

# FR\_GERICHTE 608 2014 55 vom 20. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_55](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_55)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 55 du 20 juin 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 55 del 20 giugno 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 19

novembre 2015, se rallier entièrement à la position de l'OAI et conclure au rejet du recours. Il n'a pas été ordonné de nouvel échange d'écritures. 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives

laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Il y a lieu également d'observer notamment le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle, ainsi que

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 les ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue; joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes,

ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). 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).

3. Le recourant se plaint d'un défaut de motivation de la décision querellée et, partant, d'une violation de son droit d'être entendu. a) Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et l'art. 42, 1ère phrase LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. En outre, à teneur de l'art. 49 al. 3, 2ème phrase LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2; 126 I 97 consid. 2b; 122 IV 8 consid. 2c). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b; 112 Ia 107 consid. 2b).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 b) En l'espèce, pour motiver sa décision, l'autorité intimée indique que les éléments médicaux produits dans le cadre des objections formulées par l'assuré n'apportent aucun argument de nature à remettre en question l'expertise bi-disciplinaire, laquelle remplit les critères de qualité requis et dont les conclusions sont valides. Il en ressort de façon suffisamment claire qu'elle a ainsi préféré notamment l'avis des experts à celui des autres médecins et retenu que l'assuré ne souffre d'aucune atteinte invalidante (cf. également le projet de décision du 30 octobre 2013, dos. OAI 584). Faute d'invalidité, il n'y avait pas à mentionner des dispositions légales, par exemple relativement au degré d'invalidité nécessaire pour ouvrir le droit à la rente. Certes, cette motivation est succincte et il n'y est pas développé davantage les raisons du choix quant à la préférence donnée à l'expertise. Il est cependant aisé de suivre le raisonnement de l'OAI, qui a fait siennes les conclusions de celle-là ainsi que l'argumentation suffisamment détaillée des experts pour se distancer ou écarter d'autres avis médicaux, et énonce par là même les motifs pertinents qui l'ont guidé et sur lesquels repose sa décision. Par conséquent, quand bien même sa motivation n'est guère détaillée, elle était suffisante pour permettre au recourant de saisir la portée de la décision entreprise. Preuve en est que celui-ci n'a d'ailleurs pas été empêché de recourir en connaissance de cause, et de déposer plusieurs écritures dans une procédure régie par le principe inquisitoire. Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. 4. Sur le fond, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente AI, singulièrement sur le point de savoir si les troubles l'affectant sont de nature à avoir une influence sur sa capacité de travail et de gain et dans quelle mesure. a) Le recourant reproche d'abord à l'OAI de s'être fondé sur la seule expertise bi-disciplinaire et ses conclusions, en écartant les avis contraires d'autres médecins. Il estime en particulier que la question de l'origine de ses symptômes algiques et celle de leurs conséquences n'a fait l'objet que de conjectures dans l'expertise et doit être approfondie, et que le raisonnement au terme duquel il a été conclu que son tableau algique n'était pas invalidant est erroné; il insiste dès lors pour que, au cas où le dossier serait retourné à l'administration, l'expertise multidisciplinaire à mener intègre notamment des aspects somatiques. b) La Cour observe ce qui suit: aa) Dans le cadre de l'instruction, les rapports médicaux suivants ont notamment été produits: Le 17 décembre 2010 et le 22 mars 2011 (dos. OAI 133 et 220), Dresse B.\_\_\_\_\_, FMH neurologie: lombosciatalgie S1 gauche avec absence d'atteinte radiculaire aigüe à l'EMG; pronostic à moyen terme plutôt bon; traitement conservateur préconisé; toutes les activités pouvant charger la colonne vertébrale, surtout lombaire, ne sont plus exigibles sans restrictions; moyennant une place convenable à la souffrance du dos, une reprise à 100% est probablement possible; Le 11 novembre 2010 (dos. OAI 84), Dr C.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents: status post action forcée sur le bas du dos le 4 mai 2010, persistance de douleurs dans le bas du dos, dans la région du carré lombaire et du fessier moyen gauches, sans lésion neurologique objectivable, persistance de fourmillements et d'hypoesthésies rapportées par le patient sans aucun rapport de territoire radiculaire; une reprise du travail est possible à 50% en décembre, à 100% dès janvier 2011;

