

FR_GERICHTE 605 2023 156 vom 23. Juli 2024

FR Kantonsgericht, 2024-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_156

FR: FR_GERICHTE 605 2023 156 du 23 juillet 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 156 del 23 luglio 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile, respecte les prescriptions de forme légales et a été déposé auprès de l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 58 et 61 de la loi fédérale du

E. 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1] applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 10 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Par ailleurs, le recourant est touché par la décision querellée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, de sorte qu'il a la qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Pour ces raisons, le recours est recevable. 2. Droit applicable 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le

Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021. 2.2. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où la nouvelle demande de prestations du recourant a été déposée en mai 2021, de sorte qu'un éventuel droit à une rente prendrait naissance au plus tôt le 1er novembre 2021 (cf. art. 29 al. 1 LAI). 3. Notion

d'invalidité 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette notion d'invalidité que 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. 7 LPGA, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 3.2. En vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain. 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 extra-médicaux apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé 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, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1 et références). En définitive, une atteinte influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 4. Dispositions relatives au calcul du taux d'invalidité 4.1. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 4.2. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 4.3. L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part. D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt TF 8C_772/2020 du

E. 6.1

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. 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 (arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

E. 6.2

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

E. 6.3

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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

E. 6.4

Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et les références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, y compris en ce qui concerne les

qualifications médicales requises. Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan. Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (arrêt TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 consid. 3.3).

E. 6.5

Enfin, 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). Toutefois, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 7. Problématique 7.1. En l'espèce, est litigieuse l'aggravation de l'état de santé du recourant alléguée dans le cadre d'une cinquième demande de prestations déposée le 14 mai 2021, notamment en raison de troubles d'ordre rhumatologique.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 En d'autres termes, il convient de déterminer si le taux d'invalidité s'est modifié en comparant l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de l'arrêt du Tribunal cantonal du 14 novembre 2019, 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 de la décision querellée, soit le 22 juin 2023. 7.2. L'OAI considère en substance que l'aggravation alléguée ne constitue qu'une appréciation différente du même état de fait par les médecins traitants et est symptomatique de l'intensification du phénomène d'invalidation dans lequel le recourant s'était engagé depuis plus de vingt ans. 7.3. Le recourant estime quant à lui que son état de santé s'est aggravé en raison de troubles d'ordre rhumatologique. Sur cette question, il soutient que c'est l'avis de son médecin traitant qui doit être suivi, celui-ci étant spécialiste en rhumatologie, et non celui des médecins du SMR, ceux-ci n'ayant aucune connaissance dans ce domaine. Pour traiter de cette problématique, il convient dans un premier temps de rappeler le contexte économique et social du recourant et de revenir sur l'évolution de son état de santé. 8. Situation personnelle et professionnelle Le recourant, né en 1970, est marié et père de trois enfants majeurs. Dès son arrivée en Suisse en 1988, il a travaillé en qualité d'aide-maçon, ouvrier de montage et ouvrier de production. A partir du mois d'octobre 2001, il a été en incapacité de travail pour anxiété et dépression. Ses rapports de travail ont pris fin le 21 octobre 2002 (doc. 74). Depuis lors, il n'a pas retravaillé, à l'exception de courtes périodes, notamment quelques mois en 2004, 2005, 2006 et quelques semaines en 2016 (doc. 260).

Par ailleurs, le recourant est soutenu par le Service social.

E. 9

Première demande de prestations

E. 9.1

Le recourant a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI en 2003, pour asthénie, anxiété et dépression (doc. 5). Celle-ci a été refusée le 17 juin 2008, sur la base d'un premier rapport d'expertise psychiatrique rendu en 2006 concluant à l'absence de tout diagnostic invalidant. Ce rapport d'expertise retenait notamment comme diagnostic des troubles anxieux mixtes, ainsi qu'une majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et sociales. Le premier terme diagnostic incluait certaines caractéristiques par exemple de l'anxiété générale, des crises de panique et des troubles somatoformes, sans pour autant présenter leur intensité et permanence (doc. 111).

E. 9.2

La décision de l'OAI a été confirmée par arrêt TC FR 605 2008 355 du 28 octobre 2008. Dans son arrêt, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait suivi les conclusions du premier expert psychiatre. Il découlait de l'expertise psychiatrique en question que le recourant ne présentait aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 Les observations cliniques effectuées laissaient apparaître un tableau psychopathologique frappant par un important décalage entre les énoncés plutôt dramatiques et la pauvreté des observations. La concordance était ainsi faible. L'expert avait précisé que le recourant était conditionné dans une attitude affligée et retenue, peu tonique et avec un manque d'élan et de perspective de vie, mais pas dans une psychopathologie psychiatrique majeure (doc. 141).

