

FR_GERICHTE 608 2014 151 vom 1. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_151

FR: FR_GERICHTE 608 2014 151 du 1 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 151 del 1 giugno 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 24

mai 2016. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile par un assuré, dûment représenté, directement atteint par la décision querellée et ayant un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. En particulier, 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 (arrêt TF I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. 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. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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). b) Il découle de la 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). 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 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). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 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 122 V 157 et les références citées). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2e ph. LPGA). Enfin, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.). c) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). d) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de

rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 3. Conformément à l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de révision (cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; 831.201]; voir ATF 133 V 108 consid. 5 et réf. cit.), le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force 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 et 130 V 71 consid. 3). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, singulièrement sur le point de savoir si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, on est en présence, ou non, d'une modification sensible de l'état de santé de celui-ci depuis la précédente procédure. Les parties s'opposent en particulier sur la capacité de travail ainsi que sur la fixation du revenu d'invalidité. Dans ce cadre, le recourant se plaint notamment d'une instruction insuffisante. a) Au temps où l'OAI avait refusé la première fois un droit aux prestations, respectivement en 2005 et 2007, hormis à celle de l'aide au placement, sur le plan somatique, en substance (cf. en particulier l'arrêt du Tribunal cantonal du 12 mars 2010), les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, ainsi que de dysbalance musculaire (hypoplasie de la musculature du dos) et de maladie de Forestier avaient été retenus, ces deux derniers n'influençant pas la capacité de travail; si l'ancienne activité (lourde) de maçon-manœuvre ne pouvait dès lors plus être exercée, en revanche, une activité légère (voire moyenne) adaptée pouvait l'être, à 100%, qui plus est sans perte de rendement pour la plupart des médecins – un 10% sera néanmoins retenu par l'OAI, sur la base de l'avis de son médecin SMR; les limitations fonctionnelles à respecter étaient celles d'une activité alternant les positions assise et debout, sans travail en hauteur ou port de charges supérieurs à 10 kg, dans un environnement

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 approprié. Sur le plan psychiatrique, le patient souffrait de dysthymie, sans influence sur la capacité de travail ni le rendement. b) Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, les éléments suivants ont été apportés quant à l'état de santé et la capacité de travail résiduelle de l'assuré: Dans son rapport du 21 septembre 2012 (dos. OAI 309), qui reprend pour l'essentiel celui du 22 mars 2012 (dos. OAI 281; depuis le 7 mars 2012, le patient n'a plus été revu), le Dr B. _____, FMH médecine physique et rééducation, pose les diagnostics de cyphose dorsale (M40.2) et d'hyperlordose lombaire (M40.5) sur maladie de Forestier (M48.1) avec spondylarthrose multiétagée sans atteinte neurologique (M47.8); de fibromatose de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren

M72.0). Selon lui, l'état de santé s'est aggravé et il y a des changements dans les diagnostics – sans cependant qu'il ne précise cet élément, hormis la mention de discopathies L3-4 et L4-5 stade Firman respectivement III et IV –, ce "depuis environ 2008 progressivement". "Le pronostic est réservé, puisqu'il s'agit donc de troubles dégénératifs progressifs. Quant au travail, ces troubles statiques sont un critère pour ne plus exiger un travail lourd de manutention sur un chantier. Par contre, les douleurs statiques du dos ne justifient pas une invalidité complète. Il possède une capacité de travail résiduelle dans une profession type industrielle légère, à savoir emballage, contrôle de qualité, supervision d'une chaîne de production, etc.". Les limitations fonctionnelles à observer sont les suivantes: une capacité réduite pour soulever et porter; ceci est possible à 5 kg plusieurs fois par jour, 10 kg très rarement; avec des moyens auxiliaires, il pourrait porter des charges plus lourdes; pas de charges asymétriques et inattendues; devraient être évités les travaux au-dessus du niveau de la tête ainsi que les vibrations; les mouvements de rotation répétés devraient être limités; de même que la position prolongée avec la tête penchée en avant soit en position debout soit assise. L'activité devrait de préférence se faire en position assise avec la possibilité d'alterner la position. Le médecin ne se prononce pas davantage sur les effets de la seule atteinte somatique sur la capacité de travail. En effet, il estime "qu'il faut tenir compte aussi de sa pathologie psychique, non négligeable". Il lie donc les pathologies somatique et psychique invoquées pour conclure à une capacité de travail résiduelle de 50% au maximum "selon douleur ou symptôme psychique" (cf. rapport du 22 mars 2012), avec une diminution de rendement de 20 à 30%. L'assuré a cessé la physiothérapie il y a environ six mois. Quant au médecin traitant, le Dr C. _____, FMH médecine interne générale, s'il atteste (dos. OAI 261), le 19 mars 2012, dès ce jour une incapacité totale – sans autre détail, et notamment pas quant au motif pour lequel il s'écarte ainsi de l'exigibilité à 100% dans une activité adaptée ressortant de son rapport du 2 janvier 2007, dos. OAI 152) –, il se borne, dans son rapport du 8 octobre 2013 (dos. OAI 335), à évoquer, sans se prononcer pour autant (expressément) quant à la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, une aggravation de l'état de santé et un changement dans les diagnostics, sans donner une quelconque indication à cet égard, hormis que selon les rapports intermédiaires de l'hôpital D. _____ et du service de rhumatologie de E. _____, "eine weitere Verschlechterung" est intervenue. S'agissant du moment à partir duquel cette aggravation est intervenue, et de son importance, il est simplement dit que l'intéressé a travaillé comme maçon depuis ses dix ans, qu'il a atteint depuis longtemps "seine Lebensarbeitszeit", qu'il est à présent complètement usé, et qu'il est sans travail depuis 2004, soit des considérations qui ne constituent pas une argumentation médicale (détaillée et motivée) et qu'il avait de plus déjà énoncées dans la procédure précédente. En sus, le médecin produit une copie de son rapport du 2 janvier 2007 précité; quant aux rapports qu'il évoque, il s'agit de celui du 5 octobre 2006 des Drs F. _____ et G. _____, tous deux FMH rhumatologie et médecine

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 interne générale, rapport également pris déjà en compte dans le cadre de la première demande, et de ceux du Dr B. _____ susmentionnés. Le 23 décembre 2013 (dos. OAI 343), le Dr H. _____, FMH médecine interne générale, du Service médical régional concerné (SMR), retient que l'exigibilité est toujours de 100% dans une activité adaptée; seules doivent être actualisées les limitations fonctionnelles; il reprend à cet égard ce que mentionné par le Dr B. _____. En raison du besoin accru de pause et du décrit mentionnés par ce dernier, ainsi qu'au vu de l'évolution de la maladie, une diminution de rendement de l'ordre de 10% doit être prise en compte. Au plan

