

FR_GERICHTE 608 2016 190 vom 31. August 2017

FR Kantonsgericht, 2017-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_190

FR: FR_GERICHTE 608 2016 190 du 31 août 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 190 del 31 agosto 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

février 2015, dossier AI p. 228). En raison d'absences répétées justifiées par des certificats médicaux de son médecin traitant et de résultats de premiers tests attestant des compétences très faibles en français et en mathématiques, le stage a été interrompu avant la fin de la durée prévue (voir rapport du 20 mars 2015, dossier AI p. 222). Par projet de décision du 18 mai 2015 (dossier AI p. 199), l'Office de l'assurance-invalidité a notamment retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus avec et sans atteinte à la santé, il a fixé le degré d'invalidité à 26%, ce qui n'ouvrait pas de droit à la rente. Suite aux objections formulées le 16 juin 2015 et complétées le 20 août 2015 par le recourant, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés (dossier AI p. 166 et 158) et au rapport établi le 9 septembre 2015 par son Service médical régional (dossier AI p. 148), l'Office de l'assurance-invalidité a mis en place une expertise en rhumatologie et en psychiatrie, avec avis consensuel des experts et examen de la question de savoir si l'effort nécessité par la poursuite d'une mesure ou d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit est exigible de la part du recourant. Par décision du 16 août 2016, se référant notamment à son projet de décision du 18 mai 2015 et aux rapports d'expertise concluant à une capacité du recourant d'exercer à plein temps une activité professionnelle adaptée à son état de santé, l'Office de l'assurance-invalidité a rejeté la demande de rente d'invalidité. C. Par recours de droit administratif déposé le 15 septembre 2016 par sa mandataire et complété le 17 octobre 2016, le recourant conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision du 16 août 2016 et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance- invalidité. A l'appui de sa position, il produit de nouveaux rapports médicaux et relève pour l'essentiel qu'il souffre de graves affections, notamment une tumeur au niveau de la moelle épinière, ainsi que de multiples douleurs qui le rendent totalement incapable de travailler dans toute activité.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Le 29 septembre 2016, le recourant a versé l'avance de frais de CHF 800.- requise par ordonnance du 20 septembre 2016. Dans ses observations du 27 octobre 2016, confirmées le 23 novembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours. Il maintient en particulier que les deux rapports d'expertise permettent de conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée et il ajoute que les nouveaux éléments apportés, pour autant qu'ils soient pertinents, devraient être pris en considération dans le cadre d'une nouvelle demande. Dans une intervention spontanée du 29 novembre 2016, le recourant confirme pour l'essentiel sa position. Il produit par ailleurs de nouvelles pièces médicales, en particulier un certificat de sa médecin-psychiatre

qui le suit depuis le 31 octobre 2016 pour des problèmes psychologiques, posant le diagnostic d'un épisode dépressif d'intensité moyenne et de troubles somatoformes traités par des psychotropes et de l'hypnose et attestant d'une capacité de travail nulle dans toute activité en raison de troubles de sommeil, troubles cognitifs, diminution de l'élan vital, angoisses permanentes et idées suicidaires épisodiques. Par courrier du 4 janvier 2017, l'Office de l'assurance-invalidité indique qu'il n'a pas de remarques particulières à formuler et maintient ses conclusions. Dans une nouvelle intervention du 23 juin 2017, le recourant allègue une aggravation de son état de santé et produit des rapports médicaux complémentaires. Le 24 août 2017, l'institution de prévoyance du 2ème pilier du recourant a été invitée à s'exprimer sur l'objet du litige. Par courrier du 28 août 2017, elle a renoncé à se déterminer. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). 3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. 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 selon le taux de l'invalidité: 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. 3.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état

psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, 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). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. 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. 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

équivalait 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). 3.2 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 sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 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). 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

