensoriel fonctionnel mais retiennent une éventuelle atteinte nociplastique au titre de diagnostic différentiel. Tribunal cantonal TC Page 10 de 17

Dans son rapport du 28 mars 2019, la Dre I. _____,

spécialiste en anesthésiologie et réanimation, pose comme diagnostics principaux une gonalgie droite, une lombosciatalgie gauche ainsi que des douleurs généralisées diffuses. Elle diagnostique également à titre secondaire une spondylolisthésis L5/S1 avec lyse isthmique et sténose foraminale L5/S1, un status post multiples chirurgies au genou droit suite à une nécrose du cartilage, un status post burnout en 2007 et un status post opération du labrum gauche en 2009. Elle détaille les différentes prises en charge, tant en terme de perfusions d'antalgiques en intraveineux que de traitements médicamenteux, d'ergothérapie et de suivi psychologique. Elle mentionne que le recourant a fait l'objet d'un bilan psychosomatique, lequel a permis d'exclure une atteinte aux petits fibres nerveuses tout en mettant en évidence une kinésiophobie et, par ailleurs, un score d'anxiété et de dépression dans la norme. Elle revient également sur le stage réalisé au titre de mesure d'insertion sociale par le recourant et souligne que ce dernier a dû être interrompu à la troisième semaine en raison de douleurs redevenues très invalidantes. Dans leur rapport du 15 avril 2019, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au centre K. _____, et L. _____, psychologue dans le même établissement, posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1) avec comme diagnostic différentiel possible un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils observent une grande fatigabilité, associée à des difficultés de concentration et de mémoire. Ils soulignent que le recourant devait réaliser une mesure d'insertion sociale d'une durée de trois mois en février 2019 mais qu'il n'a pas été en mesure de maintenir un taux de 50% dès la deuxième semaine de présence. Partant, ils estiment que le pronostic est défavorable, à court et moyen terme. Il ressort du rapport de stage du 17 avril 2019 (dossier AI p. 929) que le recourant a appris à réaliser un montage vidéo par l'intermédiaire de l'association M. _____ en assistant à un stage à mi- temps du 4 au 28 février 2019. Au cours de celui-ci, il a été constaté que les douleurs physiques l'entravaient dans la réalisation de ses tâches et causaient des absences. Cela étant, le recourant a fait preuve d'une compréhension rapide des explications et a montré une grande autonomie dans la résolution des difficultés rencontrées. Dans son rapport du 8 mai 2019, le Dr N. _____, médecin traitant du recourant, relève avoir constaté une aggravation progressive de son état de santé, ce dernier présentant "des douleurs neuropathiques au niveau des quatre membres à type de décharges électriques, allodynie, hyperalgie, hypoesthésie avec intensification ces derniers mois. [...] De plus, il présente un état dépressif majeur avec suivie psychiatrique en cours. Etat de prostration. Il souffre aussi d'une pathologie rhumatologique mécanique évoluée avec spondylolisthésis L5/S1, réduction du canal de conjugaison vérébro-lombaire et, c'est un phénomène compressif radiculaire bilatéral. Irradiation sciatique. Il existe également des séquelles de chondroplasties du genou droit, avec impotence fonctionnel de celui-ci". Il considère dès lors son patient comme incapable de tout travail. Dans son rapport du 9 mai 2019, O. _____, ergothérapeute, relève une évolution favorable de l'allodynie du nerf cutané sural latéral droit et souligne une allodynie mécanique statique grave de la branche postérieure du 3e nerf lombaire gauche. Elle estime qu'il faudra encore six mois pour voir disparaître l'allodynie mécanique gauche et pose un pronostic favorable pour voir la disparition de l'allodynie du côté droit. Dans son rapport médical du 28 juin 2019, le Dr C. _____ relève que la problématique psychiatrique est un fait médical nouveau justifiant une entrée en matière. Il souligne également la Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 nécessité d'évaluer les troubles somatoformes douloureux et la nécessité de procéder à des investigations. Dans son rapport du 19 juillet 2019, le Dr N. _____ pose notamment les diagnostics de douleurs neuropathiques des membres depuis 2014 avec une aggravation

nette depuis 2016, d'état dépressif sévère depuis 2007 de spondylolisthésis L5/S1 avec canal lombaire étroit, de sciatalgie gauche depuis 2012. Il mentionne des limitations majeures aussi bien sur le plan physique avec une inaptitude à l'effort, à maintenir toutes positions prolongées ainsi que dans toutes les activités intellectuelles ou nécessitant une concentration prolongée. Il considère dès lors son patient comme incapable de travailler à l'heure actuelle. Dans leur rapport du 10 octobre 2019, le Dr J. _____ et L. _____ reprennent les diagnostics déjà posés dans leur rapport du 15 avril 2019. Ils maintiennent leur pronostic défavorable sur la capacité de travail du recourant à court et moyen terme et recommande la poursuite des traitements en cours. Ils soulignent la fatigabilité de leur patient ainsi que ses difficultés de concentration et de mémoire.