psychiatrique, l'état et l'exigibilité sont inchangés. En procédure de recours, le recourant indique avoir reçu plusieurs rapports médicaux. Aucun n'a été cependant produit avant la séance du 23 mai 2016 (cf. infra). Seul le fut, le 24 août 2015, un rapport, du 16 mars de la même année, de la psychologue spécialisée en psychothérapie FSP I. _____, dans lequel étaient posés les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et de trouble du langage (bégaiement; F98.5). Il "semble important que ce patient puisse bénéficier de l'aide et du soutien de l'assurance(-)invalidité dans le contexte de sa maladie somatique". En outre, un suivi psychothérapeutique permettrait "de travailler l'activation comportementale, la gestion de l'humeur et des douleurs ainsi que l'acceptation de sa situation". Le 23 mai 2016, le recourant verse au dossier le rapport du 2 avril 2015, du Dr B. _____. Celui-ci reprend (très largement) les diagnostics et le contenu de ceux des 22 mars et 21 septembre 2012 susmentionnés. A raison, dans la mesure où il appert qu'après une hospitalisation début 2008, le médecin n'a revu le patient qu'au printemps 2012. "Par rapport au diagnostic décrit en 2004 et 2005, on observe une progression de la cyphose dorsale ainsi qu'une hyperlordose lombaire et une discopathie qui ne touche actuellement pas seulement le niveau L4-L5 mais aussi L3-L4. On note aussi une progression de l'arthrose facettaire. En résumé, on a une progression des discopathies dégénératives, de la spondylarthrose multi-étagée et des troubles statiques." "La progression correspond à environ 20% de péjoration morpho-anatomique." Il possède une capacité de travail résiduelle, par contre "il faudrait revoir la vigilance, l'attention et la concentration qui, dans ce cas, pourraient être diminuées par la comorbidité psychiatrique (à voir avec le psychiatre). On pourrait aussi rencontrer une diminution du rendement dans une telle activité si le patient doit maintenir une position statique de manière prolongée. Il faut donc veiller qu'il puisse changer de positions régulièrement et en même temps faire des pauses. Ceci va avoir nécessairement une influence sur le rendement. Je pense donc que même dans une activité légère, son rendement sera plutôt entre 50 et 70%." c) La Cour retient ce qui suit: aa) L'assuré a déposé une nouvelle demande en 2012 sur le conseil du Dr B. _____, lequel considérait que son état de santé s'était péjoré depuis la première consultation de 2004 (cf. rapport du 22 mars 2012). Or, force est de constater que les diagnostics (somatiques) évoqués par le médecin précité et leur incidence sur la capacité ressortaient déjà (pour la plupart, à tout le moins) des pièces déposées dans le cadre de la précédente procédure, notamment par le Dr B. _____ lui-même, et furent dûment pris en compte notamment dans l'arrêt du 12 mars 2010, entré en force. Il en va ainsi par exemple de l'(hyper)cyphose dorsale, de l'hyperlordose lombaire, de la maladie de Forestier (cf. rapports du Dr J. _____, FMH rhumatologie et médecine interne générale, du 23 mars 2004,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 dos. OAI 95, du Dr K. _____, du département de radiologie, des 24 et 25 mars 2004, dos. OAI 87s., du Dr B. _____, du 29 décembre 2014, dos. OAI 60 et du Dr C. _____, du 16 mai 2005, dos. OAI 82, et du Dr F. _____, FMH rhumatologie et médecine interne générale). Seule est nouvelle l'existence d'une fibromatose de l'aponévrose palmaire; mais il n'est pas dit que cette atteinte est déterminante quant à l'invalidité, le Dr B. _____ (cf. rapport du 22 mars 2012) se bornant à mentionner "un Dupuytren du 1er degré du 4ème doigt ddc"; en tout état de cause, rien n'indique que cela empêcherait ou diminuerait l'exigibilité d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. A noter encore qu'il ressort du rapport du Dr L. _____, spécialiste en radiologie, du 11 mai 2011 (dos. OAI 331), que la spondylarthrose en L3/4 et L4/5 est légère, et la spondylose en L3-L5, modérée. Il ressort

de ce qui précède qu'est toujours seule déterminante quant à la capacité de travail sur le plan somatique l'existence de lombo-cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis. Atteintes déjà constatées en 2004 (cf. formulaire de nouvelle demande de prestations du 17 avril 2012: atteinte existant depuis "2003/2004"), et, par nature, évolutives; l'on ne saurait dès lors considérer que cette modification n'est survenue qu'à partir de 2008, progressivement, comme l'évoque le Dr B. _____ (cf. rapport du 22 mars 2012). D'ailleurs, pour ce dernier, du fait des "troubles statiques modérés à importants de la colonne dorsale et lombaire, avec des altérations secondaires", un travail lourd ne peut être exigé – ce qui n'était au demeurant déjà pas contesté dans la procédure antérieure –, mais ces troubles ne justifient (toujours) pas une invalidité complète, une capacité de travail résiduelle demeurant – aucune diminution sur le seul plan somatique n'est exprimée à cet égard – dans une "profession type industrie légère, à savoir emballage, contrôle de qualité, supervision, d'une chaîne de production, etc.". Or, ce faisant, ce médecin reprend, très largement à tout le moins, son appréciation médicale développée dans son rapport du 29 décembre 2004 (dos. OAI 60). Et de fait, il appert que cette date de 2008 depuis laquelle une péjoration serait progressivement intervenue n'est basée que sur la mention par l'assuré qu'il est divorcé depuis 2008, vit seul dans un studio et n'a aucun loisir ni occupation, ce qui a trait uniquement à l'analyse "(e)n dehors de la partie somatique" qu'opère ce médecin (cf. infra). Le rapport du Dr C. _____, du 8 octobre 2013 (dos. OAI 335), n'apporte nul élément probant; aucun détail n'est en particulier donné quant à la capacité de travail résiduelle. Ainsi que dit, le praticien se contente de dire qu'une péjoration de l'état de santé et un changement dans les diagnostics sont intervenus, sans donner aucune précision à cet égard, et de renvoyer notamment à deux rapports déjà produits et appréciés dans la première procédure de demande de prestations. Les éléments ressortant du rapport du Dr B. _____, du 2 avril 2015, postérieur à la décision attaquée, s'inscrivent dans ce qui précède. Le médecin se réfère à une aggravation par rapport au diagnostic décrit en 2004 et 2005, soit une période observée dans la procédure précédente; il paraît n'avoir vu l'assuré qu'au printemps 2012. S'il est admissible, au vu des atteintes, qu'une évolution défavorable puisse intervenir ("progression des discopathies dégénératives, de la spondylarthrose multi-étagée et des troubles statiques"), pour autant, il n'est pas établi médicalement et objectivement que celle-ci ne soit survenue qu'ultérieurement à la période prise en compte dans le cadre de la demande de prestations AI précédente – de sorte que pour ce motif déjà, la péjoration morpho-anatomique d'environ 20% évoquée ne peut être retenue comme telle ici –, ni qu'il y ait là une aggravation déterminante quant à la capacité de gain. En effet, le médecin, non spécialiste dans ce domaine, mêle toujours une atteinte psychique influençant, le laisse-t-il