E. 29

janvier 2008). 4. Est en l'espèce litigieuse la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et en particulier de la capacité de travail de celui-ci, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation, tant sous l'angle physique que psychique. 4.1 S'agissant de la santé physique, dans son rapport d'expertise du 26 avril 2016, Dr D._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie (volet rhumatologique d'une expertise bidisciplinaire rhumatologie/psychiatrie; dossier AI

p. 31) pose les diagnostics suivants: - lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, discopathies L4-L5 modérée, L5-S1 plus marquée avec hernie discale L5-S1; - épicondylite bilatérale récidivante; - suspicion d'une discrète atteinte de la coiffe des rotateurs des épaules des deux côtés sur microtraumatismes; - tunnel carpien asymptomatique; - syndrome douloureux musculosquelettique ubiquitaire. Par ailleurs, elle relève que des investigations neurologiques très exhaustives ont été réalisées, notamment en raison de la découverte d'une lésion médullaire atypique au niveau C3-C4. Sur la base de son propre examen et d'une discussion détaillée des rapports médicaux figurant au dossier, l'experte retient que les examens neurologique, neurophysiologique et par imagerie n'ont pas permis de déterminer la cause des troubles ressentis par le recourant, notamment l'atteinte sensitive en gants et en chaussettes et le syndrome vertébral dorso-lombaire et cervical. Plus spécifiquement, il n'y a pas de corrélat clinique avec l'éventuelle lésion observée au niveau médullaire cervical. Dans la même ligne, il est conclu que les cervicalgies ressenties par le recourant ne sont expliquées ni par l'examen clinique, ni par les images radiologiques et sont à retenir dans le cadre d'un syndrome douloureux musculosquelettique ubiquitaire. Quant aux lombalgies, elles peuvent être partiellement référées aux troubles dégénératifs, aux discopathies et à l'hernie discale susmentionnée, mais ces éléments n'expliquent pas l'intensité des douleurs et l'importante impotence fonctionnelle qui découle telles qu'alléguées par le recourant. Au contraire,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 l'observation de signes de non-organicité (Waddel 4/5; Kummel 2/3) permet de supposer une composante subjective à la symptomatologie algique lombaire. Se fondant sur les constats qui précèdent, l'experte admet certes que l'ancienne activité de maçon n'est plus exigible, dans la mesure où elle est contraignante pour le rachis, implique des mouvements répétitifs des avant-bras avec une certaine force physique et le port itératif de charges importantes. Elle retient toutefois que le recourant est apte à exercer à 100% sans perte de rendement une activité professionnelle adaptée, n'impliquant pas de mouvements répétitifs des avant-bras, de travail en force des membres supérieurs en raison de l'épicondylite bilatérale ou encore de contraintes importantes pour le rachis dorso-lombaire. Ces constats et appréciations peuvent être confirmés à la lumière des autres éléments figurant au dossier, notamment les rapports des médecins suivants: - Dr E. _____ et Dr F. _____, médecins auprès du Département de radiologie de l'Hôpital fribourgeois: rapport du 28 janvier 2014 (dossier AI p. 340) faisant état de troubles lombaires, plus particulièrement une hernie discale significative au niveau L5-S1 avec un léger conflit disco- radiculaire bilatéral, un peu plus accentué à gauche, et un déséquilibre de la statique de la colonne lombaire sous forme d'hypolordose lombaire et position horizontale de l'os sacrum; rapport du 20 avril 2015 (dossier AI p. 184) mentionnant en sus des troubles lombaires de très discrets signes de surcharge du pied des articulations sacro-iliaques prédominant à droite, mais précisant l'absence d'argument pour une pathologie inflammatoire des articulations sacro-iliaques. - Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales: rapport du 6 février 2014 (dossier AI p. 337) relevant lui aussi l'existence de troubles lombaires, plus spécifiquement des discopathies L5-S1, moindre L4-L5 avec arthrose postérieure, et des séquelles de maladie de Scheuermann, ainsi qu'une épicondylite bilatérale en cours de traitement; cette médecin précise par ailleurs être frappée, malgré la corpulence du patient et son activité professionnelle, par une trophicité moindre de la musculature paravertébrale; l'auteur du rapport indique à cet égard avoir longuement discuté avec le recourant de la nécessité, étant donné la faiblesse de ses derniers segments lombaires, de renforcer sur le plan musculaire la

capacité de la sangle abdomino-pelvienne par une physiothérapie dirigée et active et la poursuite sur le long terme de cet entretien musculaire. - Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique: rapport du 19 mai 2014 (dossier AI p. 173) posant le diagnostic de lombalgies chroniques avec sciatalgies dans le contexte de micro-instabilité lombaire basse, déconditionnement physique et psychique et kinésiophobie et précisant qu'il existe un haut risque de chronicité vis-à-vis des pensées du patient concernant ses douleurs; rapport du 4 juillet 2014 (dossier AI p. 318) faisant suite à une prise en charge globale de reconditionnement physique de trois semaines, mentionnant une amélioration subjective de la situation avec un meilleur fonctionnement en lien avec les douleurs et une compréhension de l'importance des stratégies de travail et de l'entraînement musculaire et, sur le plan objectif, une augmentation de la force des extenseurs et dans le port des charges;