7.2.2. Expertise pluridisciplinaire

Sur la base des rapports précités ainsi que de la recommandation du médecin SMR, l'OAI a mandaté une expertise pluridisciplinaire. Le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, et le Dr R. _____, spécialiste en neurologie, ont rendu leur rapport d'expertise le 24 février 2020. Ils arrivent à la conclusion consensuelle que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations (port fréquent de charges supérieur à 10 kg et station debout et assise prolongée). Ils soulignent l'absence de psychopathologie incapacitante et d'atteinte neurologique expliquant l'hyperalgie diffuse présentée par le recourant et relèvent le caractère atypique de sa symptomatologie. Sur le plan rhumatologique, le Dr P. _____ pose les diagnostics de syndrome douloureux et troubles diffus de la sensibilité d'origine indéterminée (R52.9) et de syndrome lombaire sur spondylolisthésis L5/S1, réduction du canal de conjugaison vertébro-lombaire sans signes objectivables de compression radiculaire des membres inférieurs (M43.16). S'agissant du traitement du recourant, l'expert relève que celui-ci est au bénéfice de perfusions une fois par mois, lesquelles lui procurent du bien-être pendant 36 à 48 heures. Il souligne que la symptomatologie que présente le recourant est atypique et qu'on ne retrouve pas une corrélation des données subjectives avec l'examen clinique qui était laborieux en raison d'un important parasitage. Par ailleurs, il mentionne que le recourant a répondu aux questions posées lors de leur entretien de manière trop détaillée et a répété plusieurs fois les mêmes choses. Il a également été victime d'une "crise" sur le côté gauche du corps ainsi que d'une "décharge" au cours de ce même entretien. S'agissant des capacités, ressources et difficultés du recourant, l'expert fait état de ressources limitées, en raison du déconditionnement physique de celui-ci. Il constate que celui-ci est néanmoins en mesure de s'occuper de son ménage et de ses repas et d'exercer un certains nombres d'activités spontanées (TV, ordinateur, photographie). L'expert arrive à la conclusion que la capacité de travail du recourant dans son activité antérieure est nulle depuis le 1er septembre 2018. Cela étant, il considère qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations (port fréquent de charges supérieur à 10 kg, station debout et assise prolongée) et que celle-ci n'a pas évolué depuis le 16 mai 2019.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17

Sur le plan psychiatrique, le Dr Q. _____ pose le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) et un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il exclut le diagnostic d'épisode dépressif sévère, estimant celui-ci impossible dans la mesure où le recourant ne peine pas à former ses pensées, dispose d'une capacité hédonique résiduelle fonctionnelle et n'a pas d'indifférence psychoaffective, tout comme les troubles spécifiques de la personnalité et un quelconque syndrome de dépendance. Par ailleurs, les critères permettant de retenir un syndrome somatique de la dépression ne sont pas non plus remplis, de sorte que l'expert ne retient pas un tel syndrome. Il souligne l'absence d'hospitalisation en