E. 10

Deuxième et troisième demandes de prestations

E. 10.1

Le 12 octobre 2011, le recourant a déposé une deuxième demande de rente indiquant être en dépression depuis plus de 10 ans, précisant par la suite que sa maladie s'aggravait d'année en année (doc. 142 et 144). L'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande par décision du

E. 10.2

Le 18 septembre 2012, le recourant a déposé une troisième demande de prestations, laquelle fut rejetée par décision du 13 mars 2015 (doc. 149 et 209). L'instruction menée par l'OAI avait mis en exergue de nombreux facteurs extra-médicaux attestant finalement un processus d'invalidation avancé. L'expert avait notamment retenu les diagnostics de trouble panique d'intensité légère, dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, avec une tendance hypocondriaque et un processus d'invalidation avancé (doc. 180). 11. Quatrième demande de prestations et état de santé au moment de la dernière décision entrée en force 11.1. Une quatrième demande de prestations a été déposée le 1er juillet 2016, laquelle a été rejetée par décision du 17 juillet 2018 (doc. 226 et 289). 11.2. Dans son arrêt TC FR 605 2019 212/213 du 14 novembre 2019, la Cour de céans a confirmé le rejet de la nouvelle demande de prestations, en l'absence de toute aggravation objective de l'état de santé. Elle

s'est notamment fondée sur un rapport d'expertise psychiatrique du 2 janvier 2018, lequel concluait à une capacité de travail entière sans baisse de rendement d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée (doc. 260). 11.3. L'expert avait notamment retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2003, modification traumatique de la personnalité après une expérience de catastrophe survenue durant l'adolescence, dépendance éthylique avec utilisation épisodique, dépendance au benzodiazépines utilisation continue, ainsi que trouble douloureux somatoforme persistant, sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (diagnostic probable), ou des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (diagnostic peu probable). 11.4. Le recourant se plaignait de douleurs diffuses, fluctuantes, mal systématisées qui justifiaient une prise quotidienne d'ibuprofène. Il souffrait également de lombalgies (= douleur dans le bas du dos), pour lesquelles il faisait de la physiothérapie. Il décrivait présenter des problèmes d'essoufflement, des palpitations, des fourmillements du côté gauche, des maux de dos, de la nuque

Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 et de la tête. Il décrivait également une grande fatigue en raison d'insomnie et d'un sommeil non réparateur. La plainte essentielle concernait une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique. Les douleurs restaient une des plaintes principales du recourant. 11.5. Au moment de l'expertise et depuis 2003, il était retenu des limitations fonctionnelles psychiatriques essentiellement subjectives, dans le sens d'une labilité émotionnelle, d'une intolérance à la frustration, des difficultés pour gérer les relations interpersonnelles complexes, les conflits, une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, de douleurs diffuses fluctuantes, des troubles de la concentration subjectifs sauf en dehors des abus éthyliques ponctuels lorsque des troubles de la concentration importants étaient présents. 11.6. La Cour de céans avait constaté que les médecins traitants et experts s'accordaient sur le fait que la situation n'avait pas évolué depuis de nombreuses années. Depuis le dépôt de la première demande, le recourant avait la très forte conviction d'être invalide. Des facteurs extra-médicaux influençaient le tableau de manière négative, au centre duquel un contexte social extrêmement précaire avec un déconditionnement au travail et une mise à l'aide sociale de très longue durée, et cette conviction d'être invalide (doc. 304). 12. Etat de santé et capacité de travail au moment de la décision querellée du 22 juin 2023 Le 14 mai 2021, le recourant a déposé une cinquième demande de prestations (doc. 310). Divers rapports ont été produits dans le cadre de cette nouvelle demande. 12.1. Rapports des médecins traitants 12.1.1. Dans un rapport du 1er juillet 2020, le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant du recourant, a posé les diagnostics de syndrome lombaire fonctionnel et pseudo- radiculalgie diffuse dans le membre inférieur droit associé à une hypercyphose et une hyperlordose lombaire, polyarthralgie migrante intermittente (genoux et pieds entre autres), syndrome douloureux chronique et troubles psychiques. Il a indiqué que le recourant présentait un syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les articulations. Il n'était pas exclu qu'une arthrose des genoux jouait un rôle aggravant dans la symptomatologie. A moyen et long terme, le recourant devait entreprendre un changement de paradigme. Il devait se focaliser sur ses capacités résiduelles et non plus sur ses douleurs (doc. 315). 12.1.2. Le 26 février 2021, la Dre C. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant du recourant, a posé les diagnostics probables de spondylarthrite axiale, périphérique et enthésitique, sudation nocturne, perte de poids, et possible polymédication. Une imagerie par résonance

magnétique (ci-après: IRM) de la colonne cervico-dorso-lombaire avait été effectuée le 11 décembre 2020 et montrait des altérations structurelles compatibles avec une atteinte inflammatoire au long cours, qui, ensemble avec l'atteinte périphérique (discrètes douleurs

Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 des métacarpo-phalangiens et métatarso-phalangiens) et l'atteinte enthésiopathique (périarthrite bilatérale de la hanche), permettaient de conclure à une probable spondylarthrite, antigène HLA- B27 négative. En outre, une IRM de la colonne lombaire et des sacro-iliaques avait été effectuée le 6 mars 2019, laquelle avait mis en évidence une discrète altération de la partie intérieure des corps vertébraux étroits L4-L5 et un aspect discrètement bigarré de la moelle. En revanche, il n'y avait pas de sacro- iléite. De plus une IRM du pelvis avait été effectuée le 13 novembre 2019 mettant en évidence une nette inflammation à l'insertion de la musculature fessière sur le grand trochanter des deux côtés, de façon nettement prédominante à droite. Il n'y avait pas de compression au niveau du nerf sciatique visible (doc. 315). 12.1.3. Dans un certificat médical du 9 juillet 2021, la Dre D. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant du recourant, a mentionné que le recourant avait récemment été diagnostiqué avec une probable spondylarthrite axiale, périphérique et enthésitique (doc. 314). 12.1.4. Il ressort d'un rapport du 20 septembre 2021 établi par le Dr E. _____, psychiatre traitant du recourant, que, d'un point de vue psychiatrique, le recourant était en incapacité de travail à 100% depuis novembre 2006. Il avait dû arrêter son travail pour des raisons de santé, principalement pour des raisons somatiques et psychiatriques, celui-ci ayant développé une humeur dépressive qui était restée résistante à la thérapie jusqu'à ce jour. Il a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, trouble dépressif récurrent et autres troubles spécifiques de la personnalité. En raison des diagnostics, il existait des restrictions importantes (en théorie) en termes de capacité de concentration et d'autres exigences de base pour le marché du travail (doc. 317 s.). 12.1.5. Dans un rapport du 21 novembre 2021, le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant du recourant, a précisé que ce dernier présentait une incapacité de travail totale dans une activité manuelle. D'un point de vue rhumatologique, le recourant présentait actuellement des rachialgies clairement inflammatoires avec des réveils nocturnes vers 2-3 heures du matin chez un patient qui présentait par ailleurs une importante raideur matinale et une ankylose avec une distance mur-occiput à 2 cm, une ampliation thoracique à la limite de la normalité et une respiration quasi abdominale. Il présentait également quelques signes d'enthésopathies de la cage thoracique, de la ceinture pelvienne et des discrètes synovites au niveau des métacarpo-phalangiens 2 à 4 des deux côtés. Le diagnostic posé était celui de spondylarthrite axiale avec une touche enthésitique et périphérique. D'un point de vue rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de travaux répétitifs, pas d'exposition en milieu défavorable (froid, humidité, etc.), pas de station debout prolongée, pas de station assise prolongée, pas de marche, pas de position agenouillée, pas d'utilisations répétitives des membres supérieurs.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 Le pronostic sur le potentiel de réadaptation du recourant était mauvais. Les facteurs faisant obstacle à une réadaptation étaient une maladie active et clairement associée à des troubles dépressifs (doc. 321). 12.1.6. Dans un rapport du 23 décembre 2021, le Dr G. _____, spécialiste en hématologie et médecin traitant du recourant, a indiqué que les symptômes du recourant étaient une spondylarthrite axiale et enthésitique avec l'antigène HLA-B27 négatif. Les diagnostics de grave dépression et de douleurs lombaires avaient une incidence sur la capacité de travail du recourant (doc. 325 +

326). 12.1.7. Le 4 janvier 2022, le Dr F._____ a indiqué que les traitements n'apportaient aucune amélioration chez le recourant qui présentait les mêmes douleurs, les mêmes réveils nocturnes et la même raideur matinale. Dans ces conditions, il était passablement invalidé avec une spondylarthrite axiale très probable. Un essai avec un autre traitement allait être effectué (doc. 338). 12.1.8. Le 23 mai 2022, la Dre D._____ a précisé que les diagnostics de spondylarthrite axiale, état dépressif et syndrome anxieux, fatigue chronique, avaient une incidence sur la capacité de travail (doc. 338). 12.1.9. Le 24 mai 2022, le Dr G._____ a relevé les diagnostics de douleurs diffuses lombaires et de la hanche droite, syndrome d'apnée du sommeil, syndrome anxiodépressif, fatigue chronique, micro-hématurie récidivante et lobectomie thyroïdienne droite (doc. 338). Le 23 juin 2022, il a indiqué que le recourant était en mesure de travailler 1 heure par jour pendant 1 à 2 jours par semaine dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à la santé. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail était une spondylarthrite axiale et périphérique, ainsi qu'une dépression sévère (doc. 340). 12.2. Rapport du SMR 12.2.1. Le 22 décembre 2022, le SMR a rendu un rapport médical sur demande de l'OAI, sous la plume de la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport mentionne en outre, sur le plan somatique, l'appréciation du Dr I._____, spécialiste en rhumatologie et médecin du SMR, sans toutefois que la signature de ce médecin ne figure au pied du rapport. 12.2.2. La Dre H._____ a relevé que, sur le plan psychique, le Dr E._____ avait exposé de façon exhaustive les diagnostics retenus. Néanmoins, ces diagnostics avaient été discutés de façon différenciée, compétente et convaincante, dans l'expertise de 2018. Le rapport médical ne fournissait pas de nouveaux éléments qui n'étaient pas déjà connus et discutés dans le cadre de cette dernière expertise psychiatrique. Il s'agissait dès lors d'une différente appréciation d'un même état de fait. 12.2.3. Le recourant était connu pour un syndrome douloureux chronique, de type trouble douloureux somatoforme persistant, largement investigué dans la dernière expertise psychiatrique de 2018 figurant au dossier. L'expert psychiatre avait discuté dans son expertise la problématique du déconditionnement musculaire qui, d'un point de vue médical, faisait sens, le recourant n'ayant plus d'activité physique soutenant le développement et maintenant son appareil musculaire.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 Depuis la nouvelle demande de prestations, il était fait part d'un nouveau diagnostic de spondylarthrite qui était traité par différents immunosuppresseurs, ce sans succès. 12.2.4. L'absence complète de réponse à deux traitements de spondylarthrite pouvait suggérer que le diagnostic n'était peut-être pas le bon ce qui expliquait l'absence complète de réponse clinique. 12.2.5. Par ailleurs, l'anamnèse était dominée par un tableau douloureux chronique, au cœur duquel il n'était pas aisé d'extraire une anamnèse spécifique de douleurs inflammatoires. Dans ce contexte asséurologique, il était important de ne pas surestimer le subjectif au détriment des notions objectives du status clinique, des examens de laboratoire et des examens radiologiques. Le status clinique ne montrait aucune arthrite, des synovites discrètes de la base des doigts, aucune enthésite du point de vue objectif. Les rhumatologues ne décrivaient aucune limitation fonctionnelle objective qui limiterait significativement la capacité de travail du recourant comparativement à la situation évoquée dans la dernière expertise psychiatrique. A l'examen, il était juste relevé une distance paroi-occiput de 2 cm, ce qui voulait dire que le recourant ne pouvait toucher la paroi avec sa tête. Les rotations de la tête demeuraient non altérées tout comme la mobilité des rachis dorsal et lombaire. L'examen sacro-iliaque n'était pas décrit comme anormal. Le tableau clinique décrit n'était pas celui d'un recourant