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Les 25 janvier 2011 et 24 mars 2011 (dos. OAI 220 et 231), Dr D.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale et rhumatologie: syndrome lombaire G et pseudoradiculalgies G S1 associés à une protrusion discale L5-S1, L3-L4 et L4-L5 et à un syndrome myofascial marqué de la musculature fessière G; la Dresse B.\_\_\_\_\_ "aurait mis en évidence une discrète atteinte chronique L5 pour l'instant asymptomatique"; il convient de "poursuivre la physiothérapie de type trigger point, de proprioception et de

renforcement musculaire. Hormis la douleur, il n'y a pas de risque à ce qu'il reprenne le travail progressivement"; activité habituelle exigible à 70%, reprise à 50% à partir de mai 2011; Le 23 février 2011, Dr E. \_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, centre de compétence de l'assureur-accidents: "[O]n ne peut conclure que la lésion IRM que porte le disque L5/S1 soit responsable de ses lombalgies. Elle ne peut également être impliquée à la source d'une sciatalgie, puisqu'elle n'engendre aucune compression des racines S1 (...); "lombalgie banale post- traumatique"; "Au plus tard en novembre 2010, on pouvait évoquer un statu quo", malgré la persistance des fortes doléances; Le 26 avril 2011 (dos. OAI 295 et 308), Dresse F. \_\_\_\_\_, médecin associée dans un service de rhumatologie: lombo-sciatalgies gauches persistantes d'origine multifactorielle: protrusion discale L3/L4, discopathie débutante L4/L5 et petite hernie discale L5/S1 associée à une déchirure de l'annulus fibreux, lyse isthmique bilatérale L5/S1 et arthrose postérieure L4/L5 et L5/S1, dysbalances musculaires, état dépressif traité (F32.01), difficultés liées à la perte d'emploi (Z.56.6); "aux éléments [organiques] responsables des douleurs (...) s'ajoutent des facteurs externes à la maladie (licenciement, non-reconnaissance comme accident) qui entraînent un état dépressif"; un reclassement professionnel doit rapidement intervenir, pour l'aider à reprendre confiance dans ses capacités physiques et le revaloriser psychologiquement; diagnostics repris le 13 mars 2012 (dos. OAI 443); Le 13 avril 2011 (dos. OAI 277), Dr G. \_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale: lombo- sciatalgies G post-accident professionnel et état dysthymique réactionnel; Le 17 mai 2011 (dos. OAI 368), Dr H. \_\_\_\_\_, neurochirurgien en Serbie: spondylose lombaire avec dégénération des disques L3/L4 et L5/S1; protrusion discale L3/L4 paramédiale avec sténose du canal spinal; proposition d'une intervention chirurgicale vu les douleurs intenses au dos et la capacité de travail ainsi diminuée; Le 10 octobre 2012 (dos. OAI 474), Dr I. \_\_\_\_\_, FMH médecine physique et réadaptation: lombopygialgies dans un contexte de protrusion discale médiane L5-S1 avec déchirure annulaire postérieure et dessiccation, protrusion L3-L4, syndrome somatoforme douloureux avec kinésiophobie, état dépressif réactionnel; sans effet sur la capacité de travail: syndrome vertigineux attribué à une atteinte inflammatoire du 8e nerf crânien, kyste du pôle supérieur du rein gauche, antécédents professionnels d'exposition aux poussières d'amiante; sur le plan rhumatologique, une exigibilité professionnelle sur le plan purement théorique pourrait être considérée à 50%, dans le cadre d'une activité adaptée, sans port de charges; Le 27 février 2013 (dos. OAI 520), Dr J. \_\_\_\_\_, médecine interne générale: syndrome lombo- sciatalgique gauche, marqué, non déficitaire, dysthymie dépressive, névrose d'assurance, déficit vestibulaire gauche; incapacité totale de travailler; "Il s'agit avant tout, maintenant, de procéder à une reconnaissance des lésions, somatiques et psychiques [de l'assuré], fortement (et bien compréhensiblement) blessé sur le plan narcissique"; "très choqué par le comportement de son employeur qui l'a licencié dans des conditions très peu «humaines»";