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 entendre, mais cela n'est pas avéré (cf. infra), la capacité de travail ("comorbidité psychiatrique"; effet sur la vigilance, l'attention et la concentration) à son évaluation de la capacité de travail résiduelle et du rendement; on ne peut dès lors rien tirer du chiffre, estimatif, hypothétique, d'un rendement "plutôt entre 50 et 70%". Cette fourchette de taux peut d'autant moins être prise en considération ici que ce médecin réitère nombre de diagnostics et appréciations mentionnés en 2004, année où il évoquait déjà un rendement pouvant être diminué jusqu'à 50%. De plus, s'agissant de l'aponévrose palmaire, on ne peut y voir là un élément décisif: le praticien lui-même ne la met pas en exergue s'agissant de la nature de la péjoration survenue, d'une part, ni ne dit qu'elle l'empêcherait d'exercer une des activités adaptées qu'il énumère, ni, enfin, ne la prend en considération pour les limitations fonctionnelles. On notera aussi qu'aucune limitation (du fait de la seule

atteinte somatique) du pourcentage auquel une activité adaptée peut être exercée n'est formulée dans ce rapport. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que les diagnostics somatiques déterminants dans cette situation existaient déjà auparavant, qu'ils sont effectivement de nature évolutive, mais qu'aucun élément probant n'établit que n'existe plus désormais une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dit autrement, rien ne justifie de s'écarter à cet égard de l'analyse, détaillée, opérée par l'Instance de céans dans son arrêt du 12 mars 2010. Seule se justifie une actualisation des limitations professionnelles – ce qu'admet le SMR –, étant relevé de surcroît que celles que mentionne le Dr B. _____ le 22 mars 2012 ne se différencient guère de celles ressortant de son rapport du 29 décembre 2004, ce qui témoigne aussi de l'absence d'une péjoration notable de l'état de santé sur le plan somatique et d'une modification importante de la capacité de travail résiduelle et donc de gain. Il appert que c'est surtout une diminution (légère) de la capacité de porter des charges qui existe. S'agissant de la perte de rendement admissible, il n'y a pas de motif de s'écarter du taux de 10% retenu par le SMR. Etant souligné que la diminution retenue (entre 20% et 30%) par le Dr B. _____ n'est formulée qu'à titre d'hypothèse (cf. également arrêt du 12 mars 2010 consid. 4.b; à noter qu'alors qu'il retenait, avec le rhumatologue M. _____, le 19 mai 2004 une exigibilité de 100% dans un travail adapté, sans aucune baisse de rendement mentionnée, cette dernière pouvait aller jusqu'à 50%, selon son rapport du 29 décembre 2004). On ajoutera encore que rien n'explique la différence entre le formulaire du 6 mars 2013, dans lequel l'assuré indiquait qu'il ne connaissait aucune impotence, et celui du 2 octobre 2013, où il dit avoir besoin d'aide régulière pour tous les actes ordinaires de la vie (mais pas pour entretenir des contacts sociaux, etc., en particulier). bb) S'agissant de l'atteinte psychique alléguée, ceci: Le Dr B. _____ invoque (cf. rapport du 21 septembre 2012) une "dépression modérée à sévère avec un isolement social, un manque structure journalière et l'absence de perspective d'avenir" chez un patient "déprimé" pour retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % au maximum, avec une diminution de rendement de 20 à 30%; cela peut se comprendre dans la mesure où, ainsi que développé ci-dessus, l'état somatique qu'il décrit ne fonde pas (à lui seul) ces différentes réductions. Dans son rapport du 2 avril 2015, il évoque à nouveau une atteinte psychique ("comorbidité psychiatrique", "à voir avec le psychiatre") et ses influences avant de procéder à une estimation de la perte de rendement – mais sans dire, cette fois, que la capacité de travail dans une activité adaptée serait moindre qu'un 100%. Quant à la valeur probante à donner à cette appréciation, la Cour souligne qu'elle ne constitue pas un diagnostic dûment établi par un médecin spécialiste en la matière. Au demeurant, ce médecin

