

FR_GERICHTE 608 2017 46 vom 11. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_46

FR: FR_GERICHTE 608 2017 46 du 11 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 46 del 11 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par les décisions attaquées et dûment représenté, les recours sont recevables.

E. 2

se lever, s'asseoir, se coucher;

E. 2.1

Selon l'art. 42 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1). Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 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 LAI). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (art. 42 al. 2 LAI). L'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) règle l'évaluation de l'impotence. Selon l'art. 37 al. 1 RAI, l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. L'art. 37 al. 2 RAI prescrit que l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a); d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b); ou, d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c). Selon la pratique, on est également en présence d'une impotence de degré moyen selon la let. a lorsque la personne assurée, même dotée de moyens auxiliaires, requiert l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins quatre actes ordinaires de la vie (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité de l'OFAS [ci-après: CIIAI], dans sa version valable à partir du 1er janvier 2008, inchangée dans sa teneur valable à partir du 1er janvier 2012,

ch. 8009). Au sens de l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a); d'une surveillance personnelle permanente (let. b); de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c); de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d); ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes: structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers; ATF 133 V 450 consid. 10). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (arrêt TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (arrêt TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2, SVR 2008 IV n° 52 p. 173). Le chiffre marginal 8053 de la CIIAI prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; arrêt TF 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2).

E. 2.2

Selon la jurisprudence (cf. ATF 124 II 247; 121 V 90 consid. 3a et les références citées), les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines: 1. se vêtir et se dévêtir;

E. 2.3

La notion de surveillance personnelle permanente ne se rapporte pas aux actes ordinaires de la vie. Des prestations d'aide qui ont déjà été prises en considération en tant qu'aide directe ou indirecte au titre d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent pas entrer à nouveau en ligne de

compte lorsqu'il s'agit d'évaluer le besoin de surveillance. Cette notion doit au contraire être comprise comme une assistance relevant de la médecine et des soins, spécialement nécessaire en raison de l'état de santé de l'assuré. Une telle surveillance est nécessaire par exemple lorsque ce dernier ne peut être laissé seul toute la journée en raison de défaillances mentales (RCC 1986 p. 512 consid. 1a et les références citées), ou lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de l'assuré parce qu'il ne peut être laissé seul (RCC 1989 p. 190 consid. 3b, 1980 p. 64 consid. 4b; cf. CIIAI, ch. 8020). Pour qu'elle puisse fonder un droit, la surveillance personnelle doit présenter un certain degré d'intensité. Il ne suffit pas que l'assuré séjourne dans une institution spécialisée et se trouve sous une surveillance générale de cette institution. La question de savoir si une aide ou une surveillance personnelle permanente est nécessaire doit être tranchée de manière objective selon l'état de l'assuré (arrêt TF 9C_608/2007 du 31 janvier 2008). En principe, peu importe l'environnement dans lequel celui-ci se trouve. En évaluant l'impotence, on ne saurait faire aucune différence selon que l'assuré vit dans sa famille, en logement privé ou dans un foyer. La nécessité d'une surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (CIIAI, ch. 8035). On n'accordera qu'une importance minimale à la surveillance personnelle dans les cas d'impotence grave, étant donné que, par définition, l'impotence grave présuppose que l'assuré dépend régulièrement de l'aide d'autrui pour l'accomplissement de tous les actes ordinaires de la vie (ATF 106 V 153). Il faut en revanche attribuer plus d'importance à la surveillance personnelle permanente dans les cas d'impotence moyenne ou faible parce que les situations exigeant l'aide d'autrui dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie sont beaucoup moins fréquentes en cas d'impotence moyenne (art. 37 al. 2 let. b RAI) et inexistantes en cas d'impotence faible (art. 37 al. 3 let. b RAI; ATF 107 V 145; CIIAI, ch. 8037).

