

# FR\_GERICHTE 608 2015 110 vom 2. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2015\\_110](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_110)

FR: FR\_GERICHTE 608 2015 110 du 2 novembre 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2015 110 del 2 novembre 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

Par un premier moyen, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu: l'OAI aurait en effet omis de requérir un rapport de sortie auprès du Centre de soins hospitaliers du G.\_\_\_\_\_ suite à son hospitalisation du 15 octobre au 10 novembre 2010. a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (arrêt TF U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 3.3). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt du TFA I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 I 72; 126 V 132 consid. 2b et les références). b) On doit certes concéder au recourant qu'aucun rapport de sortie ne figure au dossier constitué par l'autorité intimée. Il en découle néanmoins que l'autorité intimée n'y a pas eu accès non plus et qu'elle ne s'en est donc pas formellement prévalu au détriment du recourant. On ajoutera que le recourant avait l'opportunité de requérir lui-même un tel document s'il entendait en tirer argument, ce qu'il a renoncé à faire. Quoi qu'il en soit, si violation il devait y avoir eu, elle doit être considérée comme guérie. On constate en effet que les experts de F.\_\_\_\_\_ se sont spontanément adressés au G.\_\_\_\_\_ afin d'obtenir des précisions sur le séjour que l'assuré y a effectué à l'automne

2010 et qu'ils ont donc pu en tenir compte dans le cadre de leur analyse, dont a eu par ailleurs connaissance le recourant. Vu ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir renoncé à requérir formellement un rapport de sortie. De plus, cette question relève moins du droit d'être entendu que de celui à l'établissement des faits déterminants. Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'avéré, doit dès lors être rejeté.

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 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 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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. 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 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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). b) 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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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). c) Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision 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. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 d) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF

9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), 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.

#### **E. 4**

En l'espèce, le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente, soit ici celle du 3 août 2009, avec son état de santé au moment de la décision querellée, soit le 18 avril 2015, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) Pour fonder sa décision du 3 août 2009, l'OAI a considéré que le rapport d'expertise du

#### **E. 9**

juillet 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, et du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux œuvrant au sein de F.\_\_\_\_\_, était pleinement probant. Les experts sollicités ont noté qu'au plan somatique, l'assuré présentait certes une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs droits de même que des cervicalgies sur une arthrose sévère entre C5 et C7, avec la présence d'une hernie discale C5-C6 responsable d'un conflit radiculaire. Tout en relevant que ces atteintes peuvent expliquer l'échec d'un traitement bien conduit et la persistance des plaintes cliniques au niveau du membre supérieur droit, les experts concluent à l'absence totale de capacité de travail dans le métier de maçon. Ils retiennent néanmoins une capacité de travail entière dans une activité légère, respectant certaines limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 10 kg, pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 d'élévation du bras au-delà de 70°, pas de gestes répétitifs, pas de positions prolongées avec flexion de la nuque). Au plan psychiatrique, ils ont retenu la présence d'un épisode dépressif, de degré actuel léger, réactionnel à une situation défavorable (atteinte à l'épaule droite, arrêt de l'activité professionnelle, situation financière précaire, ennuis de santé de son épouse), lequel n'était pas incapacitant. Ils évoquaient également le risque d'une évolution défavorable. Après comparaison des revenus, l'OAI a conclu à l'existence d'une invalidité de 33%, n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité. b) La documentation médicale suivante a pour l'essentiel été produite depuis lors: - Le rapport du 16 septembre 2010 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique, qui fait état des diagnostics suivants: perte fonctionnelle majeure du membre supérieur droit, status après suture de la coiffe des rotateurs et ténotomie long chef du biceps, cervicarthrose avec discopathie C5-C6 et C6-C7 et enfin tendinite coiffe des rotateurs à gauche. Après rappel de l'anamnèse et examen