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Le 22 mai 2013 (dos. OAI 547), Dr K. \_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie: trouble durable de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (F62.8), divers troubles organiques; capacités de travail estimées à zéro; bb) En vu de prendre sa décision, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire (psychiatrie et rhumatologie). Le Dr L. \_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a traité le volet psychiatrique. Dans son rapport du 24 juin 2013 (dos. OAI 560), il ne retient aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, Sans effet sur celle-ci, il conclut à l'existence d'une dysthymie, au vu de l'intensité et de la fluctuation de l'atteinte à l'humeur. Il n'y a pas de symptomatologie anxieuse qui soit significative d'un diagnostic invalidant; les angoisses

itératives passent seules. Il y a absence de signe floride de la série psychotique et aucun critère de trouble de la personnalité selon la classification CIM-10 n'est rempli. L'assuré souffre d'une symptomatologie algique du bas du dos, avec irradiations au membre inférieur, mais sans que le diagnostic de trouble somatoforme puisse être retenu. En résumé, il n'y a "pas de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique" (cf. expertise, p. 9). Sa capacité de travail est entière du point de vue psychiatrique, sans aucune limitation fonctionnelle.

Quant à l'expert M. \_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne, il ne retient dans le rapport du 3 octobre 2013 (dos. OAI 581) aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail; sans répercussion sur celle-ci, il mentionne des lombopygalgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec douleur d'insertion rétrochantérienne gauche (G), ainsi que protrusion discale et lyse isthmique de grade I stable L5-S1. Il n'y a notamment pas de signe parlant en faveur d'une atteinte non organique ou de signes parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur (pas de signes selon Wadell, ni de point de fibromyalgie). Le bilan radiographique est rassurant; on note un minime antérolsthésis de grade I L5-S1 ainsi qu'une protrusion discale L5-S1 et L3-L4, "cependant peu significative qui ne s'est pas péjorée par rapport à 2010" (expertise, p. 12); il n'y a pas mise en évidence de troubles dégénératifs tant au niveau coxo-fémoral que S1, ni de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. Dans son activité habituelle, il lui était possible d'alterner les positions assises ou debout et d'éviter les ports de charges répétitifs de plus de 2kg; cette activité est donc adaptée à son état de santé; sa capacité de travail, sur le plan rhumatologique, est totale. Du point de vue interdisciplinaire, l'assuré dispose donc d'une capacité de travail totale, sans perte de rendement, dans son activité habituelle ou dans une autre adaptée (telle magasinier d'objets légers, etc.). Comme limitations fonctionnelles, l'assuré doit éviter les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg, et pouvoir alterner les positions assises ou debout. "En octobre 2010, une reprise de son activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée." cc) Avant que ne soit rendue la décision, le Dr N. \_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, indique le 10 janvier 2014 (dos. OAI 596) que son patient présente un syndrome chronique douloureux avec lombopygalgies l'handicapant véritablement et ne permettant pas d'envisager une reprise d'activité; il reproche notamment aux experts de s'être principalement basés sur des arguments radiologiques et de ne pas prendre en compte les plaintes du patient, ce qui semble peu rationnel; il rejoint le psychiatre traitant quant au diagnostic psychiatrique; ici, les