ankylosé que la maladie soit active ou que l'état soit séquellaire d'une maladie non diagnostiquée depuis de nombreuses années. Les examens de laboratoire révélaient l'absence de l'antigène HLA-B27 qui était un marqueur d'un territoire génétique sur lequel pouvait fréquemment se développer une spondylarthrite. Les rapports médicaux ne décrivaient aucune augmentation des paramètres inflammatoires comme la vitesse de sédimentation ou la protéine C réactive. Il n'y avait pas d'anémie, pas de thrombocytose et pas de leucocytose qui pouvaient traduire un syndrome inflammatoire dans le contexte d'une maladie inflammatoire. 12.2.6. Différents examens IRM du rachis et du bassin avaient été réalisés. Il était évoqué de discrètes lésions du dos qui pouvaient coller à une spondylarthrite axiale. Aucune lésion de type Romanus ou Andersson n'était rapportée (manifestations axiales d'une spondylarthrite). Les sacro-iliaques, articulations centrales autour desquelles pouvait se construire un diagnostic de spondylarthrite, étaient normaux. L'IRM du bassin montrait deux lésions au niveau de l'insertion des muscles fessiers sur le grand trochanter. Il s'agissait d'une atteinte tendineuse (selon le dossier, seule la droite était symptomatique). Vu la localisation des lésions, le plus probable était de retenir ces lésions dans un contexte mécanique dégénératif de surcharge d'atteinte tendineuse chez un recourant déconditionné. Les lésions lombaires étaient compatibles avec une maladie dégénérative dont il restait les séquelles sous forme de dégénérescence graisseuse accompagnées de quelques résidus inflammatoires qui étaient à voir dans une pathologie dégénérative. 12.2.7. Mis à bout, un diagnostic de spondylarthrite ne pouvait atteindre le niveau de vraisemblance prépondérante au niveau IRM pour être retenu comme aggravant le tableau clinique de manière significative. Pour les lésions décrites en IRM, il était retenu au premier plan des éléments rapportés de lésions dégénératives au niveau lombaire et autour des grands trochanters.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 12.2.8. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles objectives ou de limitations cliniques qui pouvaient devenir le fondement d'une incapacité de travail significative de longue durée. Globalement, il n'existait pas d'atteinte à la santé qui modifierait de manière significative le profil d'exigibilité et qui ferait valoir une dégradation de l'état de santé du recourant depuis la dernière expertise psychiatrique. Il existait des changements de l'état de santé du recourant, mais pas de détérioration objectivée par des limitations fonctionnelles objectives de l'examen rhumatologique. En admettant qu'il fallait retenir une spondylarthrite comme diagnostic rhumatologique, il n'était pas documenté de limitations fonctionnelles objectives en lien avec ce diagnostic. Même avec des discrètes synovites des doigts, le Dr F. _____ était d'avis que le recourant n'était pas limité jusqu'à 10 kg. En conclusion, tant sur le plan psychiatrique que somatique, le profil d'exigibilité n'avait pas changé depuis la dernière décision du 17 juillet 2018 (doc. 344). 12.3. Rapports rendus dans le cadre de la procédure d'opposition 12.3.1. Le 1er février 2023, le Dr F. _____ a relevé que la maladie du recourant était active, malheureusement réfractaire aux traitements conventionnels, avec des synovites périphériques et surtout d'une atteinte axiale invalidante. Une spondylarthrite active réfractaire aux traitements représentait un fondement clair et indiscutable pour une incapacité de travail significative de longue durée en imposant des limitations fonctionnelles objectives et cliniques importantes. Il existait sans aucun doute une atteinte somatique nouvelle non présente au moment de l'expertise psychiatrique et de la décision de 2018, atteinte somatique rhumatologique inflammatoire active et invalidante incompatible avec son ancienne activité professionnelle, atteinte qui représentait sans aucun doute le fondement d'une incapacité de travail significative de longue durée (doc. 349).

