

FR_GERICHTE 608 2016 212 vom 26. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_212

FR: FR_GERICHTE 608 2016 212 du 26 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 212 del 26 giugno 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 50

%. Dans sa décision du 3 novembre 2004, confirmée sur opposition le 24 mai 2005, l'OAI a reconnu un degré d'invalidité de 53 % dès le 1er mars 2003 en raison d'un trouble somatoforme douloureux, d'une dysthymie (dépression chronique), d'un syndrome vertébral lombaire chronique sur trouble statique et dégénératif modéré et d'une surdité progressive avec acouphène. Par arrêt du 6 avril 2006, le Tribunal administratif a cependant annulé la décision sur opposition du 24 mai 2005 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision (5S 2005 183). B. Se fondant notamment sur l'expertise de E. _____ du 17 novembre 2009, l'office AI a baissé le degré d'invalidité à 38 %. Pour parvenir à ce taux, il a retenu que l'assuré était en mesure d'exercer une activité professionnelle légère à 70 %, sans diminution de rendement. Il a nié le droit à une rente par décision du 22 avril 2010. Cette décision a été confirmée par arrêts du Tribunal cantonal du 9 août 2012 (605 2010 175) et du Tribunal fédéral du 7 juin 2013 (9C_761/2012). C. Le 11 juillet 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une atteinte au dos et aux deux genoux, d'acouphènes dans les deux oreilles ainsi que de douleurs dans la nuque, les épaules, les bras, les mains et aux talons. Il a également évoqué des bruits dans la tête qui entraînent des douleurs très fortes. Se fondant sur l'avis du médecin du Service médical régional (SMR), l'OAI – par décision du 24 septembre 2013 – s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande, aucune aggravation n'ayant été rendue plausible. D. Le 14 octobre 2014, l'assuré a encore déposé une nouvelle demande de prestations, en se prévalant d'une détérioration de son état de santé psychique en particulier et en se référant à des rapports de son psychiatre traitant attestant une nette péjoration de son état dépressif, lequel aurait même nécessité un séjour à l'Hôpital psychiatrique D. _____. Après avoir recueilli différents avis médicaux auprès des médecins traitants et de son service médical, l'OAI a communiqué, le 29 avril 2016, un projet de décision, retenant qu'aucune péjoration de l'état de santé avec effet sur la capacité de travail n'était survenue depuis sa décision du 22 avril 2010. Malgré les objections de son assuré des 26 avril et 5 juillet 2016, il a confirmé son projet par décision du 31 août 2016. Selon l'autorité, aucun fait nouveau de nature à modifier l'exigibilité n'est avéré sur le plan médical objectif, puisque – notamment en ce qui concerne la présence d'une dépression sévère – les critères d'une classification internationale reconnue

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 permettant de qualifier de sévère l'état dépressif ne sont pas vérifiés. Dans son dispositif, elle a rejeté la nouvelle demande. E. Le 4 octobre 2016, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg, a interjeté un recours de

droit administratif à l'encontre de cette décision. Il conclut – sous suite de frais et dépens – principalement, à ce qu'une rente d'invalidité entière lui soit accordée, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée par la Cour. A l'appui de son recours, il reproche à l'autorité d'avoir nié l'aggravation uniquement sur la base d'un seul très bref avis du médecin anesthésiologue de son SMR. Il critique le fait qu'on écarte les affirmations de ses médecins traitants spécialistes, lesquels auraient suffisamment mis en évidence une nette aggravation de son état de santé psychique. Compte tenu du trouble somatoforme douloureux persistant, diagnostiqué depuis 2002 déjà par tous les médecins ayant eu à l'examiner, il incombait selon lui à l'OAI de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), respectant les exigences développées par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence. Le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. F. Dans ses observations du 4 novembre 2016, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle affirme qu'elle disposait d'un dossier suffisamment complet pour statuer en connaissance de cause et qu'il ne se justifiait pas d'ordonner une nouvelle expertise. Elle nie ensuite être en présence d'une aggravation de l'état de santé. Selon elle, le psychiatre traitant ne se réfère pas à des symptômes attestant la présence d'une dépression sévère selon la classification reconnue. Du côté somatique – toujours selon l'autorité – aucun élément ne prouve l'aggravation, respectivement aucun diagnostic ne pourrait avoir d'influence sur la capacité de travail qui serait dès lors toujours de 70 % dans une activité adaptée. G. Il n'a pas été ordonné d'autres échanges d'écritures entre les parties. H. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, 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 requises auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 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. 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 (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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 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 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 malade, 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 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). Dans cet ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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 en tenant compte 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. 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). c) Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 rente selon l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). 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). d) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGa) dans le domaine des assurances sociales, l'administration – ou le juge saisi d'un recours – doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGa; ATF 125 V 193 consid. 2; cf. ég. ATF 139 V 176 consid. 5.2). L'autorité peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 135 I 279 consid. 2.3; 130 III 321 consid. 3.2). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération. Le cas échéant, elle peut renoncer à l'administration d'une preuve si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 137 III 208 consid. 2.2; 130 II 425 consid. 2.1). 3. 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). a) 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 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). 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). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce

n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 4. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise en place d'une expertise est nécessaire. Même si, dans ses différentes prises de position, le médecin du SMR utilise l'expression "pas rendu plausible", il y a lieu de préciser que l'autorité – en entrant en matière sur la nouvelle demande – a admis que l'aggravation avait été rendue plausible. Cela étant, dans le cadre de son examen matériel, elle a considéré que les rapports des différents médecins ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une péjoration de l'état de santé. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux existant lors du refus initial de rente du 22 avril 2010. Il convient de souligner qu'une décision de non-entrée en matière n'est par principe pas déterminante quant au moment de la comparaison. En effet, celle-là repose précisément sur le fait qu'aucun examen matériel n'a été effectué. Contrairement à ce que le médecin du SMR et l'autorité semblent affirmer, on ne saurait dès lors reposer la comparaison sur la décision de non-entrée en matière du 24 septembre 2013. a) La décision du 22 avril 2010 – confirmée par le Tribunal cantonal et la Haute Cour (9C_761/2012) – a accordé pleine valeur probante à l'expertise de E. _____ du 17 novembre 2009 et fait siennes les conclusions des experts. Elle a retenu que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant était entière depuis 2002 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ces experts avaient constaté qu'en raison des atteintes au dos, aux genoux et aux mains, les activités exigeant des positions debout prolongées, des déplacements importants ou sur terrain irrégulier, en pente ou sur des

échelles, ainsi que les activités requérant une force de préhension, des ports de charges et des gestes répétitifs amples des membres supérieurs n'étaient plus exigibles. Sur le plan psychiatrique, il a été déduit de l'expertise de E._____, plus précisément de l'évaluation du Dr F._____, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, que le recourant ne souffrait plus d'aucun trouble psychique incapacitant. Il existait toutefois, sur le plan neuropsychologique, une différenciation intellectuelle en dessous de la norme entraînant une diminution de la capacité de travail de l'assuré de 20 à 30 %. En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux qui avait été retenu par l'expert-psychiatre dans son appréciation, le Tribunal fédéral a notamment précisé que l'épisode dépressif léger n'avait pas qualité de comorbidité invalidante. Examinant plus en avant le caractère invalidant du trouble douloureux somatoforme diagnostiqué à l'aune des critères jurisprudentiels déterminants, il a admis que le recourant disposait encore des capacités nécessaires pour vaincre ses douleurs et réintégrer le monde du travail à 70 %. En effet, l'assuré ne présentait pas de comorbidité psychiatrique grave. Il avait par ailleurs toujours mené une vie sociale restreinte depuis son arrivée en Suisse, de telle sorte que l'on ne pouvait parler de perte d'intégration sociale. Enfin, on pouvait douter de l'existence d'un état psychique cristallisé, le traitement psychothérapeutique n'ayant débuté qu'au mois de septembre 2009 (cf. rapport du Dr G._____, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, du 15 novembre 2010). Il n'était en revanche pas exclu que des limitations psychiatriques aient existé auparavant, comme cela ressortait du rapport d'expertise du 26 mars 2004 effectuée par les médecins de l'Hôpital psychiatrique cantonal D._____, lesquels avaient conclu à une capacité de travail résiduelle limitée à 50 %, en évoquant la possibilité d'une évolution favorable. Le Tribunal fédéral a également confirmé l'avis du Tribunal cantonal selon lequel on pouvait s'écarter de l'appréciation du psychiatre traitant, qui avait déjà à l'époque mis en évidence la présence d'un trouble dépressif moyen à sévère et conclu à une capacité de travail limitée à 50 %