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 rapports du 3 septembre 2014 et du 12 novembre 2014 (dossier AI p. 275 et 181) mentionnant d'une part une aggravation des lombalgies et l'apparition de nouvelles douleurs et faisant état d'autre part d'une nette diminution fonctionnelle avec des autolimitations; rapport du 13 novembre 2014 (dossier AI p. 269) détaillant en particulier les douleurs importantes ressenties à plusieurs endroits du corps notamment lors de postures statiques prolongées et confirmant l'existence d'autolimitations assorties d'une attitude démonstrative, notamment de nombreux soupirs et des frottements du dos; ce rapport retient qu'une activité adaptée plutôt sédentaire de type bureau pourrait être exercée en tout cas à 50% sur le plan purement orthopédique, avec une augmentation progressive, mais émet dans le même temps un pronostic fortement réservé à cet égard, compte tenu notamment de nombreux facteurs psychologiques et d'une kinésiophobie; rapports du 29 avril 2015 (dossier AI p. 186), du 16 juin 2015 (dossier AI p. 154) et du 19 novembre 2015 (dossier AI p. 133) allant désormais dans le sens d'un trouble somatoforme douloureux et reprenant le diagnostic de lombalgies chroniques dans un contexte non seulement de micro-instabilité basse L5-S1, mais également de déconditionnement physique et psychique et de kinésiophobie; dans le même ordre d'idées que l'expertise établie postérieurement, ce rapport précise que la discopathie L5-S1 n'explique en rien l'extension des douleurs qui sont plutôt dues à des troubles somatoformes; s'agissant de la capacité de travail, il retient l'exigibilité d'une activité adaptée, avec plusieurs limitations et une alternance de positions assise et debout et de la marche (voir annexe au rapport du 19 novembre 2015), ce qui va également dans le sens de l'expertise du 26 avril 2016. - Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant: rapports du 28 janvier 2014 (dossier AI p. 172), du 28 février 2014 (dossier AI p. 302), du 18 mars 2014 (dossier AI p. 331), du 18 juillet 2014 (dossier AI p. 317), du 18 septembre 2014 (dossier AI p. 277), du 3 novembre 2014 (dossier AI p. 279), du 8 avril 2015 (dossier AI p. 183) et du 26 juin 2015 (dossier AI p. 153) reprenant en particulier les diagnostics d'épicondylites et de troubles lombaires, puis dès juin 2015, de trouble somatoforme douloureux; certes, ces rapports attestent globalement une incapacité de travail (quasi-)totale, mais il en ressort que ce sont surtout les douleurs lombaires déclenchées par la plupart des mouvements, ainsi que des fourmillements, sensations désagréables et douleurs sur d'autres points du corps, notamment aux mains et aux membres inférieurs, qui sont gênantes et qui rendent nulle la capacité de travail (voir par ex. rapport du 18 septembre 2014: « les douleurs rendent illusoire la capacité de faire des efforts au travail »); ces rapports font également état de douleurs qui empirent subjectivement, alors que l'état de santé objectif est stationnaire (voir p. ex. rapport du 26 juin 2015: « c'est toujours pire, dit-il à chaque consultation »); les appréciations du médecin traitant ne remettent ainsi pas en cause la conclusion du rapport