12.3.2. Dans un rapport du 21 juin 2023, la Dre J. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin du SMR, est arrivée à la conclusion que le rapport du Dr F. _____ n'avait pas modifié les conclusions prises dans le rapport du 22 décembre 2022. Elle a indiqué que le médecin précité n'avait fourni aucune preuve médicale en lien avec la spondylarthrite axiale. Il n'était par ailleurs pas nécessaire de mener d'autres investigations ou de demander des compléments d'information (doc. 350).

E. 13

Rapports produits dans le cadre de la procédure de recours

E. 13.1

Plusieurs rapports ont été produits dans le cadre de la présente procédure. A ce titre, il est précisé que les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse n'ont pas à être prises en compte dans la présente procédure de recours. Toutefois, de tels rapports doivent être pris en considération s'ils permettent de tirer des conclusions sur la situation antérieure à la date de la décision querellée (VALTERIO, Commentaire – LAI, 2018, art. 31 n. 20 et les références). Il sera dès lors fait état ci-après uniquement des rapports permettant de tirer des conclusions sur la situation antérieure au 22 juin 2023, date de la décision querellée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22

E. 13.2

Dans un rapport du 10 novembre 2023, le Dr F. _____ a indiqué que l'état général du recourant n'était pas bon avec une évolution malheureusement défavorable. Le recourant restait très symptomatique et invalidé par des douleurs ostéoarticulaires axiales et périphériques avec un impact significatif sur sa qualité de vie et sa capacité de travail.

E. 13.2.1

La situation était compliquée par des comorbidités psychiatriques, mais d'un point de vue strictement ostéoarticulaire on notait déjà une maladie toujours active invalidante avec des douleurs inflammatoires importantes associées à des réveils nocturnes vers 3 heures du matin qui obligeaient le recourant à se lever. Les douleurs étaient associées à une raideur matinale d'environ 2 heures et une fatigue importante. Les diagnostics restaient, d'un point de vue ostéoarticulaire, les mêmes avec une spondylarthrite axiale, périphérique et enthésitique.

E. 13.2.2

Même en se limitant uniquement à l'atteinte ostéoarticulaire, les limitations étaient importantes en raison de la combinaison d'une atteinte axiale, mais aussi périphérique et enthésitique. Le fait que ces limitations étaient secondaires à un rhumatisme inflammatoire était un facteur défavorable, ces derniers étant associés à une fatigue et une fatigabilité plus importante, avec comme corrélat une baisse de rendement. D'un point de vue rhumatologique, on pouvait certainement retenir comme limitations le port de charges supérieur à 10 kg, les mouvements répétitifs, les mouvements fins des mains en raison des synovites, l'utilisation des bras au-dessus du plan des épaules, le travail nécessitant une extension de la tête (cyphose dorsale), la position stationnaire debout ou assise de plus de 30 minutes, le travail en flexion antérieure du tronc ou l'exposition au froid ou l'humidité. Le rendement était également diminué par une fatigue et fatigabilité associées au

rhumatisme inflammatoire. Ces limitations étaient clairement incompatibles avec son ancienne activité d'aide-maçon, ouvrier de production et, malheureusement, peu compatibles avec une activité adaptée.

E. 13.2.3

Les deux rapports médicaux du SMR démontraient une méconnaissance de la rhumatologie inflammatoire, ce qui n'empêchait pas les rapporteurs d'avoir des opinions tranchées, comme par exemple dans le rapport du 22 décembre 2022 l'affirmation que si le recourant devait souffrir d'une pathologie inflammatoire non traitée depuis toutes ces années, on se serait attendu avec une vraisemblance prépondérante à un tableau inflammatoire bien établi en IRM. Cette affirmation était totalement fautive et indéfendable d'un point de vue médical. L'absence d'intérêt diagnostique ou pronostique des IRM répétées avait été malheureusement bien démontrée. De manière similaire, dans le rapport de décembre, la psychiatre s'attendait à ce que les examens radiologiques standards auraient permis de démontrer les stigmates d'une spondylarthrite. A nouveau cela dénotait une méconnaissance complète du sujet. Une vieille étude sur la cohorte de Barth, cohorte anglaise bien établie et célèbre dans le domaine, établissait que moins de 60% des patients démontraient les « stigmates » radiologiques de spondylarthrite après 20 ans d'évolution. Les rapporteurs notaient aussi qu'une fibromyalgie pouvait avoir des douleurs nocturnes, ce qui était vrai comme pour tous les patients souffrant de lombalgies même banales. Toutefois, il n'avait pas décrit des douleurs nocturnes, mais bien un tableau des rachialgies inflammatoires associant des douleurs nocturnes réveillant le recourant en deuxième partie de nuit, le forçant à se lever, et associées à une raideur matinale de plusieurs heures, ce qui était totalement différent. Surtout, ce tableau s'associait à d'autres anomalies, en particulier les synovites retrouvées au niveau

Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 périphérique à plusieurs reprises à l'examen clinique, synovites qui démontraient la présence d'une atteinte articulaire synoviale qui ne pouvait s'expliquer que par un rhumatisme inflammatoire. Il s'agissait bien de douleurs nocturnes, mais des douleurs nocturnes dans un contexte où seul le diagnostic de spondylarthrite était raisonnable avec une vraisemblance prépondérante. Finalement, la non-réponse du recourant aux traitements n'était nullement un facteur d'exclusion du diagnostic, avec une amélioration significative sous traitement chez 30% à 50% de la population au mieux, et ce, même dans les études cliniques avec une population tirée et sélectionnée présentant toutes les anomalies IRM et biologiques possibles et l'absence de doute quelconque sur le diagnostic.

E. 13.2.4

Le recourant souffrait de rachialgies et de douleurs périphériques associées à des synovites, tableau clinique qui ne pouvait être expliqué que par un diagnostic de spondylarthrite, diagnostic qui ne pouvait être basé que sur avis d'expert, qui se basait sur un ensemble d'éléments multiples, avis où l'absence de stigmate radiologique, d'évolution des anomalies IRM ou de réponse aux traitements n'a aucun rôle de facteur d'exclusion.

E. 13.3

Dans un avis du 4 décembre 2023, la Dre J. _____ a indiqué que le Dr F. _____ n'apportait médicalement rien de nouveau.

E. 13.4

En date du 29 mai 2024, l'OAI a indiqué avoir sollicité l'avis d'un autre médecin du SMR, dès lors que les rapports du médecin précédent avaient été critiqués dans d'autres dossiers (voir notamment arrêt TC FR 608 2023 38 du 19 janvier 2024). Le Dr K._____, spécialiste en médecine générale et médecin du SMR, a indiqué que les précédents rapports du SMR avaient été établis de manière multidisciplinaire, détaillée et compréhensible, de sorte qu'ils pouvaient être suivis.

E. 14

Discussion relative à la force probante des rapports des médecins du SMR

E. 14.1

Pour rendre la décision litigieuse, l'OAI s'est fondé sur les rapports des médecins du SMR. A ce titre, le recourant mentionne que, dès lors que les médecins précités n'ont aucune connaissance en rhumatologie, c'est l'avis du Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, qui aurait dû être suivi. Par ailleurs, il soutient que les médecins du SMR ne pouvaient pas se prévaloir de l'échec d'un traitement pour arriver à la conclusion que le diagnostic de spondylarthrite était erroné. Selon lui, le rapport du 22 décembre 2022 n'a ainsi aucune valeur.

E. 14.2

Il convient d'emblée de relever que trois médecins spécialistes du SMR se sont prononcés sur la cinquième demande de prestations, soit les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi que K._____, spécialiste en médecine générale. En outre, pour ce qui est du plan somatique, la Dre H._____ a intégré dans son rapport du 22 décembre 2022, l'appréciation du Dr I._____, spécialiste en rhumatologie (ci-avant: consid. 12.2.1).

E. 14.3

La Cour constate que les rapports rendus par ces médecins, en particulier celui du 22 décembre 2022 de la Dre H._____, se fondent sur un examen complet du dossier, en pleine connaissance de l'anamnèse. Les médecins du SMR ont exposé de manière claire et précise le

Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 contexte et l'appréciation médicale, ainsi que les conséquences des troubles du recourant sur sa capacité de travail. En particulier, ils ont pris en compte le fait que l'anamnèse du recourant était dominée par un tableau douloureux chronique et ont intégré dans leur appréciation l'évolution de l'état de santé depuis la première demande. Les rapports reposent ainsi sur une appréciation globale de l'état de santé du recourant.

E. 14.4

L'appréciation du Dr F._____ ne permet pas à elle seule de remettre en cause la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins du SMR. En effet, le médecin traitant du recourant n'a pas procédé à une appréciation globale de l'état de santé de ce dernier, son avis ne tenant pas compte du trouble somatoforme douloureux persistant qui a été diagnostiqué dès la première demande de prestations, notamment par plusieurs experts. Le caractère probant de ses rapports doit dès lors être relativisé. Par ailleurs, le seul fait que le médecin traitant est spécialiste en rhumatologie ne permet pas de donner la priorité à son avis, ceci a fortiori au vu du fait que le rapport du 22 décembre 2022 du SMR intègre

l'appréciation d'un spécialiste en rhumatologie. Dans tous les cas, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un avis médical n'est pas son origine mais son contenu. De plus, contrairement à ce que sous-entend le recourant, les médecins du SMR ne se basent pas uniquement sur l'échec du traitement pour infirmer le diagnostic de spondylarthrite. Comme exposé ci-avant, ils ont procédé à une analyse détaillée pour arriver à la conclusion que le diagnostic précité ne pouvait pas être retenu. La constatation des médecins du SMR ne constitue ainsi qu'un élément parmi d'autres parlant en défaveur de la présence d'une telle maladie (sur ce point voir notamment arrêt TF 8C_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 5.2.3).