clinique, ce médecin exclut la reprise d'une activité sur un chantier. Selon lui, le conflit existant à l'épaule gauche est dû à une surcharge liée à la non-utilisation du membre supérieur droit. Il recommande une hospitalisation, pour investigation et réhabilitation. Il propose notamment de rechercher une éventuelle radiculopathie au niveau cervical, de même que de procéder à une scintigraphie osseuse pour rechercher un CRPS. - Le rapport du 11 octobre 2010 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, qui relève le développement, dans le contexte de douleurs chroniques, d'un état dépressif persistant et résistant au traitement antidépresseur combiné. Il conclut à une capacité de travail de 50% pour motifs psychiques. - La lettre de sortie établie le 14 octobre 2010 par le Dr L. \_\_\_\_\_ et la Dresse M. \_\_\_\_\_, œuvrant tous deux dans le Service de rhumatologie, de médecine physique et de rééducation de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, où le recourant a effectué un séjour du 5 au 15 octobre 2010. Ceux-ci notent que l'ultrason des deux épaules conclut à l'absence de bursite ou de signe inflammatoire, raison pour laquelle aucune infiltration n'est effectuée. Les radiographies de la colonne vertébrale montrent une importante scoliose, une inversion de la courbure cervicale et une uncodiscarthrose C6-C7, mais une scintigraphie osseuse exclut un CRPS à droite et le bilan neurologique du membre supérieur droit s'avère dans la norme. Au plan psychiatrique, un consilium met en évidence une dépression sévère avec idées suicidaires chroniques, qui motivera une hospitalisation au G. \_\_\_\_\_ du 15 octobre au 10 novembre 2010, laquelle a justifié une incapacité totale de travail. - Le rapport du 9 février 2011, qui relate un bref séjour à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, au cours duquel a été pratiquée une cure de hernie inguinale droite avec mise en place d'un filet. - Dans un courrier du 11 février 2011 adressé au mandataire de l'assuré, le psychiatre traitant pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) lequel, couplé aux affections somatiques, réduit la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement supplémentaire. - Le rapport du 28 mars 2011 dans lequel le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, exclut l'activité de maçon et estime difficile d'envisager une autre activité adaptée, compte tenu de l'impotence quasi complète de l'épaule droite. Il renvoie à ce sujet à des examens ou à un stage d'observation professionnel. - Le rapport du 15 mars 2011 du Dr Q. \_\_\_\_\_ et du Dr R. \_\_\_\_\_, œuvrant tous deux dans le Service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, indique que "vu les résultats peu

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 concluants des infiltrations et la négativité du résultat de l'EMG, nous pensons que la limitation fonctionnelle ressentie et les douleurs viennent surtout de l'épaule droite. Pour cela et vu qu'on a écarté l'origine cervicale, nous adressons le patient chez le Dr J. \_\_\_\_\_ pour une réévaluation et une éventuelle prise en charge du problème. Pour les problèmes cervicaux, la discopathie peut avoir un effet de diminution du rendement de 15% à 20%". - Le rapport établi le 24 juin 2011 par le Dr J. \_\_\_\_\_ note la persistance d'une exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit et de douleurs, ce alors même que les cervicalgies ont pu être influencées de manière favorable par deux infiltrations (environ 30 à 40% de douleurs en moins) et en l'absence d'un CRPS et de troubles neurologiques. "Le 1er but à atteindre serait de récupérer une fonction normale de la main, puis de celle du coude. Une nouvelle évaluation de l'épaule pourrait être faite si ce but est atteint. Je n'ai malheureusement rien d'autre à proposer pour ce patient. J'ai l'impression que tout ce qui pouvait être entrepris a été fait". - Dans sa prise de position du 12 décembre 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, a requis une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique, au vu de l'évolution