d'expertise selon laquelle les douleurs en question doivent être rapportées pour leur plus grande part à un trouble douloureux musculosquelettique ubiquitaire. - Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine générale, mandaté par l'assureur perte de gain maladie du recourant: rapport du 27 novembre 2014 (dossier AI p. 256) retenant lui aussi un très vraisemblable trouble somatoforme douloureux qui s'est greffé sur des troubles dégénératifs modérés et qui ne s'oppose pas à la reprise d'une activité professionnelle adaptée, alternant les positions debout et assise, avec une prise en charge de réhabilitation physique active.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 - Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité: rapport du 2 avril 2014 (dossier AI p. 2014) retenant également le diagnostic de troubles dégénératifs dorso-lombaires sous forme d'une maladie de Scheuermann et de discopathies étagées L4-L5-S1 avec arthrose lombaire postérieure bilatérale et mentionnant lui aussi un accès d'épicondylites bilatérales; allant dans le même sens que l'expertise établie postérieurement, ce rapport conclut à l'existence d'une capacité médico-théorique de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement; rapport du 21 août 2014 (dossier AI p. 299) reprenant celui du 2 avril 2014, en relevant une aggravation subjective de l'état de santé, la perte du réflexe rotulien et l'augmentation des douleurs ayant amené à la renonciation à conduire ne reposant pas sur des appréciations médicales concrètes; rapport du 4 décembre 2014 (dossier AI p. 264) ajoutant qu'une problématique thymique et une tendance aux autolimitations et à l'extension du syndrome douloureux peuvent être ressentis comme étant une limitation supplémentaire; rapport du 9 septembre 2015 (dossier AI p. 148) constatant une symptomatologie somatoforme douloureuse constituant un frein prédominant à toute mesure de réinsertion professionnelle en plus des limitations fonctionnelles déjà décrites et justifiant la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie. - Dr L. _____, médecin-chef du Département de radiologie, Dr M. _____, médecin adjointe du Service de médecine et spécialités, Dre N. _____, cheffe de clinique de la clinique de médecine, Dre O. _____, cheffe de clinique de la clinique de rhumatologie de l'Hôpital fribourgeois: rapport du 8 septembre 2015 (dossier AI p. 142) faisant état d'un petit foyer médullaire atypique de 2 à 3 mm de diamètre et 6 mm d'extension longitudinale entre C3 et C4, compatible avec une éventuelle sclérose en plaques; rapport du 29 septembre 2015 (dossier AI p. 103) faisant état d'un syndrome douloureux diffus associé à des plaintes peu systématisées; tout en relevant l'existence du petit foyer médullaire précité, ce rapport précise que l'origine de cette lésion est peu claire et qu'il est douteux qu'elle soit en lien avec le tableau clinique; rapports du 22 octobre 2015 (dossier AI p. 128), du 18 novembre 2015 (dossier AI p. 96) et du 1er décembre 2015 (dossier AI p. 89) faisant ressortir qu'une lésion de sclérose en plaques unique entre C3 et C4 ne peut pas être formellement exclue, mais qu'il semblerait dans cette hypothèse difficile de la mettre en cause dans la symptomatologie très disparate du recourant; rapport du 4 avril 2016 (dossier AI p. 8) relevant l'évolution défavorable des douleurs peu soulagées par le traitement antalgique et l'existence d'autres symptômes systémiques, à savoir sudation profuse, phénomène de Raynaud nouveau et trouble vésico-sphinctérien. Après discussion, ce rapport retient le diagnostic d'un syndrome douloureux pouvant expliquer tant l'aggravation des douleurs que les symptômes systémiques. - Prof. P. _____, médecin-chef du service de neurologie policlinique du CHUV: rapport du 7 janvier 2016 (pièce 2 du bordereau du 29 novembre 2016) relevant lui aussi l'existence d'un syndrome douloureux chronique (polyarticulaire) avec des douleurs