psychiatrie depuis 2003 et relève les plaintes somatiques, persistantes mais sans mise en évidence de facteurs organiques explicatifs, ainsi que l'absence d'altération des relations interpersonnelles. L'expert mentionne par ailleurs les nombreuses ressources que conserve le recourant, notamment sa relation proche avec une amie qui partage son intérêt pour la photographie ainsi que ses filles. Il mentionne également que le recourant est en mesure de se déplacer en utilisant les transports en commun et qu'il a le sens du contact envers les tiers et la capacité de s'affirmer. De même, il conserve une pleine capacité de jugement, d'adaptation et de flexibilité et sait planifier et structurer des tâches, en particulier s'agissant de son ménage. Sur le plan neurologique, le Dr R. _____ ne retient que le diagnostic de spondylolisthésis L5-S1. Il souligne que l'examen neurologique a mis en évidence une hypersensibilité à l'effleurement cutané avec un fil de coton sur l'ensemble du corps, sans prédominance pour un territoire radiculaire ou tronculaire mais de façon plus nette du côté gauche. En revanche, le toucher nécessaire pour le testing moteur n'a pas déclenché de douleur particulière, tout comme la recherche de réflexes, y compris les réflexes cutanés. Il mentionne partager la conclusion de la Dre F. _____, du Dr G. _____ et de la Dre H. _____ selon laquelle les douleurs ont une origine fonctionnelle. Pour ce faire, il se base sur leur répartition, leur caractère hyperalgique et leur présentation changeante (la douleur à l'effleurement par un fil de coton ne se reproduit pas en recherchant les réflexes cutanés alors que ce sont les mêmes récepteurs qui sont stimulés) qui lui permettent d'écarter une origine neurologique. A son sens, il convient dès lors d'évaluer les capacités, ressources et difficultés selon les critères qui s'appliquent dans les cas de syndrome douloureux somatoforme, situation ne relevant pas de sa compétence.

7.2.3. Rapports ultérieurs à l'expertise pluridisciplinaire

Dans leur rapport du 26 juin 2020, le Dr S. _____, médecin au centre de compétence psychosomatique de la clinique de neurologie de l'Inselspital de Berne, et le Dr T. _____, médecin-chef dans cette même clinique, posent les diagnostics de "central sensivity syndrome" et d'épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique. Ils relèvent la tendance à l'amplification des stimuli et mentionnent la présence de facteurs typiques des processus d'hypersensibilisation. Ils préconisent un séjour prolongé en clinique de réhabilitation pour tenter de venir en aide au recourant. Dans son rapport du 30 juillet 2020, le Dr N. _____ estime l'incapacité de travail de son patient à 80% et relève que celui-ci n'est pas en mesure d'effectuer un effort ou de tenir une position plus de 30 minutes. Il reprend par ailleurs le contenu de ses rapports du 8 mai 2019 et du 19 juillet 2019 qu'il confirme. Dans leur rapport du 21 août 2020, U. _____, physiothérapeute, et V. _____, ergothérapeute, font le bilan du séjour du recourant à la Clinique B. _____ du 18 août 2020 au 16 septembre 2020. Il ressort de celui-ci que ni le repos ni les perfusions d'antidouleurs ne diminuent réellement les douleurs neuropathiques et que le toucher, y compris l'effleurement, et les activités physiques Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 demandant de l'effort les augmentent. Elles dressent également la liste des activités quotidiennes selon les dires du recourant avec les limitations que celui-ci ressent. Elles font état d'un important déficit au niveau de la force dans les membres supérieurs par rapport à la norme et d'un léger déficit au niveau de la dextérité ainsi que de troubles de la sensibilité thermique et nociceptive au niveau de la main gauche. S'agissant des membres inférieurs, elles mentionnent d'importantes limitations dues à la douleur. Dans leur rapport du 21 septembre 2020, le Dr W. _____, chef de clinique à la Clinique B. _____, le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la même clinique, et Y. _____, psychologue et psychothérapeute au sein de la même clinique, posent les diagnostics de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de

trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Ils relèvent que l'objectif du séjour de permettre un reconditionnement physique n'a pas pu être entièrement atteint, l'intensification des douleurs dès la deuxième semaine ayant empêché le recourant de participer à toutes les activités prévues. Ils soulignent la possibilité de consulter un centre de douleurs pour éventuellement poser un neurostimulateur médullaire. Par ailleurs, ils rapportent que, stimulé par les activités, le recourant a rapidement pu instaurer un rythme de sommeil adapté, sans dormir en journée, tout comme récupérer un rythme alimentaire.