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 (cf. rapport du Dr G._____ du 15 novembre 2010 produit après l'expertise, dans le cadre de la procédure de recours). b) Le médecin du SMR nie, dans le cadre de la nouvelle demande, la présence d'une péjoration de l'état de santé. Dans sa prise de position du 9 juin 2016, ainsi que dans celle du 30 août 2016, il constate qu'aucun fait nouveau de nature à modifier l'exigibilité n'est rendu "plausible" sur le plan médical objectif. Il indique en particulier que le rapport du 3 mai 2016 de la Dresse H._____ mentionne uniquement des plaintes subjectives, non déterminantes dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux connu depuis longue date. Quant à l'aspect psychiatrique, il y a lieu, selon lui, de rappeler que l'état dépressif a été qualifié de "sévère" par le psychiatre traitant depuis 2013, sans que les critères d'une classification internationale reconnue ne soient vérifiés pour ce diagnostic. Il explique que la plupart des symptômes énumérés par celui-ci ne font pas partie des symptômes pathogomoniques d'une dépression au sens de la CIM-10 (cf. également ses rapports des 3 mars et 28 avril 2016 dans lesquels il confirme explicitement que le statut psychique est resté stationnaire). A l'occasion de la décision de non-entrée en matière de 2013, le médecin du SMR était, dans son rapport du 6 septembre 2013, plus explicite en ne soulevant la présence que de 5 symptômes du registre dépressif (soit: C.1 "humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours", C.3 "pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes", C.4 "diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer" (= aboulie), C.5 "modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement" et C.6 "perturbation du sommeil de n'importe quel type") caractérise, selon la CIM- 10, un épisode

dépressif léger et non pas sévère. Un épisode dépressif léger était déjà retenu lors de la dernière expertise pluridisciplinaire. L'appréciation du SMR ne peut pas être suivie pour les motifs suivants. Il est certes vrai que les médecins s'accordent pour constater la présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Celui-ci avait été jugé non invalidant par décision du 22 avril 2010. Dans ce sens, il y a lieu de se joindre à l'OAI qui affirme que ce diagnostic est resté inchangé. Toutefois, il est sans doute possible que le même diagnostic puisse avoir des effets différents suivant l'intensité des symptômes. Cela peut précisément être le cas si on est en présence d'un trouble somatoforme douloureux qui s'est chronifié. En effet, celui-ci avait à l'époque été jugé non invalidant en raison de l'absence des critères jurisprudentiels, notamment en l'absence d'un état cristallisé, non traité et en présence d'une seule dépression légère. A ce jour, dans différents rapports, le psychiatre traitant atteste une aggravation de l'état de santé psychique du recourant. Dans son rapport du 2 août 2013, il retient que l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière importante depuis la décision du 22 avril 2010. Il conclut à un état dépressif de degré sévère et précise que "l'état dépressif s'est nettement péjoré, avec un fort ralentissement psycho-moteur, une mimique figée, une humeur constamment déprimée, une aboulie importante avec des troubles de la volition, des angoisses intenses, des troubles du sommeil et l'apparition d'idées suicidaires" (cf. également le rapport du 13 novembre 2014 attestant notamment un trouble dépressif récurrent, épisodes moyens à sévères sans symptômes psychotiques F33.2 [chronicisé] existant depuis 2004 et un syndrome douloureux chronique rachidien, avec notamment cervicalgies, dorsalgies et apparition progressive depuis 1997). Selon le médecin-psychiatre traitant, l'état psychique de son patient se serait donc aggravé. Il atteste (rapport du 2 janvier 2014) un état dépressif toujours marqué, avec parfois idéation