et "en l'absence de causes somatiques permettant clairement d'expliquer le cas". - Dans un rapport du 23 février 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_ et le Dr R. \_\_\_\_\_ estiment que les douleurs ressenties par l'assuré peuvent provenir de l'arthrose et des discopathies au niveau cervical, mais expliquent que le problème au niveau du bras n'est pas en relation avec les cervicales. Des séances de physiothérapie sont donc prescrites. Le 25 mai suivant, une légère amélioration de la symptomatologie est constatée, avec toujours une importante impotence fonctionnelle au bras droit, en relation avec l'épaule. Le 10 octobre 2012, sur la base d'un examen clinique toujours inchangé, ces deux spécialistes ne font aucune proposition chirurgicale. L'OAI a ainsi mandaté la Dresse S. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_, médecins spécialistes FMH respectivement en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie au sein de F. \_\_\_\_\_, lesquels ont remis leur rapport le 25 septembre 2012. Ces spécialistes ont retenu les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10), trouble somatoforme sans précision (F45.9), status après rupture de la coiffe des rotateurs et acromio-plastie avec syndrome algique résiduel (M 75.0) et signes discrets de tendinite de la coiffe à gauche, cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie, stable depuis 2008 (M 47.8) et troubles statiques rachidiens avec scoliose lombaire et discarthrose associées, sans répercussion radiculaire (M 47.8 et M 41.9). Après avoir exposé l'historique médical, les experts ont établi une anamnèse rhumatologique et psychiatrique détaillée, puis procédé à un examen clinique de l'assuré, accompagné d'examens de laboratoire. La discussion porte successivement sur les deux volets de l'expertise. Au plan somatique, la situation est présentée de la manière suivante. Les experts procèdent tout d'abord à un rappel de l'évolution de la problématique depuis son apparition, relevant en particulier la chirurgie réalisée sur l'épaule droite en octobre 2007, à la suite de laquelle le recourant s'est mis à se plaindre de douleurs de la main droite, de gonalgies, de cervicalgies et de dorsalgies. "On perd la concordance entre les plaintes et les constatations objectives à partir de ce moment-là selon l'étude du dossier". Des investigations aux plans neurologique, radiologique et orthopédique ne permettent pas de déceler l'origine du problème et les infiltrations pratiquées n'ont apporté qu'une amélioration momentanée. L'assuré s'est ensuite plaint des deux épaules. C'est dans ce contexte qu'a été rendue la première décision, refusant le droit à une rente d'invalidité car estimant que l'assuré restait en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%, avec un rendement diminué de 20%. "L'évolution depuis lors reste marquée par la présence de douleurs constantes, intenses à

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 10/10, de l'hémiceinture scapulaire droite, du bas de la nuque, de la région dorsale. Les douleurs n'ont pas d'horaire, elles sont présentes 24h/24. Il ne décrit pas d'autre localisation douloureuse, notamment il ne se plaint plus des membres inférieurs". Leur analyse est la suivante: "Notre examen actuel est superposable à celui qui a été réalisé en 2009. Nous ne trouvons pas d'amyotrophie du membre supérieur mais une amyotrophie sélective des fosses des sus-épineux compatible avec une pathologie de coiffe. Si à gauche, l'atteinte est cliniquement peu évidente, à droite, M. annonce un état douloureux intense en dépit de l'opération. Lors des deux examens que nous avons réalisés pour l'examen de l'appareil locomoteur, il démontre un handicap extrêmement variable d'un moment à l'autre. Tantôt il tient le bras collé au corps en discrète flexion du coude, adduction d'épaule complète, tantôt il l'utilise normalement. [...] Nous n'avons pas pu tester activement la coiffe, le patient s'auto-limitant et s'y opposant. [...] Nous admettons une souffrance de la coiffe des rotateurs prédominant à droite en dépit de l'intervention mais sans évidence clinique d'une rupture totale. Cela confirme les limitations fonctionnelles déjà