7.2.4. Complément d'expertise

Dans leur rapport complémentaire du 2 décembre 2020, les experts se prononcent sur les rapports ultérieurs à leur rapport d'expertise. Le Dr Q. _____ souligne avoir lui aussi retenu le syndrome douloureux somatoforme persistant mais nie la présence d'un trouble dépressif récurrent en rappelant que le recourant a été hospitalisé à deux reprises seulement en 2003 et 2020, de sorte que la récurrence ne saurait être admise. De même, il estime que les nouveaux rapports ne permettent pas de retenir un éventuel syndrome somatique écarté par le rapport d'expertise. Pour sa part, le Dr P. _____ revient en particulier sur le rapport du 26 juin 2020 du Dr S. _____ et du Dr T. _____. Il considère que le caractère fibromyalgique du tableau algique ne peut pas être retenu, dans la mesure où les critères requis pour un tel diagnostic ne sont pas remplis. A son sens, la désignation de "central sensitivity syndrome" est à considérer comme une hypothèse physiopathologique car les médecins proposent ainsi une origine commune pour des affections "psychosomatiques" aussi diverses que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, le côlon irritable, et de nombreuses affections sans étiologie connue. Dès lors, il considère son diagnostic de syndrome douloureux et troubles diffus de la sensibilité d'origine indéterminée (R52.9) comme toujours valable. Enfin, le Dr R. _____ relève que la faiblesse au testing et le manque de dextérité qui ressortent du séjour à la Clinique B. _____ n'ont jamais été constatés par les différents praticiens qui sont intervenus dans le dossier et qu'il ne l'a lui-même pas constaté non plus. S'agissant du rapport du 26 juin 2020 du Dr S. _____ et du Dr T. _____, il souligne que celui-ci fait état de douleurs de caractère fibromyalgique caractérisées par une tendance à l'amplification des stimuli. En outre, ce rapport mentionne également que la symptomatologie doit être comprise dans le contexte d'une hypersensibilisation psychosociale associée au stress. Pour le Dr R. _____, cela démontre que la problématique se situe clairement dans un contexte de trouble somatoforme douloureux, lequel sort de son domaine de compétence en tant que neurologue. Il maintient dès lors ses conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 7.2.5. Rapports ultérieurs

Dans son rapport du 2 décembre 2020, Z. _____, physiothérapeute du recourant, relève qu'à raison de deux rendez-vous hebdomadaires, le ressenti des douleurs du recourant s'améliore progressivement, même si le niveau de vigilance demeure élevé. Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 février 2021 fait état d'une limitation de port de charge de 10kg selon le recourant ainsi que de douleurs oscillant entre 6/10 et 8/10. Après pondération, l'enquête conclut à une incapacité de travail de 6.88% dans la tenue du ménage. Dans son rapport du 3 mai 2021, Z. _____ mentionne que l'interruption de la physiothérapie entre début février et mi-mars a eu des conséquences sur l'état douloureux du recourant, celui-ci restant intense et instable. Elle souligne que le recourant est quasi quotidiennement sujet à des "crises" de spasmes qui l'épuisent et réduisent les activités possibles. Dans son rapport du 29 avril 2021, la Dre I. _____ revient sur les évolutions du traitement antalgique du recourant et les effets de la physiothérapie. Elle précise qu'un recours à une perfusion antalgique hebdomadaire est actuellement impossible, la logistique

hospitalière ne le permettant pas. Dans leur rapport du 8 juillet 2021, U._____, AA._____, physiothérapeute, et V._____ font le bilan du dernier séjour du recourant à la Clinique B._____. Elles font état d'une perte de force dans les membres supérieurs depuis le dernier bilan en août 2020 et soulignent que les mouvements répétitifs avec effort augmentent fortement les douleurs ressenties. Elles relèvent également une péjoration de son état en terme de sensibilité thermique et nociceptive ainsi qu'une augmentation important des douleurs, surtout au niveau affectif et émotionnel. Dans leur rapport du 9 août 2021, AB._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie au centre K._____, et AC._____, neuropsychologue dans le même centre, font état d'un patient évoquant une thymie nettement abaissée, associée à un épuisement, une souffrance constante et un isolement social. Ils soulignent son côté démonstratif dans ses plaintes ainsi que les "décharges ou spasmes" qui lui échappent lors des examens. Ils relèvent que leurs examens mettent en évidence des difficultés à prédominance mnésiques et attentionnelle, ainsi qu'en matière de cognition sociale (reconnaissance des émotions et jugement d'inférences). Ils estiment que, du point de vue strictement neuropsychologique, l'anamnèse et les test psychométriques administrés semblent compatibles avec un contexte de douleurs chroniques, une importante fatigue et fatigabilité ainsi qu'une thymie abaissée. Dans leur rapport du 24 août 2021, le Dr W._____ et Y._____ reprennent les diagnostics posés dans leur rapport du 21 septembre 2020. Ils décrivent une perte de motivation chez leur patient avec un trouble du sommeil dû aux douleurs et une tendance au repli social. Cela étant, le cadre du séjour au centre K._____ a permis au patient de retrouver un meilleur rythme de sommeil. Ils soulignent que les crises de douleurs neuropathiques sont de plus en plus rapprochées et que le recourant vit mal la dégradation de la santé de sa mère qui ravive, selon lui certains souvenirs et émotions associés. Ils relèvent que les thérapies passives semblent mieux convenir que les propositions de traitements antalgiques actifs, lesquels provoquent rapidement des douleurs augmentées. Dans son rapport du 6 octobre 2021, le Dr C._____ estime que le rapport d'expertise et son complément peuvent être suivis, tant sur le plan formel qu'au fond. Il relève que les experts ont pris Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 connaissance du rapport de l'Inselspital ainsi que de la lettre de sortie de la clinique B._____ du 21 septembre 2020, sans que cela ne modifie leurs conclusions, avis qu'il partage. Il estime que le rapport du 26 juin 2020 de l'Inselspital confirme les constatations des experts (syndrome fibromyalgiforme, hémiparésie somatosensorielle fonctionnelle) et tente d'expliquer l'origine des troubles par le biais d'hypothèses d'ordre psychodynamique, sans attester de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail. A son sens, il en va de même du rapport du 9 août 2021, lequel relève certaines difficultés rencontrées par le recourant sans mentionner une éventuelle répercussion sur la capacité de travail ou des éléments allant au-delà des diagnostics déjà connus.