de types

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 différents sur plusieurs endroits du corps, associées en particulier à des vertiges positionnels, à une sensation de sifflement dans la tête, à des troubles de la marche avec déséquilibre et à des troubles digestifs. Ce rapport confirme les rapports des médecins de l'hôpital fribourgeois selon lesquels il n'y a pas de corrélat clinique avec l'éventuelle lésion observée au niveau médullaire cervical, conclusion qui rejoint celle du rapport d'expertise rhumatologique. - PD Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie au neurocentre de l'Inselspital, à Berne: rapport du 26 septembre 2016 (pièce 2 du bordereau du 17 octobre 2016), établi postérieurement à la décision attaquée, mais se référant notamment à une consultation du 6 juin 2016, préalable à cette décision. A l'image des précédents rapports relatifs évoquant la lésion médullaire, discutés notamment dans l'expertise rhumatologique, ce rapport confirme l'étiologie peu claire de la lésion médullaire, mentionne des hypothèses de diagnostics sans les confirmer et souligne la difficulté d'établir un pronostic sur son évolution. Il évoque un lien entre cette lésion et des troubles de la sensibilité, mais reprend pour le reste, sans établir de causalité avec l'existence de la lésion médullaire, le constat de divers troubles systémiques déjà relevés, de troubles de la coordination et de la motricité fine. S'agissant des douleurs ressenties par le recourant, il fait ressortir que les céphalées paraissent être induites par la prise des médicaments anti-douleurs et propose le retrait de ceux-ci. Il confirme encore le diagnostic de syndrome douloureux chronique cervico-lombaire et mentionne une évolution dépressive. Enfin et surtout, mettant en évidence qu'elle est influencée par les divers facteurs susmentionnés, l'auteur du rapport ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant et en appelle sur ce point à la réalisation d'une expertise multidisciplinaire. Il n'apporte ainsi pas d'élément remettant en question celle qui a été réalisée et qui permet de conclure, à tout le moins au moment où la décision a été rendue, que les douleurs du recourant sont à retenir dans le cadre d'un syndrome douloureux musculosquelettique ubiquitaire, les troubles somatiques constatés ne permettant pas d'expliquer l'intensité des douleurs et l'importante impotence fonctionnelle qui en découle. 4.2 Quant au plan psychiatrique, Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (volet psychiatrique d'une expertise bidisciplinaire rhumatologie/psychiatrie; dossier AI p. 13) exclut l'existence de toute maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité. Il ajoute que le principal problème du recourant est la douleur, qu'il n'y a pas de divergences entre les symptômes décrits et le comportement du recourant qui est démonstratif par rapport à ses douleurs et que la limitation de la capacité de travail est provoquée par la douleur, mais pas par une atteinte psychique. Il en conclut qu'en l'absence d'atteinte du point de vue psychiatrique, le recourant a toujours été capable de travailler. Cette conclusion peut être confirmée au regard des autres éléments figurant au dossier, notamment les rapports des spécialistes suivants: - Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique: en particulier rapport précité du 3 septembre 2014, posant la question de la nécessité d'un suivi sur le plan thymique; l'interrogation formulée pose les prémisses du diagnostic ultérieur de trouble somatoforme douloureux, mais ne permet à l'évidence pas de conclure à l'existence d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail. - Dr I._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant:

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 en particulier rapport précité du 18 septembre 2014 reprenant le constat d'un déconditionnement tant physique que psychique, qui peut également être mis en lien avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et qui ne

saurait dès lors lui non plus remettre en cause la conclusion de l'expertise niant toute affection de nature purement psychiatrique. - S. _____, psychologue clinique: rapport du 4 juillet 2015 (dossier AI p. 156) faisant référence à une seule consultation, concluant à l'absence de tout diagnostic psychiatrique et niant également une limitation dans la capacité de travail au niveau psychique. 4.3 La question qui reste posée est donc uniquement celle de l'influence du syndrome douloureux musculosquelettique ubiquitaire sur la capacité de gain. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral ressortant de l'arrêt 9C_492/2014 précité du 3 juin 2015 précité (voir consid. 3.2), ce type de syndromes ne peut plus être déclaré non invalidant par principe. Il convient au contraire d'examiner si tel est le cas en se fondant sur une vision d'ensemble et un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, en prenant en compte en particulier la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue, et les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. A ces égards, le dossier fait ressortir les éléments suivants: - concernant ses ressources personnelles, il ressort du rapport d'expertise psychiatrique du