reconnues. [...] Le syndrome cervical est stable et ne s'associe pas à des signes neurologiques déficitaires. [...] L'état douloureux, disproportionné par rapport aux constatations objectives justifie une diminution de rendement dont nous avons tenu compte consensuellement avec l'expert psychiatre. Nous ne saurions assimiler la situation clinique de l'expertisé à un bras exclu suite à une lésion complète du plexus brachial ou suite à une amputation proximale. Rappelons qu'il s'agit d'une pathologie de coiffe avec des phénomènes de majoration associés à une co-morbidité psychiatrique". Les experts ont en outre émis des doutes sur la compliance médicamenteuse. Au plan psychiatrique, les experts recensent deux aspects principaux: un syndrome dépressif et des symptômes psychosomatiques (impotence fonctionnelle du membre supérieur droit et douleurs multiples). S'agissant du premier, ils constatent qu'il est très prononcé subjectivement, mais que "les signes objectifs, habituellement présents en cas de dépression relativement sévère, sont en revanche quasiment absents. La tristesse et le désespoir ne sont pas franchement perceptibles. Il n'y a pas de ralentissement, ni moteur ni vocal. Il n'y a pas de culpabilité irrationnelle. Le désir sexuel est conservé, même si la capacité est diminuée". L'insuffisance des critères CIM-10 ne leur permet pas de retenir un syndrome somatique, raison pour laquelle ils penchent plutôt pour un diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Les experts relèvent à cet égard que ledit diagnostic se rapproche de celui retenu dans la précédente expertise (épisode dépressif léger sans syndrome somatique) et de celui posé dans le cadre de l'hospitalisation de l'assuré en milieu psychiatrique, à l'automne 2010 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen). Ils en concluent que l'intensité de la dépression semble relativement stable depuis plusieurs années. Concernant les manifestations psychosomatiques, comprenant des douleurs diffuses (d'abord au membre supérieur droit, puis également à la nuque, au dos et au thorax), une amputation fonctionnelle du membre supérieur droit ainsi que des troubles d'allure neurologique au même membre (diminution subjective de la force et de la sensibilité), les experts notent que les manifestations objectives des douleurs et des troubles d'allure neurologique sont fluctuantes, dépendantes du contexte et vraisemblablement en partie volontaires. Pour ce même motif, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant peut difficilement être retenu. Ce d'autant que le critère central du caractère psychogène des douleurs manque chez l'expertisé. "Il n'y a en effet pas d'évidence de problèmes émotionnels ou psychosociaux majeurs pouvant être considérés comme à l'origine des douleurs «sine materia» présentes depuis fin 2007-début 2008. L'intervention chirurgicale sur la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pratiquée en octobre 2007, qui semble marquer le début du tableau douloureux, ne peut en effet pas être assimilée à un facteur de stress majeur émotionnel ou psychosocial". Les experts envisagent enfin la présence d'un mécanisme dissociatif pour expliquer les troubles pseudo-neurologiques, sans toutefois

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 retenir le diagnostic de trouble dissociatif, les caractéristiques typiques n'en étant pas remplies. Au final, ils considèrent que "les manifestations psychosomatiques présentées sont donc peu spécifiques et à la limite du trouble somatoforme et du trouble dissociatif. A défaut de diagnostic pouvant en rendre compte de manière satisfaisante, nous retenons, faute de mieux, celui de trouble somatoforme sans précision (F45.9)". La présence de symptômes anxieux est évoquée, mais ceux-ci ne sont pas assez sévères pour justifier un diagnostic additionnel à celui de trouble dépressif. En résumé, les experts retiennent d'une part que les limitations fonctionnelles imputables au trouble dépressif sont d'ampleur limitée - se manifestant par des troubles de l'attention ainsi qu'une diminution de l'énergie disponible et de la motivation - et qu'elles