7.3. Critiques du recourant

Le recourant conteste être en mesure de travailler, considérant que son état de santé ne le lui permet pas. Il reproche en particulier à l'autorité intimée de ne pas avoir tenu compte du rapport de stage du 17 avril 2019, stage de trois mois que le recourant n'a pas été en mesure de terminer en raison de son état de santé alors qu'il n'était effectué qu'à un taux de 50%. Il mentionne en particulier les douleurs "sous forme de décharge électriques de fort spammes (sic)". Par ailleurs, le recourant estime que les rapports au dossier mettent en évidence une forte perte de capacité entre 2020 et 2021, en particulier les rapports du 9 et du 24 août 2021 faisant suite à son séjour au centre K._____. Il considère que ces rapports, postérieurs à l'expertise du 24 février 2020 et à son complément du 2 décembre 2020, n'ont, à tort, pas été pris en compte par l'OAI. Il produit également plusieurs rapports de la Dre I._____ non

présents au dossier et datés du 25 juin 2020 et du 18 juin 2021. Dans le premier rapport, la praticienne confirme son accord avec le résultat de l'expertise neurologique et de l'expertise rhumatologique. Elle indique arriver à la même conclusion, à savoir que le trouble fonctionnel du système nerveux central soit, en soit, une entité psychiatrique. Sur le vu de ce diagnostic, elle recommande une hospitalisation dans un centre avec une unité de réadaptation psychosomatique. Enfin, elle considère que son patient n'est pour l'heure pas en état de travailler au vu des "crises" qu'il traverse. Dans le second rapport, elle reprend les diagnostics déjà posés dans ses rapports antérieurs et revient sur la prise en charge du recourant, par le biais de perfusions antalgiques et de la physiothérapie. Elle souligne que, au vu des "crises" douloureuses que le recourant traverse, la reprise d'une activité professionnelle lui paraît compliquée. Il produit enfin un rapport incomplet daté du 11 juin 2020 et émanant d'un médecin du centre K._____. Celui-ci fait état de limitations fonctionnelles modulées par l'intensité des douleurs, lesquelles peuvent entraîner des difficultés de concentration et d'attention. Compte tenu de ces fluctuations, le taux d'activité dans une activité adaptée n'est pas déterminable. Un emploi permettant une grande flexibilité des horaires et du rythme de travail serait toutefois envisageable. 7.4.