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 décrivait déjà dans son rapport du 29 décembre 2004 un patient "déprimé" et évoquait un "état dépressif", mais aussi une certaine problématique du point de vue de la volonté. Comme dans la procédure précédente, l'assuré n'a jamais entrepris un suivi par un psychiatre – ni même un par un psychologue jusqu'au temps où fut rendue la décision attaquée (cf. infra). La médication (N. _____), légère, lui est toujours prescrite par son médecin généraliste traitant, manifestement, ainsi que le considère le SMR, "comme adjuvant aux douleurs rhumatismales mais non pas pour le traitement d'un épisode dépressif" (cf. rapport du 23 décembre 2013). L'on observera d'ailleurs que le dosage de cet antidépresseur a même pu être diminué par rapport à celui antérieur (cf. rapport du Dr C. _____ du 8 octobre 2013; expertise psychiatrique du

juillet 2007, p. 5). Aucun élément médical n'a été apporté qui justifierait de faire pièce aux constatations et aux conclusions, probantes, de l'expert-psychiatre s'étant auparavant prononcé. Rien n'établit qu'il existe en l'espèce une péjoration notable et durable de l'état santé psychique de l'assuré, avec répercussion sur sa capacité de gain, péjoration que l'assuré n'aurait pu empêcher en faisant preuve de bonne volonté. L'on observera d'ailleurs qu'il n'a pas été jugé nécessaire par, respectivement, l'assuré et ses médecins, de mettre en place un suivi et une modification de sa médication conformément à ce que préconisé dans l'expertise psychiatrique. De surcroît, tant dans le formulaire que l'assuré remplit les 17 avril 2012 et 6 mars 2013 que dans celui du 2 octobre 2013 qu'il déposa par le biais de son mandataire, ainsi que durant le temps, prolongé, pour lequel des objections pouvaient être fournies, aucune atteinte psychique ne fut même mentionnée (cf. les courriers du 24 mai 2012 et 13 février 2014). Enfin, on ne peut pas s'empêcher de relever que des facteurs psychosociaux et socioculturels imprègnent clairement cette situation, notamment des inquiétudes quant à sa situation financière et certaines difficultés familiales rencontrées. Or, outre que ces éléments ont pour l'essentiel déjà été évoqués par différents médecins (cf. également le premier entretien de réadaptation du 22 août 2005, dos. OAI 117) dans la procédure précédente, sans pour autant, à juste titre, que cela ne fonde, pour l'expert-psychiatre, un diagnostic psychique invalidant avec effet sur la capacité de travail, ils ne constituent en tout état de cause pas des circonstances dont devrait répondre l'assurance-invalidité. L'on ne voit en particulier pas en quoi une séparation intervenue déjà en 2008, de même que le fait de vivre depuis dans un studio – désormais, il semble cependant vivre chez l'un de ses fils – et de bénéficier du soutien du Service social constitueraient des atteintes à la santé, non surmontables et déployant toujours des effets invalidants lorsque fut déposée la nouvelle demande de prestations. Pas davantage que ne le seraient un manque de structure journalière et l'absence de perspective d'avenir, ou le fait qu'il n'aurait plus exercé d'activité depuis 2004 (cf. rapports du Dr B._____). Une capacité de gain entière dans une activité adaptée existait et existe toujours. Que l'assuré ne l'ait pas effectivement mise à profit – malgré que, pour le Dr B._____, il "pourrait profiter de l'aspect de la socialisation à travers le travail" (rapport du 21 septembre 2012) – n'est pas déterminant ici. Enfin, s'agissant du rapport de la psychologue I._____ produit en procédure de recours, ceci: renseignements pris d'office, l'assuré a, sur le conseil de son mandataire, été suivi par elle durant cinq consultations jusqu'au 16 mars 2015, la première ayant eu lieu le 19 février 2015. Cela enlève toute valeur probante à ce document ici, étant rappelé que la Cour de céans n'a pas à prendre en considération des modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1), ici, celle du 27 juin 2014. On relèvera