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 participations physique et psychique devraient être prise en compte à part égale. Dans son rapport du 3 janvier 2014 (dos. OAI 548), le Dr K. \_\_\_\_\_ maintient son diagnostic, y ajoutant un état anxieux permanent. c) Pour la Cour, les conclusions des experts reposent sur l'étude de l'ensemble du dossier asséurologique, des différents clichés à disposition (avec appréciation de la question d'une éventuelle évolution), l'anamnèse, les plaintes subjectives et constatations objectives lors de deux examens cliniques, ainsi que sur une discussion interdisciplinaire. Lors des entretiens et examens menés, les experts ont été en mesure d'examiner personnellement l'assuré ainsi que de relever ses plaintes subjectives et d'observer son comportement. Force est de constater que ces expertises se fondent sur des examens complets et une bonne connaissance de l'anamnèse. En outre, chaque expert se prononce relativement à l'avis

d'autres médecins dans sa spécialité, et ils présentent de manière motivée leurs conclusions et le résultat de la discussion bi-disciplinaire. Ces expertises satisfont pleinement aux critères de la jurisprudence rappelés plus haut, et pleine valeur probante leur est accordée.

d) Selon le recourant, l'expertise serait insuffisante parce que "si l'expert a considéré les problèmes de dos ainsi que l'état psychique", la symptomatologie algique n'aurait pas été analysée de façon complète et satisfaisante (origine et conséquences en matière d'invalidité); "[d]u moins, il [le ou les experts] n'est pas parvenu à déterminer les cause de ces douleurs. Il est relevé que les autres médecins ayant examiné le recourant ne sont pas parvenus non plus à apporter de réponse (...) satisfaisante à cette question" (cf. recours, "En droit", ch. 12, p. 16). En outre, "[l]e raisonnement au terme duquel l'expert a conclu que le tableau algique du recourant n'était pas invalidant est erroné" (cf. recours, "En droit", ch. 13, p. 17). La Cour observe d'abord que le recourant ne formule ainsi aucune remise en cause, expresse et motivée, des diagnostics posés par les experts, pas davantage que des limitations fonctionnelles qu'ils ont prises en compte. Il n'indique pas quelles atteintes auraient dû plutôt être retenues, quels examens, surtout sur le plan somatique (cf. ses conclusions), auraient dû être encore menés, quelles (autres) limitations fonctionnelles auraient dû être prises en compte, et en quoi et pourquoi, moyennant le respect de ces dernières, l'exercice à plein temps, sans perte de rendement, de l'activité habituelle ou une adaptée telle que celles proposées par les experts serait impossible. Or, une évaluation médicale complète et probante telle que l'expertise bi-disciplinaire menée ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Font d'ailleurs défaut ici la mention par des praticiens d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Le recourant ne démontre pas davantage démontré, au moyen d'une argumentation précise, étayée, que l'expertise bi-disciplinaire comporterait des contradictions manifestes, ou ignorerait des éléments cliniques ou des diagnostics essentiels; ni que l'avis de médecins traitants qu'il invoque serait objectivement mieux fondé que ceux des experts et justifierait au vu des éléments mis en exergue que soit mise œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise multidisciplinaire. Pour la Cour, cette dernière n'est pas utile, le dossier étant complet et suffisant pour qu'elle puisse trancher en toute connaissance de cause. S'agissant plus particulièrement des limitations fonctionnelles, le recourant se borne (cf. recours, "En faits", ch. 34 s., p. 13) à soutenir qu'il ne peut absolument soulever aucun poids, ce qui n'est pas ce que retient la plupart des médecins, lesquels rejoignent l'avis de l'expert-rhumatologue, et à

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 relever que ce dernier aurait "implicitement" admis qu'il devait changer constamment de positions – toutes les 20 minutes, selon lui. Pour l'Autorité de céans, cet argument atteste plutôt du bien-fondé de l'analyse de l'expert. Rien ne justifie dès lors de remettre en cause ou d'étoffer les limitations fonctionnelles figurant dans l'expertise, ni de considérer que l'exercice de l'activité habituelle ou d'une autre adaptée ne pourrait être fait dans leur respect. Sur le plan de l'atteinte à la santé, son argumentation est que les causes de ses douleurs n'ont pas été établies. On ne peut le suivre. Les experts n'ont pas nié l'existence de toute atteinte; ils en ont retenu tant sur le plan somatique que psychiatrique, ont précisé ce qu'il en était de leur influence sur la capacité de travail, déterminé les limitations fonctionnelles qu'il fallait dès lors prendre en compte et les activités pouvant être réalisées moyennant leur respect, et à quel taux, ainsi que pris position quant au traitement souhaitable. Dit autrement, ils ont bien trouvé un substrat, une "causalité" à la symptomatologie présentée par l'assuré; une non-organicité de l'atteinte à la