E. 30

mai 2016 notamment que le recourant vit depuis environ dix ans avec sa compagne, qui travaille pour une association de mamans de jour, et qu'il a de bonnes relations avec ses deux sœurs dont l'une qui est mariée, a deux enfants et vit juste en face de lui. C'est du reste son beau-frère qui l'a conduit en voiture au cabinet de l'expert le jour de l'entretien. Les informations relatives à ses enfants ressortant des deux rapports d'expertise sont peu claires et contradictoires. Globalement, sa vie familiale peut néanmoins être qualifiée de stable. Quant à ses activités, l'aggravation de ses douleurs a pour effet qu'il ne conduit plus de véhicule, qu'il ne travaille plus, qu'il ne se déplace plus que péniblement, qu'il est sujet à des sentiments de découragement et que son élan vital est perturbé en fonction des douleurs. Toutefois, dans un contexte social préservé (voir rapport d'expertise psychiatrique: « il est bien soutenu par son réseau »), il maintient une certaine estime de soi et ne ressent pas d'infériorité, de dévalorisation, d'inutilité ou de ruine. Il n'a pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. Par ailleurs, il est intelligent et a toujours travaillé jusqu'à l'aggravation de ses douleurs en 2013. Il conserve ainsi certaines ressources pour faire face à celles-ci. - s'agissant de l'utilisation des offres thérapeutiques existantes, il résulte des rapports figurant au dossier que le recourant prend un grand nombre de médicaments antalgiques, mais ne suivait à la date déterminante de la décision attaquée aucun traitement par un psychiatre ou un psychothérapeute. Selon le rapport d'expertise psychiatrique, il s'est même étonné d'être convoqué par un médecin psychiatre. - quant aux limitations alléguées, les deux rapports d'expertise font certes état de restrictions importantes dans la plupart des activités. Ainsi, le rapport d'expertise rhumatologique du

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 26 avril 2016 mentionne que le recourant n'a pas de loisir particulier, mis à part – mais tout de même – le fait d'aller boire un café de temps en temps avec une connaissance. A son domicile, il aide un peu dans les activités ménagères très légères, mais peu en raison de ses douleurs et de sa fatigue, il se repose beaucoup, surtout en position assise car la position couchée augmente ses douleurs, et il n'a pas d'activité de bricolage car dès qu'il commence les douleurs réapparaissent. A cet égard, on peut toutefois relever la mention par Dr H. _____ dans ses rapports précités d'une

kinésiophobie qui amène le recourant à éviter progressivement les activités physiques avant même l'apparition de la douleur, ainsi que le constat d'une importante démonstrativité qui ressort clairement des documents médicaux figurant au dossier. A titre d'exemple, le rapport d'expertise rhumatologique relève que le recourant est orienté, se montre peu collaborant, très démonstratif et majorant. Ainsi, le déshabillage et le rhabillage s'effectuent debout penché en avant, lentement, difficilement et accompagnés de plaintes, le recourant retirant et remettant chaussures et chaussettes en indiquant que c'est le pire. - enfin, dans le sens qui a déjà été décrit ci-dessus, les rapports médicaux font état de facteurs extra-médicaux qui relèvent de l'auto-limitation. Entre autres, le rapport d'expertise rhumatologique constate une « attitude antalgique », un caractère « démonstratif lors de l'examen clinique » ainsi qu'une « majoration des symptômes ». Précisant qu'il n'y a toutefois pas « d'exagération des symptômes », le rapport d'expertise psychiatrique relève lui aussi « un côté démonstratif des symptômes ». Quoi qu'il en soit de la réalité des symptômes perçus, il est également marquant que le recourant reste convaincu que ses douleurs sont justifiées par une cause physique, qui ne serait pas encore établie, et qu'elles ne peuvent qu'empirer (voir par exemple rapport d'intervention précoce du 20 mars 2015, dossier AI p. 222: « [le recourant] nous dit aller de plus en plus mal, qu'il a de plus en plus de douleurs, qu'il ne dort pas la nuit »; « [il] ne pense pas que cela va aller mieux pour la suite du stage, il dit faire de son mieux et qu'il ne peut pas plus »). Il en va de même de sa colère face aux doutes et recherches d'explications des assurances privées et sociales (voir rapport d'entretien du 29 janvier 2015, dossier AI p. 247: « il me demande qui va s'occuper de lui quand il sera tombé par terre durant le stage à l'orif »; « il me dit que nous sommes racistes, que c'est parce qu'il est portugais qu'on ne veut pas reconnaître qu'il est malade »). Ces éléments et d'autres paraissent à même de conforter le recourant dans la conviction que ces douleurs ont une cause particulière objective et qu'il est normal qu'elles persistent même en cas de prises d'analgésiques. Cette conviction, non reprise par les médecins, ne saurait toutefois permettre de reconnaître l'existence d'une invalidité au sens de la loi. Eu égard également au fait que les médecins qui se sont exprimés sur cette question s'accordent sur le fait que ce sont les douleurs, bien plus que l'atteinte objective, qui marquent le recourant, il résulte de ce qui précède que celles-ci dépendent pour l'essentiel de facteurs n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité. Il doit dès lors être confirmé que les douleurs liées au syndrome douloureux musculosquelettique ubiquitaire ne fondent pas une incapacité de gain totale au moment de la décision de refus de rente. Au contraire, la capacité de travail médico- théorique du recourant pouvait être fixée à ce moment, tant sur le plan physique que psychique, à 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, conformément au consensus de l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 4.4 Il convient encore de relever que, dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a déposé en particulier six nouveaux rapports médicaux, ceux-ci ne remettant cependant pas en question la conclusion qui précède: - rapport du 7 janvier 2016 de Prof. P. _____, médecin chef du service de neurologie policlinique du CHUV: ce rapport a été pris en considération et discuté au consid. 4.2. - rapport du 20 septembre 2016 de Dr M. _____, médecin adjointe du Service de médecine et spécialités de l'Hôpital fribourgeois (pièce 1 du bordereau du 17 octobre 2016): établi à la demande du recourant pour les besoins de la présente procédure de recours, ce rapport indique que la dernière consultation auprès de ce médecin a eu lieu à fin mars 2016 et il ne contient pas d'élément significatif nouveau relatif aux constats effectués