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 suicidaire (rapport du 26 octobre 2015), un état dépressif devenu sévère (avec pleurs pendant l'entretien, ralentissement psychomoteur, douleurs lancinantes résistant à toutes les mesures antalgiques spécialisées [perfusions par la Dresse H. _____], et perturbant le sommeil, désespoir quant à toute perspective d'amélioration, présence d'idées suicidaires, préoccupations pour sa belle-mère qui séjourne dans son ménage dans un état de démence d'Alzheimer avancée et pour son épouse épuisée qui doit s'en occuper) (rapport du 2 mai 2016; cf. déjà les rapports des 30 août 2012, 2 août 2013 et 13 novembre 2014). Selon le rapport de I. _____ (Dresse J. _____) du 28 juillet 2014 attestant une hospitalisation à la Clinique psychiatrique D. _____ entre le 20 mars et le 16 avril 2014, l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) ainsi que d'un trouble somatoforme (F45.9). L'Hôpital K. _____ fait état d'un autre séjour stationnaire en juin 2015 pour une intoxication au lithium dans le cadre d'un traitement lourd en antidépresseur et antalgique (lettre de sortie du 25 juin 2015 de la Clinique de médecine de l'Hôpital K. _____); ce document retient les diagnostics de troubles dépressifs récurrents dans le contexte d'un syndrome douloureux généralisé, de spondylarthrose cervicale et lombaire, de syndrome d'apnées du sommeil, d'asthme bronchique, de gonarthrose droite, de polyarthrose des doigts, d'hypoacousie neuro-censorial bilatéral et de différenciation intellectuelle faible (QI < 84). En ce qui concerne la modification de la situation – même si, dans son rapport du 3 mai 2016, la Dresse H. _____ repose son appréciation sur les déclarations subjectives du recourant – elle parvient néanmoins à la conclusion que le patient est plongé encore beaucoup plus profondément dans un état de douleurs généralisé sévère, rebelle à tout traitement, qu'il soit médicamenteux ou interventionnel. La Dresse L. _____, médecin généraliste, confirme également l'aggravation de la situation au niveau psychique (état dépressif sévère) et cela

malgré le traitement instauré par ses soins et ceux du psychiatre. Elle affirme cependant que la situation somatique est restée inchangée depuis 2009/2010 (lettre à l'intention de l'avocat du 24 juin 2016; rapports des 11 mars 2015 et 5 novembre 2015). La Dresse M. _____, spécialiste en rhumatologie, relate que son patient lui semble totalement incapable de travailler pour tous les travaux et mentionne une chronification progressive (cf. rapports des 23 mars 2014 et 10 novembre 2014). Dans ses rapports des 18 août et 13 octobre 2014, le Dr N. _____, anesthésiologue, reprend le diagnostic notamment de dépression sévère et relate également le contexte psychiatrique complexe. Pour sa part, le Dr O. _____ – faisant état d'une situation encore stable dans ses rapports des 3 juin 2014 et 15 juillet 2015 – confirme lui aussi que la situation sur le plan général s'est passablement détériorée, le patient souffrant de dépression chronique avec crise actuellement aiguë (cf. rapport du 19 octobre 2015). c) Déjà sur la base de ces seules indications, il est évident que le changement de l'état de santé a été rendu plausible. En outre, celles-ci suffisent également pour réfuter l'avis du médecin du SMR qui affirme que le diagnostic du trouble somatoforme avait déjà été examiné à satisfaction dans le contexte de l'expertise de 2009. En effet, il ressort des pièces médicales précitées que la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 situation relative au trouble somatoforme semble s'être cristallisée, le patient étant depuis des années en traitement sans que celui-ci n'ait eu d'effets bénéfiques. Le recourant est également sous un important traitement médicamenteux et, selon l'avis concordant des médecins traitants, l'état de santé se serait péjoré. Il y a dès lors lieu d'examiner l'assuré, en particulier l'aspect du trouble somatoforme douloureux, à la lumière d'une éventuelle chronicisation qui aurait pu intervenir depuis 2009. Le recourant a rendu plausible un changement; cela implique que l'assurance doive procéder à des mesures d'instruction. En effet, la maxime inquisitoire le lui impose, cela d'autant plus que la dernière expertise remonte à six ans. Reste à examiner si l'avis du SMR satisfait à cette obligation d'instruire, plus précisément si, sur la base de cet avis, on peut affirmer que la capacité de travail est restée inchangée. Dans ce contexte, on relève ce qui suit. Lors de la décision du 22 avril 2010, l'avis du médecin psychiatre traitant, le Dr G. _____, avait été écarté malgré le fait qu'il attestait une dépression moyenne à sévère (cf. rapport du 15 novembre 2010). Or, le seul fait que ce praticien constate toujours la présence d'une dépression sévère quelques années plus tard ne saurait en l'espèce suffire à écarter son avis à nouveau. Admettre le contraire signifierait que l'état de santé du recourant serait figé à un certain moment pour la seule raison que l'avis du médecin traitant avait été écarté auparavant. A cela s'ajoute que le Dr G. _____ venait de commencer son traitement et que cet avis est ultérieur à l'expertise de E. _____. En 2009, un examen sur la personne de l'assuré a pu permettre aux experts de se distancier de l'appréciation du médecin traitant pour conclure à une dépression légère. Dans l'instruction de la nouvelle demande, un examen ayant pu exclure la présence d'une dépression sévère fait défaut. En effet, le médecin du SMR n'est pas spécialisé en psychiatrie. Il n'a pas procédé à un examen sur la personne du recourant, mais a fait son analyse uniquement sur les pièces du dossier. Au vu de la jurisprudence précitée quant à la valeur probante des avis du SMR, son appréciation ne peut dans ces circonstances que revêtir une importance très relative. Celle-ci ne suffit manifestement pas, dans le contexte où différents médecins insistent sur une péjoration et une chronicisation, pour exclure la présence d'un changement de l'état de santé. Au moment où le Tribunal cantonal a rendu son arrêt du 12 août 2012, la jurisprudence relative aux troubles somatoformes était basée sur des critères qui, d'une manière schématique, présupposaient que le trouble somatoforme était surmontable (ATF 141 V 585). Cette