santé a notamment été écartée par l'expert-rhumatologue, et l'existence d'un trouble somatoforme par l'expert-psychiatre. En revanche, ils ont considéré que leurs constatations médicales n'expliquaient, ne fondaient pas toute l'ampleur de la symptomatologie douloureuse faite valoir par l'assuré. Ce qui n'invalide nullement leur expertise, ni ne la fait paraître insuffisante. Si les plaintes subjectives d'un assuré constituent un élément que doit prendre en compte un expert, il ne saurait cependant être le seul déterminant et faire pièce notamment à ceux, objectifs et médicaux, retenus par le médecin, sauf à permettre que l'octroi de prestations AI soit conditionné par les seuls ressenti et efforts que voudra consentir cet assuré, ce qu'il n'y a pas lieu de faire. Pour parvenir à leurs conclusions, les spécialistes experts ont pu se fonder sur un examen médical clinique approfondi ainsi que des éléments concrets notés alors, tels que l'attitude et les plaintes de l'assuré, décrit comme démonstratif, mais aussi les observations objectives faites ainsi que le descriptif de ses journées. Sous l'angle de la cohérence, une discordance entre les plaintes et l'impotence fonctionnelle de l'assuré, d'une part, et les examens cliniques et paracliniques ainsi que le comportement de l'intéressé durant toute l'expertise, d'autre part, est mise en exergue (cf. par exemple le rapport d'expertise du 3 octobre 2013, p. 12). En particulier, il a été constaté que l'assuré était en mesure de maintenir un certain rythme et programme journalier, de poursuivre une certaine participation au ménage, et que son tissu familial et social demeurait toujours présent, lui permettant un ressourcement (par exemple, séjour chaque année de plusieurs semaines dans son pays d'origine). En outre, le traitement thérapeutique proposé (cf. op. cit.) témoigne non seulement de l'inexistence d'une atteinte invalidante et des possibilités relativement aisées d'apporter une amélioration de la situation, mais correspond également à des recommandations émises par différents autres médecins. Sur ce plan, on rappellera l'obligation d'un assuré de contribuer dans toute la mesure du possible à la diminution du dommage et le principe de la primauté de la réadaptation par soi-même sur l'octroi d'une rente. L'intéressé ne saurait tirer parti d'un certain déconditionnement intervenu; il lui appartenait et appartient encore de tout mettre en œuvre pour maintenir sa capacité de travail et de gain. Enfin, on ne peut que suivre les experts lorsqu'ils soulignent que l'assuré dispose (déjà et toujours) de nombre de ressources et de facteurs de bon pronostic pour surmonter ses troubles tant sur le plan rhumatologique que psychique (tels l'absence d'atteintes et séquelles déterminantes, son âge, sa maîtrise du français, sa bonne intelligence), et que l'intime conviction d'une invalidité totale ainsi que des conflits asséculogiques (sous-jacents) et de travail viennent pour l'essentiel seuls assombrir ce pronostic favorable, éléments ne présentant en tout état de cause pas un caractère d'atteintes à la santé invalidantes dont devrait répondre l'assurance-invalidité (cf. infra).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 S'agissant des critiques plus spécifiquement faites par rapport à l'expertise psychiatrique – il serait retenu de façon erronée que le tableau algique n'est pas invalidant (cf. recours, "En droit", ch. 13, p. 17) –, ceci: Les observations de l'expert-psychiatre dans son rapport du 24 juin 2013 concernent son domaine de spécialité. Ainsi, lorsqu'il considère que font défaut dans la situation, en particulier par rapport à l'existence – niée en l'espèce – d'une problématique somatoforme, une intensité des plaintes et une détresse, c'est sur le plan psychique qu'il se détermine ainsi. Et de fait, ce n'est que plus de deux ans et demi après son accident que l'assuré a entrepris un suivi auprès de son psychiatre traitant, considérant auparavant qu'il n'en avait pas besoin; en outre, il a conservé un mode de fonctionnement journalier ainsi qu'un tissu social adéquats; enfin, si une atteinte psychique a bien été retenue par l'expert-psychiatre, elle n'a pas d'influence sur la capacité de travail et il n'y a pas lieu de considérer, à ce stade en tout cas, qu'avec un suivi