E. 14.5

Au vu de ce qui précède, on ne saurait dénier toute valeur probante aux rapports des médecins du SMR, aucun élément n'étant propre à remettre en cause leur fiabilité et leur pertinence. Par conséquent, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (ci-avant: consid. 6.4 et 6.5).

E. 15

Discussion relative à l'aggravation de l'état de santé du recourant

E. 15.1

Concernant les troubles psychiques du recourant, il y a d'emblée lieu de relever que ceux-ci ne se sont pas aggravés depuis la dernière décision entrée en force, le tableau clinique se superposant à celui qui avait déjà été examiné dans la décision précitée. Le recourant n'invoque d'ailleurs aucune aggravation de son état psychique. Aucune révision de la rente ne se justifie dès lors sous cet angle.

E. 15.2

Sur le plan somatique, il ressort des divers rapports médicaux exposés ci-avant que le recourant se plaint de douleurs au niveau du dos. En lien avec ces douleurs, les médecins traitants, notamment le Dr F._____, ont posé le diagnostic de spondylarthrite axiale, périphérique et enthésitique. Pour leur part, les médecins du SMR sont d'avis qu'un diagnostic de spondylarthrite ne peut atteindre le niveau de vraisemblance

Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 prépondérante et que ces douleurs sont en partie liées à des lésions dégénératives au niveau lombaire.

E. 15.3

Le fait que le recourant présente des douleurs au dos n'est ainsi en soi pas contesté. Du point de vue de l'assurance-invalidité, la question déterminante est toutefois de savoir si ces troubles ont aggravé l'état de santé existant au moment de la dernière décision entrée en force, respectivement s'ils amènent à un changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente.

E. 15.4

Il ressort du dossier qu'avant la cinquième demande de prestations, le recourant présentait déjà des douleurs au dos. En effet, depuis le printemps 2001, le recourant était suivi par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, pour des douleurs thoraciques irradiant dans la région dorsale (doc. 260 p. 615). Dans un rapport du 23 septembre 2003, ce médecin avait expliqué que le recourant avait commencé à se plaindre au printemps 2001 de douleurs thoraciques atypiques irradiant dans la région pectorale et

dorsale gauche accompagnées d'importants symptômes neurovégétatifs et ayant motivé à l'époque de nombreuses consultations dans le service des urgences de M. _____ (doc. 14). Un problème de dos était également déjà évoqué dans l'expertise de 2006 (doc. 74 p. 155). Par ailleurs, lors d'un séjour au Centre de soins hospitaliers de N. _____ en 2018, le recourant avait fait part de douleurs en regard lombaire (doc. 285). Il ressort également de l'expertise de 2018 que le recourant se plaignait de maux de dos pour lesquels il faisait de la physiothérapie, ainsi que de douleurs diffuses, fluctuantes, mal systématisées qui justifiaient une prise quotidienne d'ibuprofène. Ces douleurs avaient été qualifiées par l'expert de trouble douloureux somatoforme persistant (doc. 260; ci-avant: consid. 11.4).

E. 15.5

Ainsi, force est de constater que les troubles dorsaux du recourant ne sont pas nouveaux et ont déjà été pris en compte dans l'expertise de 2018, sur laquelle s'est fondé le jugement du 14 novembre 2019, dernière décision entrée en force. Plus précisément, des douleurs diffuses avaient été prises en compte pour fixer les limitations fonctionnelles du recourant, lesquelles ne l'empêchaient pas d'exercer une activité adaptée sans baisse de rendement (ci-avant: consid. 11.5).

E. 15.6

Aucun élément ressortant du dossier ne permet de conclure que les douleurs du recourant ont évolué au point de modifier de manière significative le profil d'exigibilité. En effet, comme exposé ci-avant, le diagnostic de spondylarthrite axiale a été posé par le Dr F. _____, sans toutefois tenir compte de l'historique médical du recourant, lequel souffre de trouble somatoforme douloureux persistant et présente un important décalage entre ses plaintes et les observations médicales, éléments pourtant déterminants pour établir un rapport complet et évaluer la capacité de travail du recourant. Les autres médecins traitants faisant mention d'un diagnostic de spondylarthrite n'ont pas non plus intégré dans leurs appréciations ces éléments, à l'exclusion du Dr B. _____. En effet, le médecin précité, également spécialiste en rhumatologie et médecin traitant, avait mis au premier plan un syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les articulations pour expliquer les douleurs, sans poser de diagnostic de spondylarthrite. Ce médecin a également indiqué qu'à

Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 moyen et long terme, le recourant devait entreprendre un changement de paradigme en se focalisant sur ses capacités résiduelles et non plus sur ses douleurs. Dans ces circonstances, il y a lieu d'admettre que, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, les douleurs au dos du recourant ne se sont pas aggravées et sont toujours la conséquence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Les plaintes du recourant tiennent à la présence de nombreux facteurs échappant au domaine de l'assurance-invalidité, notamment un processus d'invalidation avancé et un déconditionnement, facteurs présents depuis la première demande. On ne peut ainsi suivre le recourant et ses médecins traitants lorsqu'ils prétendent qu'il existe une atteinte somatique rhumatologique inflammatoire nouvelle non présente au moment de l'expertise psychiatrique et de la décision de 2018.

E. 15.7

Dans tous les cas, même à considérer que le diagnostic de spondylarthrite devrait être retenu, les limitations exposées par le médecin traitant (ci-avant: consid. 12.1.5 et 13.2.2) ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée. A ce titre, il est rappelé que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré dans lequel

restent exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligation de la part de l'employeur (ci-avant: consid. 4.3). Par ailleurs, le Dr F. _____ a uniquement fait mention d'une incapacité de travail dans une activité manuelle ou dans l'ancienne activité du recourant. C'est seulement dans le cadre de la procédure de recours que le médecin traitant a précisé que les limitations fonctionnelles étaient « peu compatible[s] avec une activité adaptée », sans toutefois motiver son avis. En outre, le Dr G. _____ a indiqué que le recourant pouvait travailler 1 heure par jour pendant 1 à 2 jours par semaine (ci-avant: consid. 12.1.9). Cette appréciation ne peut toutefois pas être suivie dans la mesure où le médecin précité tient compte d'une dépression sévère comme ayant une incidence sur la capacité de travail, quand bien même il a été démontré à plusieurs reprises que les troubles psychiques du recourant n'étaient pas invalidants. De plus, comme il l'a été rappelé ci-avant, le Dr B. _____ a relevé que le recourant devait se focaliser sur ses capacités résiduelles et non plus sur ses douleurs, ce qui va clairement dans le sens d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 16

Synthèse et sort du recours Au vu de tout ce qui précède, aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'a pu être établie sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la cinquième demande de prestations déposée le 14 mai 2021. Partant, le recours est rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 22

E. 17

Frais et assistance judiciaire

E. 17.1

Le recourant a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (605 2023 157) pour la procédure de recours. Selon l'art. 61 let. f LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. 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 ou 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). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). 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).

E. 17.2

En l'espèce, le recourant est suivi par le service social et ne possède aucune fortune, de sorte qu'il ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Par ailleurs, il ne peut être considéré que le recours était d'emblée dénué de chances de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et que Me Benoît Sansonnens est désigné comme défenseur d'office.

E. 17.3

Le 9 juillet 2024, le mandataire a produit une liste de frais faisant état d'un montant total de CHF 3'821.22, à savoir CHF 3'495.- au titre d'honoraires (19 heures et 25 minutes au tarif de CHF 180.- / heure), CHF 51.80 au titre de débours et CHF 274.42 au titre de TVA. Il s'avère que 5 heures 30 minutes de travail ont été comptabilisées pour la rédaction du recours, pour un mémoire de 9 pages, dont 3 pages de faits et 1 page et demie de motivation en droit, et pour une requête d'assistance judiciaire de 4 pages. Au vu de la question litigieuse en l'espèce, qui se résume à l'aggravation de l'état de santé en raison de troubles physiques, qui plus est dans un domaine juridique régi par les maximes d'office et inquisitoire, il semble qu'une telle durée soit quelque peu excessive. Cela d'autant plus que le défenseur a déjà dédié 6 heures à l'étude du dossier et 1 heure 10 minutes en tant que « notice sur le dossier AI ». Dans ces conditions, on retiendra un temps global de 10 heures pour la rédaction du recours et l'étude du dossier. Partant, l'indemnité est fixée à CHF 3'304.25, à savoir CHF 3'015.- au titre d'honoraires (16 heures 45 minutes à CHF 180.- / heure), CHF 51.80 à titre de débours et CHF 237.45 au titre de la TVA

Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 (calculée à 7.7% pour les opérations antérieures au 1er janvier 2024, soit CHF 210.90, et à 8.1% pour celles postérieures à cette date, soit CHF 26.55). Un tel montant semble adéquat afin de tenir compte du travail strictement nécessaire à effectuer dans ce type d'affaire, dans le cadre, on le rappelle, d'une procédure soumise à la maxime d'office.

E. 17.4

Finalement, la procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire accordée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours (605 2023 156) est rejeté. Partant, la décision du 22 juin 2023 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2023 157) est admise. Partant, Me Benoît Sansonnens est désigné défenseur d'office du recourant. III. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office est fixée à un montant de CHF 3'304.25, TVA par CHF 237.45 comprise. Elle est mise à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 23 juillet 2024/anm Le Président La Greffière