jurisprudence a changé depuis et impose une approche différenciée. Le médecin du SMR ne fait aucunement l'analyse du dossier qui permettrait de confirmer que le recourant possède encore les ressources pour surmonter sa maladie. Le dossier ne permet pas non plus au juge de le constater. Au contraire, au vu du principe inquisitoire, plusieurs indices incitent à soumettre l'assuré à un examen pluridisciplinaire. Mis à part ce qui a déjà été soulevé quant à l'état cristallisé et le traitement échoué, il ressort du dossier qu'au niveau des ressources, celles-ci sont manifestement faibles. Selon l'expertise de E._____ du 17 novembre 2009, l'intelligence du recourant est à la limite inférieure de ce qui peut être considéré comme normal (QI < 84). On peut se demander si une personne aux capacités intellectuelles réduites dispose de la faculté de surmonter sa maladie. L'assuré souffre de plus d'un acouphène qui semble le gêner dans sa vie quotidienne. Il n'est pas exclu que ces éléments puissent influencer les ressources dont une personne doit disposer pour être en mesure de surmonter un trouble somatoforme douloureux. Quant à l'aspect des

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 ressources, si le médecin du SMR invoque le fait que l'assuré vivait déjà très retiré et n'avait pas de contacts sociaux, le seul fait que cela est resté inchangé ne suffit également pas pour n'y accorder aucune importance. Il s'agit précisément d'examiner si l'environnement social permet au malade de se ressourcer. L'absence de vie sociale implique également le défaut de ressources y relatives, peu importe que celle-là ait existé ou non avant la survenance de l'atteinte à la santé. Selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, l'analyse des ressources est devenue plus importante dans l'examen de la valeur invalidante du trouble somatoforme et nécessite en l'espèce une instruction complémentaire. De plus, il ressort du dossier qu'ultérieurement à la date de l'expertise de E._____ du 17 novembre 2009, le recourant s'est soumis au mois de mai 2010 à la pose d'une prothèse totale du genou gauche. Certes le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 7 juin 2013, a écarté l'avis de la Dresse P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, puisque celle-ci ne mentionnait pas de limitations supplémentaires en lien avec l'opération que celles évoquées dans l'expertise de E._____. Or, cet élément peut également influencer l'aspect psychique inhérent au trouble somatoforme douloureux. Ce sera la tâche des experts que de procéder à l'évaluation de tous ces facteurs et d'éventuelles autres aggravations somatiques telles qu'alléguées par le recourant. Il est finalement non sans importance de relever que quatre expertises avaient été diligentées avant de parvenir à la décision du 22 avril 2010. En effet, dans son arrêt du 6 avril 2006, le Tribunal administratif n'avait pas jugé suffisant de reposer la capacité résiduelle de travail sur l'avis des experts D._____ qui attestaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), une dysthymie (dépression chronique) (F34.1), un syndrome vertébral lombaire chronique sur trouble statique et dégénératif modéré et une surdité progressive avec acouphène. A la suite du renvoi du 6 avril 2006, l'OAI a mandaté Q._____ pour qu'il réalise une expertise. Dans leur rapport du 18 décembre 2006, les experts de Q._____ ont conclu que l'assuré avait épuisé toutes ses ressources adaptatives, sa capacité de travail résiduelle n'étant plus que de 20 % dans une activité de type occupationnel. Compte tenu des critiques émises à l'encontre de cette expertise par le SMR (rapport du 29 janvier 2007), l'office AI a requis une expertise neuropsychologique. Les experts R._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie auprès de la Clinique S._____, et T._____, psychologue FSP et neuropsychologue, n'ont retenu aucune limitation de la capacité de travail (rapport du 10 avril 2007), concluant à de la simulation. Un troisième mandat d'expertise a été confié à E._____. Les experts de E._____ ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de gonarthrose gauche