engendrent une baisse du rendement estimée à 30%. D'autre part, ils sont d'avis que le trouble somatoforme est peu spécifique et qu'il est donc difficile d'apprécier son impact fonctionnel objectif. Après réception du rapport d'expertise, différents rapports ont encore été produits: - Le rapport du 23 mai 2013, dans lequel le Dr O. \_\_\_\_\_ estime qu'au vu du handicap majeur du membre supérieur droit, aucune activité n'est exigible ni possible, de manière permanente et définitive. - Le rapport sur formule officielle du Dr Q. \_\_\_\_\_ et du Dr U. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2013, mentionne que sous l'angle du problème à la nuque et au dos, un travail à 50% dans un domaine adapté (sans port de charge lourde de plus de 10 kg et avec changement fréquent de positions) serait envisageable. Il ne leur est par contre pas possible de se prononcer quant au problème à l'épaule droite et à l'état dépressif majeur. - Dans son rapport du 3 octobre 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin SMR, estime que les deux rapports précédents ne modifient pas les conclusions des experts de F. \_\_\_\_\_. Aucun des deux médecins concernés ne s'appuie sur des éléments somatiques précis pour expliquer l'impotence fonctionnelle totale du bras droit. Dans le cadre du recours, l'assuré a encore déposé différents documents médicaux: - Un rapport du 19 mai 2015, dans lequel le Dr O. \_\_\_\_\_ confirme qu'en raison de l'impotence fonctionnelle du bras droit, il ne voit pas quelle activité, même adaptée, son patient pourrait encore exercer. Il note aussi une aggravation des douleurs à l'épaule gauche. - Un courrier du physiothérapeute W. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2015, indiquant que malgré différentes techniques thérapeutiques, le bilan n'est pas satisfaisant, le patient ne ressentant aucune amélioration ni au niveau des douleurs, ni au niveau fonctionnel. Il mentionne également une aggravation des symptômes à l'épaule gauche. - Un rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 28 mai 2015 rappelle brièvement le contexte ayant conduit au développement d'un état dépressif sévère. "Après 6 ans de suivi et traitement je constate que les souffrances dépressives et ses douleurs se sont cristallisées rendant le pronostic très limité voire défavorable pour son avenir". Selon lui, la capacité de travail est diminuée de 70 à 80%, pour une durée indéterminée, voire définitive. c) D'emblée, la Cour de céans constate que l'expertise bidisciplinaire sur laquelle s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision respecte les exigences générales de la jurisprudence en matière d'expertise (cf. supra 3d), se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu le recourant. Ceux-ci ont pris en considération les plaintes exprimées par le patient et les points litigieux importants

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des médecins sont dûment motivées. Le tableau dressé par ces derniers présente de manière circonstanciée et convaincante l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'apparition des premiers symptômes. Il expose en particulier de façon concluante le glissement graduel de la sphère somatique, liée au départ avec l'atteinte objectivée à l'épaule droite ayant motivé une intervention chirurgicale à l'automne 2007, vers la sphère psychiatrique. Ce transfert se traduit concrètement par la perplexité des nombreux spécialistes (notamment en rhumatologie et orthopédie) qui, au fil des consultations, se sont retrouvés impuissants à fournir une explication aux plaintes et douleurs alléguées par l'assuré. Cela est particulièrement patent en 201: les Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ étant arrivés à la conclusion que la limitation fonctionnelle ressentie et les douleurs venaient surtout de l'épaule droite et que les problèmes cervicaux n'influençaient que de manière marginale le rendement, ils ont alors adressé l'assuré au Dr J. \_\_\_\_\_ pour une réévaluation. Ce dernier ayant écarté deux origines possibles des troubles (CRPS et troubles neurologiques), il fait alors part de son

désarroi, déclarant n'avoir "malheureusement rien d'autre à proposer pour ce patient. J'ai l'impression que tout ce qui pouvait être entrepris a été fait". On peut donc retenir de ce qui précède que l'origine des douleurs ne trouve pas de réelle explication objective et cela tout particulièrement pour l'impotence du bras droit qui constitue, au plan physique du moins, le motif principal de l'incapacité de travail du recourant. Au début 2012, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ confirment d'ailleurs que cette problématique n'est pas en lien avec les cervicales. Cet état de fait est corroboré par les conclusions des experts. Ceux-ci constatent, d'une part, un syndrome cervical stable, non associé à des signes neurologiques déficitaires, ainsi que, d'autre part, l'impossibilité d'attester de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée à une pathologie de l'épaule droite. Ils se fondent pour ce faire sur toute une série d'indices: "L'état général stable, l'absence d'autre problème de santé, l'amélioration de certains indices de mobilité axiale, ne permettent pas d'attester de diminution de la capacité de travail au plan somatique dans une activité adaptée à une pathologie de l'épaule droite". L'experte en rhumatologie observe également que la musculature du bras droit est conservée, ce qui tranche fortement avec l'allégation d'une impotence fonctionnelle totale. On retiendra dès lors que ces conclusions sont présentées de manière parfaitement valable, au terme d'un exposé exhaustif de la situation de l'assuré, et que dites conclusions coïncident avec l'impuissance des spécialistes traitants à expliquer les problèmes du recourant. Les rapports déposés après l'expertise, mais avant que la décision querellée ne soit rendue, ne modifient pas ce point de vue: le rapport du généraliste traitant n'apporte aucun élément nouveau, se contentant de confirmer une incapacité totale de travail en raison de l'impotence du bras droit. Quant au rapport des Drs Q. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_, il annonce une incapacité de travail de 50% uniquement en lien avec la nuque et le dos (soit sans tenir compte de l'épaule et de la sphère psychiatrique). Or, l'on peine à comprendre ce qui justifie une telle diminution de la capacité de travail, alors qu'aucune péjoration objective de l'état de santé n'est démontrée et que la situation était jusqu'alors considérée comme plutôt rassurante à ce niveau. Cela est d'ailleurs confirmé implicitement dans l'anamnèse: "Lors du dernier contrôle, le 02.10.2012, le patient présentait une situation stable avec des cervicalgies et lombalgies plus ou moins gérables. Radiologiquement, il n'y a pas de péjoration de la scoliose lombaire". Dans ce contexte, il n'est dès lors pas étonnant que les recherches se soient orientées sur la piste psychiatrique. Or, là encore, l'expertise figurant au dossier emporte la conviction des juges de céans, dès lors qu'elle procède d'une analyse approfondie du dossier, distinguant en particulier la