psychiatrique approprié, il ne peut y être remédié, de sorte qu'on ne peut effectivement nullement considérer qu'un échec du traitement psychiatrique existe. Pour le reste, l'expert s'est contenté de relever que l'accident avait eu lieu le 4 mai 2012 et que l'assureur-accidents avait mis fin à ses prestations début mars 2011; outre que même s'il était rempli, le seul critère d'une affection chronique durable ne serait pas suffisant et propre à invalider la position de l'expert, force est de relever que cet élément est bien un indice, respectivement, d'une rémission possible et de l'inexistence après cette date de l'existence d'une atteinte psychique influant sur la capacité de travail. Il est en outre rappelé qu'est essentiel ici le point de savoir si médicalement et objectivement, il existe une atteinte importante, durable, avec effet sur la capacité de gain; or, dans l'expertise (cf. rapport du 3 octobre 2013, p. 13), il a été constaté qu'une reprise de l'activité était raisonnablement exigible en octobre 2011.

e) S'agissant plus particulièrement de l'atteinte sur le plan psychiatrique, on relèvera ce qui suit: Le Dr K. \_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis le 12 décembre 2012, retient dans son rapport du 22 mai 2013 (dos. OAI 547) un trouble durable de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (F 62.8); au vu de la situation, la capacité de travail est nulle. L'expert L. \_\_\_\_\_ a expliqué, de façon convaincante et probante pour la Cour, pourquoi il écarte ce diagnostic et surtout une incapacité totale d'exercer toute activité. Le 3 janvier 2014 (dos. OAI 598), le psychiatre traitant réitère ce constat, y ajoutant la présence d'un "état anxieux permanent sur une éventuelle réaction cancéreuse au niveau des poumons vu son exposition à des particules de l'amiante au travail". Pour l'Instance de céans, cette dernière pièce médicale constitue surtout une présentation teintée d'ironie – et dont on peine quelque peu à trouver la correspondance avec ce que réellement exposé par l'expert-psychiatre – de l'argumentation de l'expertise; le diagnostic de trouble durable de la personnalité est rappelé de façon péremptoire, sans démonstration, ni détermination et réponse convaincantes quant aux différents arguments et constations figurant dans l'expertise. Cet avis médical d'un médecin traitant, qu'il se justifie de prendre avec une certaine retenue, n'emporte pas la conviction de la Cour. On observera au demeurant que le recourant met uniquement en avant l'existence d'une dépression (cf. recours, "En faits", ch. 34, p. 13), diagnostic non retenu (comme tel) par le Dr K. \_\_\_\_\_. On peine également à voir quel trauma important aurait suscité un trouble durable et grave de la personnalité, et de quelle manière une modification manifeste, significative, et perdurant serait intervenue. Au reste, on peut s'étonner que soit cité ce trouble lié à un syndrome algique chronique, que la jurisprudence a déjà eu l'occasion de rapprocher de problématiques où faisait défaut une atteinte organique (cf. arrêt TF 8C\_167/2012 du 15 juin 2012 consid. 6), ce qui n'est ni ce qu'a retenu l'expert-rhumatologue, ni, précisément, le psychiatre traitant, lequel met en exergue dans son premier rapport des troubles organiques. De plus, à lire les pièces de ce dernier, on s'aperçoit que sont surtout décrites une atteinte à l'humeur avec des caractéristiques