avec implantation d'une prothèse unicompartimentale interne, gonarthrose droite et atteinte méniscale, troubles dégénératifs des mains, différenciation intellectuelle au-dessous de la moyenne (QI inférieur à 84) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01), syndrome pulmonaire restrictif discret dans le cadre d'une obésité (IMC 34 kg/m²), surdité neurosensorielle appareillée et acouphène bilatéral depuis 1998. Dans une activité manuelle légère, simple et répétitive, respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de 6 heures par jour (rapport du 17 novembre 2009). Cela met clairement en évidence que la situation du recourant n'est, pour les experts du moins, pas facile à éclaircir. Dans le cas contraire, on ne s'explique pas les avis fort différents qui ont été émis pendant la procédure d'instruction initiale. A ce jour, où la péjoration a été rendue plausible et où, en application de la maxime inquisitoire, l'instruction incombe à l'autorité, cet aspect également aurait dû inciter le SMR à proposer une nouvelle expertise actualisée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 On terminera par souligner qu'au vu du fait que, le 22 avril 2010, le taux de la capacité de travail avait été fixé à 70 %, d'où résultait une perte de gain de 38 %, il est important d'examiner soigneusement une éventuelle aggravation de l'état de santé. Cela s'avère d'autant plus justifié que la diminution à 70 % déjà admise tenait également compte des limitations consécutives aux atteintes physiques et non seulement des limitations intellectuelles (cf. rapport de E. _____ du 17 novembre 2009, p. 16), ce qui a expressément été relevé par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 juin 2013 (consid. 5.2). Cela dit, même une diminution supplémentaire mineure de la capacité de travail risque de faire passer la perte de gain à une valeur se situant au-dessus de la limite ouvrant le droit à la rente. Partant, il y a lieu de retenir que, sur la base de l'avis du SMR, l'OAI n'était pas autorisé à clore l'instruction mais se devait de diligenter une expertise pluridisciplinaire. d) Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En l'espèce, il ne se justifie pas que le Tribunal procède lui-même à la mise en place de l'expertise puisqu'aucune mesure d'instruction n'a été administrée par l'autorité. Le dossier doit lui être renvoyé à cet effet. 5. Il s'ensuit l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée. Le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle procède à l'instruction complémentaire et rende une nouvelle décision. 6. a) Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée au recourant. b) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens pour ses frais de défense. Le 12 juin 2017, son mandataire a produit sa note d'honoraires et débours comptabilisant un montant de CHF 2'291.65 au titre des honoraires (550 minutes à CHF 250.-/heure), CHF 114.58 au titre des débours et CHF 192.50 au titre de la TVA. Toutefois, cette liste de frais ne correspondant pas au tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (RSF 150.12) en ce qui concerne les débours (cf. art. 9 dudit tarif), l'indemnité de partie est fixée à CHF 2'507.40 (honoraires: CHF 2'291.65; débours: CHF

30.- et TVA 8 %: CHF 185.75). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'autorité intimée du 31 août 2016 est annulée et le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais du même montant est restituée au recourant. IV. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'291.65, plus CHF 30.- de débours et CHF 185.75 au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 2'507.40, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. 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 26 juin 2017/JFR/vth Président Greffière-rapporteuse

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