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 surtout que les diagnostics y mentionnés ne sont pas formulés par un médecin-psychiatre. Il n'est rien dit de leur influence sur la capacité de travail. Au demeurant, la description de la situation de l'assuré que fait cette psychologue, ainsi que ses recommandations thérapeutiques, recourent très largement les considérations de l'expert-psychiatre, dont l'expertise détaillée avait été déclarée parfaitement probante et convaincante dans l'arrêt du 12 mars 2010, de sorte que rien ne justifie de mettre en cause le diagnostic et les conclusions sur la capacité de travail émis par celui-ci. Tout au plus ce rapport atteste-il de la présence de facteurs psychosociaux, sociaux- économiques non déterminants ici, ainsi que dit (crainte quant à son permis C et son avenir, etc.); en outre, à plusieurs reprises il est indiqué que l'altération de la thymie qu'a pu connaître l'assuré est surtout réactionnelle, par exemple par rapport à la séparation intervenue il y a déjà des

années, mais aussi quant au refus de l'OAI de procéder à une nouvelle expertise, éléments ne constituant en aucun cas une modification notable et durable de l'état de santé que ne pourrait dépasser l'assuré en faisant un effort de volonté. De plus, l'on relèvera que l'isolement social n'est, heureusement pas total, des liens avec sa famille subsistant, selon ce que dit le rapport; et que devant l'expert-psychiatre, l'intéressé avait déjà fait valoir une perte d'appétit et de 12 kg consécutivement (de 92 à 80; expertise, p. 6) depuis 2004 environ, ce qui était manifestement erroné, puisqu'il pesait déjà quelque 82 kg en 2004 (cf. par exemple le rapport du 23 avril 2004 du Dr J. _____). Cas échéant, si pour l'assuré ce rapport produit en procédure de recours atteste néanmoins suffisamment d'une modification de son état de santé importante, il lui appartenait ou appartiendrait de déposer une nouvelle demande de prestations sur cette base; il en va au demeurant de même s'agissant de celui du Dr B. _____ du 2 avril 2015, versé le 23 mai 2016. cc) Au vu de tout ce qui précède, la Cour retient qu'il n'existe aucune modification, médicalement attestée, notable, durable et déterminante de l'état de santé tant somatique que psychique avec effet sur la capacité de travail. Aucune expertise ne doit être mise en œuvre. Le dossier constitué permet de trancher la cause. Le recourant n'explique d'ailleurs pas pourquoi faire un bilan hormonal que ne demande nul médecin. dd) Quant à l'absence d'investigation sur le plan professionnel qu'invoque le recourant, l'on relèvera qu'il ne prend aucun chef de conclusions y relatif et l'on renverra pour le surplus, pour ce grief non pertinent ni développé, à ce que dit au chiffre 6 de l'arrêt du 12 mars 2010. ee) Enfin, les circonstances que l'assuré était âgé de 57 ans lorsque fut prise la décision entreprise et qu'il n'a jamais appris de métier ne sont nullement des éléments rendant "irréaliste" le revenu avec invalidité déterminé par l'OAI. En particulier, l'on rappellera que l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, tableau TA1, total hommes catégorie 4, à laquelle s'est référée à raison l'OAI, comprend déjà de multiples activités légères à moyennes, simples et répétitives, pouvant être exercées sans connaissances ou formations particulières, et que l'âge n'est pas un facteur justifiant impérativement une réduction du salaire à prendre en considération. Pour le reste, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI ne prête pas le flanc à la critique. Avec un degré d'invalidité de quelque 25%, le droit à la rente n'est effectivement toujours pas ouvert. On n'observera qu'au demeurant, même en tenant compte d'une perte de rendement de quelque 20%, le taux minimum ouvrant le droit à la rente ne serait pas atteint. 5. Au vu de tout ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté, et la décision attaquée, confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Celui-ci ayant cependant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale, ils ne seront pas perçus. Comme requis en séance du 23 mai 2016, l'indemnité totale du mandataire du recourant est fixée à CHF 1'710.- (honoraires et débours compris), correspondant à neuf heures et une demie au tarif horaire de CHF 180.-, plus CHF 136.80 au titre de la TVA, et la met intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils ne seront cependant pas perçus, au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale. III. L'indemnité allouée à Me Bruno Kaufmann, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'710.-, plus CHF 136.80 au titre de la TVA, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 1er juin 2016/djo Président Greffier-rapporteur

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