par ce médecin et ses collègues de l'Hôpital fribourgeois et déjà discutés au consid. 4.2. En effet, ce rapport confirme l'étiologie peu claire de la lésion médullaire avec notion d'une légère progression à l'IRM de contrôle en juin 2016, insiste sur la difficulté de poser un diagnostic sur le vu de sa localisation et relève que le pronostic est compliqué par la présence du syndrome douloureux chronique. - rapport du 26 septembre 2016 de Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie au neurocentre de l'Inselhospital: établi lui aussi postérieurement à la décision attaquée, ce rapport a été pris en considération et discuté au consid. 4.2 dans la mesure où il porte également sur la situation existant avant cette décision. - rapport du 25 novembre 2016 de Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièce 1 du bordereau du 29 novembre 2016): ce rapport est toutefois postérieur à la décision litigieuse et concerne également des faits postérieurs à celle-ci (prise en charge de nature psychiatrique dès le 31 octobre 2016), de sorte qu'il ne peut pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure (voir considérant 2 ci-dessus). - rapport du 15 mars 2017 de Dr I._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant (annexe à la détermination spontanée du 23 juin 2017): établi à la demande du recourant pour les besoins de la présente procédure de recours, ce rapport ne contient pas d'élément significatif nouveau relatif aux constats effectués par ce médecin et déjà discutés au consid. 4.2. En particulier, il relève que depuis 2013, l'état physique du patient est peu modifié et qu'en revanche les douleurs se sont aggravées subjectivement. Il confirme encore que la lésion médullaire atypique indéterminée mise en évidence en 2015 ne semble pas pouvoir expliquer les douleurs présentées. - rapport du 12 juin 2017 de Dr U._____, spécialiste FMH en médecine interne et oncologie hématologie (annexe à la détermination spontanée du 23 juin 2017): ce rapport est toutefois postérieur à la décision litigieuse et concerne également des faits postérieurs à celle-ci (évolution clinique continuellement défavorable, le recourant se déplaçant désormais avec un tintébin), de sorte qu'il ne peut pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure (voir considérant 2 ci-dessus). 5. Se fondant sur une capacité de travail médico-théorique du recourant fixée à 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, l'Office de l'assurance-invalidité a retenu un taux d'invalidité de 26% en prenant en considération un revenu réalisable sans invalidité de CHF 88'710.- (revenu réalisé en 2014 dans l'ancienne activité) et un revenu d'invalidité de CHF 65'633.65 (revenu réalisable dans une activité d'employé de production industrielle légère ou les services selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012, après adaptation de la durée

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 hebdomadaire et indexation). Les modalités du calcul, non contestées, paraissent exemptes de critiques, de telle sorte que le taux d'invalidité de 26% peut être confirmé. Le taux de 26% étant largement inférieur à la limite de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité, c'est à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a nié au recourant tout droit à une telle rente. Il s'ensuit que le recours du 15 septembre 2016 doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 5.1 Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. 5.2 il n'est pas alloué d'indemnité de partie au recourant, pour le même motif. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 16 août 2016 est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 31 août 2017/msu Président Greffier-stagiaire

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