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 présence d'un syndrome dépressif de degré tout au plus moyen et de symptômes psychosomatiques. S'agissant du premier, les experts se basent en particulier sur les symptômes qu'ils ont pu relever lors de l'examen clinique pour conclure que les critères d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique sont remplis; ils insistent par ailleurs sur le caractère relativement stable de cette atteinte, se référant aux précédentes évaluations médicales. Concernant les seconds, ces mêmes experts mettent avant tout l'accent sur le caractère très fluctuant des manifestations psychosomatiques, ce qui les pousse d'ailleurs à écarter la présence d'un syndrome somatoforme douloureux. Ils mentionnent tout particulièrement l'absence d'élément ayant pu contribuer au développement d'une atteinte avec des répercussions aussi importantes: "Il n'y a en effet pas d'évidence de problèmes émotionnels ou psychosociaux majeurs pouvant être considérés comme à l'origine des douleurs «sine materia» présentes depuis fin 2007-début 2008". Les rapports établis par le psychiatre traitant ne sont pas aptes à remettre en cause cette analyse. Sans même parler du lien de confiance l'unissant à son patient (cf. supra consid. 3d), on

remarque que les avis émis par ce dernier ne remettent pas réellement en cause le résultat de l'expertise. Celui établi en 2011 faisait certes allusion à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11); une capacité de travail réduite de 50% dans une activité adaptée y est attestée, en tenant compte d'aspects tant somatiques que psychiques. Il consiste toutefois en de brèves réponses à des questions posées par le mandataire de l'assuré, insuffisant pour renverser les conclusions étayées des experts. Quant au rapport du 28 mai 2015 remis à l'appui du recours, on notera qu'il est établi postérieurement à la décision litigieuse et ne relève par conséquent pas de l'état de fait litigieux; l'aggravation qui y est mentionnée pourrait tout au plus être prise en considération dans le cadre d'une nouvelle demande. Quoi qu'il en soit, le degré d'incapacité de travail de 70 à 80% qui y est attesté ne se fonde que sur quelques lignes, dans lesquelles le Dr K.\_\_\_\_\_ se borne à constater la cristallisation de l'état dépressif de son patient. Là encore, cela ne permet clairement pas de renverser l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_. Cette opinion est encore appuyée par le fait que le suivi auprès du psychiatre traitant se limite à un entretien mensuel (cf. entretien téléphonique du 21 septembre 2012 entre l'expert-psychiatre et ce dernier, en p. 13 de l'expertise), soit un rythme de consultation qui paraît peu en rapport avec la gravité des troubles psychiques alléguée par l'assuré, respectivement par son psychiatre; une compliance médicamenteuse relative est également relevée par les experts (en p. 32 de l'expertise). On ajoutera encore que les informations recueillies par l'expert-psychiatre auprès du G.\_\_\_\_\_, afin d'en savoir plus sur l'hospitalisation du recourant du 15 au 20 octobre 2010, ne sont pas déterminantes. Le diagnostic retenu (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen) correspond à peu de chose près à celui posé par le Dr K.\_\_\_\_\_ quelques mois plus tard (celui-ci y ajoute un syndrome somatique). Les symptômes corroborent la gravité relative de la situation (discours cohérent, thymie triste avec abattement, sentiment de découragement, anxiété anticipatoire liée aux problèmes sociaux et asséurologiques, vision péjorative de l'avenir sans idées suicidaires, pas de symptômes psychotiques, problèmes de sommeil), ce que confirme l'évolution par ailleurs rassurante, l'assuré ayant pu rentrer chez lui après 5 jours, vu l'amélioration desdits symptômes. On relèvera enfin que l'expertise effectuée par le Dr T.