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 semblables à celle de la dysthymie retenue par l'expert L. \_\_\_\_\_, laquelle n'a pas d'effet durable et déterminant quant à la capacité de travail; il en va de même de la problématique anxieuse, liée à la survenance hypothétique ultérieure d'une maladie liée à une exposition à l'amiante, hypothèse nullement avérée, fort heureusement, pour l'heure, comme les examens menés l'ont montré, problématique également appréciée par l'expert, et dont le descriptif, y compris par le psychiatre traitant, ne permet pas de conclure qu'il y a là une atteinte psychique grave et invalidante. À noter d'ailleurs et enfin que la médication et la posologie prescrites par celui-ci est peu importante (le dosage a même été réduit par rapport à ce que le patient prenait auparavant) et répond

manifestement surtout à une atteinte à l'humeur, avec une certaine angoisse itérative et qui passe, le tout sans valeur incapacitante, comme l'a retenu l'expert. On ne peut en revanche s'empêcher de relever que des facteurs psychosociaux et socioculturels imprègnent clairement cette situation et l'influencent de façon négative. Nombre de médecins ont, dès le début, souligné qu'un sentiment d'injustice habitait l'assuré relativement au refus initial d'intervenir ainsi qu'aux prestations limitées dans le temps de l'assureur-accidents, et qu'au licenciement professionnel intervenu en janvier 2011 pour fin avri – ce dans un contexte sans doute déjà tendu, au vu des difficultés financières de l'entreprise (cf. le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, du 11 octobre 2010, dos. OAI 90; une simple recherche Internet montre qu'en 2009, un an environ avant l'accident de l'intéressé, elle a licencié un quart de ses salariés, dont certains avec 30 ans de service). Témoignent de l'influence qu'ont pu avoir ces circonstances le fait qu'il avait pourtant repris à 100% son travail dès le 21 juin 2010 (cf. sa lettre du 10 novembre 2010, dos. OAI 87), avec uniquement une limitation fonctionnelle de charge de plus de 5kg, que cette absence de toute incapacité de travail fut par la suite plusieurs fois attestée par son médecin traitant, que deux semaines de balnéothérapie début août 2012 – soit un traitement relativement doux et correspondant à ce que préconisé par l'expert-rhumatologue –, avaient, selon ses propres dires (cf. son courrier du 10 novembre 2010, dos. OAI 87), suffi à améliorer sensiblement son état, et que dans ses courriers du 2 septembre 2010 (cf. dos. OAI 41 et 43), il n'évoque aucune difficulté de santé l'empêchant de travailler à plein temps et plein rendement, mais bien une certaine pression ressentie au travail du fait que son employeur serait désireux de lui faire signer un document relativement à son accident. Quelques jours plus tard, il cessera à nouveau son activité. Le 21 février 2011 (dos. OAI 155), il mentionne son très grand espoir, après le traitement qui sera mis en place durant le mois de mars, de pouvoir, dans les plus brefs délais, récupérer sa place et reprendre son activité professionnelle normale, "il est vrai dépendante des pourparlers des représentants du personnel avec la direction" pour le faire réintégrer l'usine. Selon ce qui ressort de l'entretien pour intervention précoce de l'OAI du 19 avril 2011 (dos. OAI 292), l'assuré ne parvient pas à comprendre le comportement de l'employeur, qui "n'a même pas essayé de le laisser reprendre progressivement" après tant d'années de service. Cela pèse clairement sur sa motivation (cf. entretien d'intervention précoce du 12 octobre 2011, dos OAI 371; rapport d'entretien téléphonique du 29 novembre 2011, dos. OAI 378): l'assuré ne fait aucune démarche concrète pour trouver une solution professionnelle adaptée et est "extrêmement réticent" à la proposition de l'office de débiter un stage dans un Orif, d'abord à 50% puis à 100% sur trois mois, estimant ne rien pouvoir faire vu ses douleurs – tout en évoquant pourtant la possibilité de conduire un camion moyennant des pauses régulières et ne pas avoir à charger ou décharger... Il consentira finalement à aller au moins visiter ledit centre. Mais alors que le stage dans ce centre spécialisé se faisait à 50%, avec des "travaux simples de conditionnement à l'entame" au vu de ses plaintes de difficultés à se concentrer à cause de ses traitements et d'"atteinte psychique, moralement difficile à supporter" (cf. rapport de l'Orif du 14 février 2012, dos. 403), l'assuré l'interrompt après quatre demi-journées déjà, invoquant des douleurs très fortes au dos, avoir dû