Appréciation S'agissant tout d'abord du rapport de stage du 17 avril 2019, il ressort de celui-ci que le recourant a suivi un stage pour apprendre à réaliser un montage vidéo durant trois semaines à un taux de 50%, avant de l'interrompre en raison de ses douleurs. Ce rapport a été soumis aux experts lesquels se sont déterminés dans le complément d'expertise du 2 décembre 2020 en maintenant leurs conclusions. Par ailleurs, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il considère que son échec à mener ce stage à son terme signifie qu'il n'est pas en mesure de travailler à taux plein dans une activité adaptée. En effet, ce stage a été mené dans le cadre d'une mesure d'insertion sociale et non Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 professionnelle, de sorte que les activités proposées n'étaient pas forcément adaptées aux limitations du recourant. Dès lors, c'est à bon droit que l'autorité intimée a écarté ce rapport. S'agissant ensuite des différentes pièces sur lesquels s'appuie le recourant pour affirmer que son état de santé s'est considérablement dégradé entre 2020 et 2021, il convient tout d'abord de relever que celles-ci ont été rédigées par des praticiens qui suivent tous le recourant depuis un certain temps. Par ailleurs, aucun d'entre eux ne remet en question les conclusions des experts neurologue et rhumatologue, au contraire même, la Dre I._____ les rejoint explicitement. En outre, aucun de ces rapports ne posent de nouveau diagnostic, à tout le moins pas de diagnostic n'ayant pas déjà été écarté par l'expertise pluridisciplinaire. A cet égard, le Dr Q._____ a écarté le diagnostic de syndrome dépressif récurrent au motif que le recourant n'a été hospitalisé qu'à deux reprises en 2003 et 2020, de sorte que le caractère récurrent devait être nié. Cette argumentation est convaincante et n'est pas remise en doute par la suite du parcours médical du recourant, de sorte que c'est à raison que ce diagnostic a été écarté par l'autorité intimée. Enfin, si la péjoration de l'état du recourant est soulignée, aucune nouvelle limitation n'est relevée par les praticiens, lesquels ne font pas non plus état d'une incapacité de travail. De plus, il convient de souligner que si les différents médecins traitants du recourant rapportent une augmentation de la douleur ressentie par leur patient, ils ne font aucune constatation médicale objective susceptible d'amener un éclairage nouveau de la situation du recourant. Le seul ressenti, par nature subjectif, du recourant ne suffit pas pour justifier de l'octroi d'une rente, celle-ci devant reposer sur des critères objectifs. En effet, pour mesurer l'obligation de diminuer le dommage, la capacité de travail résiduelle doit notamment pouvoir être jaugée sur la base de constatations médicales et non sur les seules plaintes de l'assuré, éventuellement

relayées par ses médecins. A cet égard, les rapports médicaux produits par le recourant semblent bien plutôt soutenir que l'intensité des douleurs a augmenté, mais toujours au regard de la même problématique dont on ne peut dire qu'elle se serait objectivement aggravée. Par surabondance, l'on rappellera la jurisprudence susmentionnée selon laquelle 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). Dès lors, l'autorité intimée pouvait suivre le rapport d'expertise et son complément, ceux-ci écartant les opinions des médecins traitants du recourant en motivant leur raisonnement de façon convaincante, claire et détaillée. S'agissant des pièces ultérieures au rapport d'expertise, dans la mesure où celles-ci n'apportaient aucun élément nouveau qui aurait été inconnu des experts, l'autorité intimée pouvait également suivre les conclusions des experts. Concernant enfin les différentes pièces produites par le recourant après le dépôt de son recours et portant sur son état de santé à compter d'après la décision, celles-ci ne peuvent être prises en compte dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où elles ne permettent pas d'attester ce qui a été nié à l'époque par les experts. Dans l'hypothèse où il considérerait que ces pièces sont à même de prouver que son état de santé s'est objectivement aggravé, il appartiendra au recourant de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI afin que celle-ci se détermine sur cette question. Cela étant, certaines de ces pièces ont d'ores et déjà été transmises à l'OAI par l'autorité de céans. Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, c'est à bon droit que l'autorité intimée a estimé que le recourant restait en mesure de travailler à 80% dans l'activité d'animateur pour personnes âgées, adaptée à ses limitations, le pourcentage restant étant consacré à l'entretien de son ménage. Faute de péjoration objective de l'état de santé du recourant avec une influence sur sa capacité de gain, c'est à bon droit que l'autorité intimée a rejeté sa demande de révision. Au final, il apparaît clairement qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant avec effet sur sa capacité de travail ne peut être établie depuis la décision du 21 septembre 2016, aucune nouvelle atteinte invalidante n'étant par ailleurs survenue. 8. Sort du recours et assistance judiciaire Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours (605 2022 8), mal fondé, doit être rejeté. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui seront toutefois pas réclamés. En effet, au vu de la situation de précarité du recourant qui est au bénéfice de l'aide sociale et qui a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire pour être libéré des frais de procédure, on renoncera à les mettre à sa charge, son recours n'étant pas dénué de chances de succès au vu du fait qu'il n'est pas assisté d'un avocat. la Cour arrête : I. Le recours (605 2022 8) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire partielle (605 2022 9) est admise. III. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire partielle, ils ne sont toutefois pas perçus. 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 recourant 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 30 janvier

2023/mbo/mbl Le Président : La Greffière :

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