\_\_\_\_\_ ne perd pas d'emblée toute valeur probante au motif qu'elle a été rédigée avant le changement de jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. supra 3b). En l'espèce, l'expert ne s'est manifestement pas fondé sur la présomption – abandonnée – selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 raisonnablement exigible. Au contraire, il a, par le truchement d'indices concrets, établi l'existence d'une discordance manifeste entre les douleurs décrites et l'anamnèse, les constatations objectives (cf. à cet égard ATF 140 V 193 consid. 3.3). L'expertise psychiatrique querellée remplit ainsi les conditions de la récente jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Au final, les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire - laquelle met avant tout en exergue une importante discordance entre les plaintes alléguées par l'assuré et les constatations objectives des nombreux spécialistes ayant été appelés à se prononcer sur son dossier – emporte largement la conviction de la Cour de céans. Il n'est dès lors pas nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire le recourant. Partant, force est d'admettre que l'assuré est en mesure de travailler, dans une activité adaptée à ses problèmes de santé. 5. Le recourant conteste également le calcul du taux d'invalidité, et en particulier le montant du revenu de valide de même que le taux de l'abattement sur le salaire

statistique. a) En ce qui concerne la réduction du salaire statistique, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). En l'espèce, la Cour retient que les 15% octroyés par l'autorité intimée tiennent correctement compte des différents paramètres du dossier. Au moment déterminant, le recourant était en effet âgé de 50 ans, soit un âge encore relativement jeune, au sens de la jurisprudence fédérale tout du moins. Le pourcentage en question est en outre tout à fait adapté, dès lors que les activités adaptées envisageables ne requièrent pas de réadaptation au travail. Enfin, le bégaiement dont il invoque souffrir ne semble pas représenter un handicap tel qu'il conviendrait d'en tenir compte sur le marché du travail; on en veut pour preuve le fait qu'il n'a pas empêché la tenue des deux expertises successives, les experts considérant au demeurant que ce trouble était léger. b) Compte tenu de ce qui précède, la modification éventuelle du salaire de valide requise par le recourant ne modifie de toute manière pas le résultat final. En effet, le fait de comparer un salaire annuel de CHF 69'382.-, tel qu'allégué dans son mémoire de recours, à un revenu d'invalidité de CHF 36'392.-, non contesté, aboutit à un taux d'invalidité de 47.55%, qui ne lui ouvre toujours le droit qu'à un quart de rente d'invalidité. 6. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a accordé un quart de rente d'invalidité au recourant, dès le 1er octobre 2010. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 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, ce dernier étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. Conformément aux art. 142 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et à l'art. 12 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), compte tenu de la liste de frais produite le 20 octobre 2016 par son mandataire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit en l'indemnisant, à raison de 16.70 heures à CHF 180.-, soit à un montant de CHF 3'006.-, plus CHF 63.20 au titre de débours, plus

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 CHF 245.55 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 3'314.75, indemnité intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. III. L'équitable indemnité allouée à Me Dominique Morard, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 3'006.-, plus CHF 63.20 de débours, plus CHF 245.55 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 3'314.75, 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 2 novembre 2016/hca/mba

Président Greffier-rapporteur

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