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 augmenter sa médication depuis le début du stage, ce qui générerait de fréquents maux de têtes, et que d'ailleurs une opération était envisagée (cf. rapport d'entretien téléphonique du 16 janvier 2012 avec l'Orif, dos. OAI 389; éléments qui ne furent ni confirmés, ni objectivés médicalement). A noter également une certaine amplification, ainsi que dit, des doléances de l'assuré – par exemple, lors de l'entretien avec l'OAI du 19 avril 2011, il disait déjà avoir perdu 8 kg depuis janvier 2011, par rapport à son

poids d'environ 90 kg, perte qu'il fit valoir comme récente auprès de l'expert- rhumatologue (poids; environ 82 kg) et de son psychiatre traitant. Pour la Cour, un ressenti quant à l'assureur-accident et l'employeur, ayant pu entraîner un certain état dépressif réactionnel – atteinte très tôt évoquée, qui doit se résorber après quelque mois et n'est pas constitutive d'une maladie invalidante –, de même que des difficultés financières (fin de ses indemnités de perte de gain et épouse en incapacité de travail totale puis partielle suite à un accident (chute au travail) en février 2012 –, mais également une inactivité pendant plusieurs années et la conviction – contestée par les experts et nombre d'autres médecins – d'être totalement incapable d'exercer toute activité ne sauraient constituer une atteinte à la santé durable et déterminante dont doit répondre l'assurance-invalidité. f) Enfin, s'agissant des différentes pièces médicales déposées dans le cadre de la procédure de recours, la Cour retient qu'elles ne sont pas susceptibles de remettre médicalement en cause l'exigibilité de l'exercice d'une activité à plein temps au vu de l'état de santé pris en compte jusqu'à la décision attaquée du 25 février 2014 (cf. par exemple du rapport d'IRM du 13 février 2015, dans lequel il est conclu que "[tout] cela est globalement stable par rapport à la référence de 2010"), étant surtout souligné qu'elle 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). En tout état de cause, en cas d'une modification (déterminante) postérieure à cette période prise en compte dans la décision, il appartenait, respectivement il appartiendrait à l'assuré de le faire valoir dûment auprès de l'OAI; la Cour de céans n'a pas à en juger ici, un tel élément nouveau sortant du cadre du présent litige. 5. Au vu de tout ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté, et la décision attaquée, confirmée. 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. Dans sa liste de frais du 10 juin 2016, le mandataire du recourant fait valoir un peu plus de 37 heures d'activité au titre de ses honoraires. Au vu du temps consacré à l'affaire, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, ainsi que des seules opérations nécessaires à la conduite de la présente procédure et en rapport avec elle, notamment quant à la période courant jusqu'à la décision litigieuse que devait prendre en compte la Cour, celle-ci fixe l'équitable indemnité à laquelle a droit le défenseur d'office à CHF 4'056.50, à raison de quelque 20 heures à CHF 180 francs, soit CHF 3'600.-, de CHF 156.- de débours, et de CHF 300.50 au titre de la TVA à 8 %, et de la mettre intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 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 Luc Esseiva, avocat à Fribourg, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 3'600.-, plus CHF 156.- de débours, et CHF 300.50 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 20 juin 2016/djo Président Greffier-rapporteur

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