E. 2.4

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées; cf. également ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Pour se déterminer sur l'existence d'une impotence, l'autorité doit disposer d'informations venant de médecins et d'autres collaborateurs spécialisés (AHI 2000 p. 317), ce qui nécessite une collaboration étroite entre les médecins et l'autorité. Le médecin doit indiquer dans quelle mesure l'assuré est limité dans ses fonctions psychiques et physiques par son handicap. Quant à l'autorité, elle procède à des examens sur place. Elle doit tenir compte de toutes les particularités du cas, ce

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 qui implique nécessairement la prise de connaissance des avis des médecins (arrêt TF I 54/00 du

E. 3

manger;

E. 3.1

Les pièces suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction:
- Les rapports médicaux des 17 juillet 2014 et 9 mars 2015 de la Dresse N. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a noté les diagnostics de lombalgies et polyarthralgies en cours d'investigation (début 2014), de troubles dégénératifs de la colonne lombaire et hernie discale L5-S1 (2008) et d'épisode dépressif réactionnel (mars 2014). Elle a estimé que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité, depuis le

E. 3.2

En l'occurrence, pour refuser une allocation pour impotent au recourant, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée, d'une part, sur les rapports d'enquête des 25 janvier et 16 mars 2016 de l'enquêtrice H. _____, ainsi que, d'autre part, sur les rapports d'expertise psychiatrique et rhumatologique respectivement des Drs I. _____ et J. _____. Ces pièces émanent respectivement d'une enquêtrice diplômée en ergothérapie, d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et d'un médecin spécialiste en rhumatologie. De plus, elles se fondent sur des observations concrètes et des examens complets, ont été établis en pleine connaissance du dossier et prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant. En outre, les appréciations émises sont claires et dûment motivées. La qualité des expertises psychiatrique et rhumatologique a d'ailleurs été mise en avant, tant par le Dr R. _____ que par la Dresse Y. _____, du SMR. Lesdites expertises remplissent de plus les conditions de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychiques, puisque les médecins ne sont pas partis de la présomption révolue selon laquelle les douleurs et la dépression diagnostiquées peuvent être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, mais se sont tout au contraire fondés sur des indices concrets pour établir leurs appréciations (ATF 141 V 281 et 143 V 409 consid. 4.1.2). Il sied, par conséquent, d'accorder une pleine valeur probante aux rapports en question.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 Tous ces rapports sont, de surcroît, parfaitement concordants. L'enquêtrice et les experts sollicités ont en effet unanimement retenu que le recourant majorait ses symptômes physiques et sollicitait exagérément les membres de sa famille. Ils ont à cet égard notamment constaté que celui-ci adoptait des positions contre-indiquées au vu de ses plaintes, qu'il pouvait rester assis d'une manière détendue pendant plus de trois heures d'examen, qu'il se déplaçait normalement sans boiterie, qu'il bougeait tout à fait bien, que sa force était sans particularité au niveau des 4 membres et, en somme, qu'il ne nécessitait aucune aide – même indirecte – pour se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, ainsi que se déplacer dans l'appartement et à l'extérieur. Le Dr J. _____ a ainsi considéré que l'exercice d'une activité légère respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (pas de port de charge de plus de 15 kilos; pas de position debout statique; pas de mouvements répétés du rachis; pas de montée ou descente d'une échelle ou d'un échafaudage; pas de marche sur un sol non plat; travail en position assise avec la possibilité de changer de position toutes les heures) demeurait exigible, à plein temps et sans diminution de rendement. Quant au Dr I. _____, il n'a pas retenu de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail au plan psychiatrique. Le recourant n'a donc en particulier manifestement pas besoin de soins permanents pour l'administration de ses médicaments. Aussi, l'autorité intimée, en se fondant sur tous ces documents, disposait-elle de tous les éléments nécessaires pour statuer

sur la requête déposée par le recourant. Le reproche formulé à son encontre par ce dernier, qui a soutenu qu'elle aurait d'abord dû statuer sur la demande de rente, ne résiste donc pas à l'examen. Il apparaît tout au contraire que l'autorité intimée a fait montre de cohérence, puisqu'elle a notifié les projets de décisions relatifs à la rente et aux moyens auxiliaires le même jour que la décision portée céans. Il convient de noter en tout état de cause que le droit à une allocation pour impotent peut être rejeté sans que la question du droit à la rente ne soit définitivement réglée, au motif qu'un assuré peut se trouver en incapacité de travail (et ainsi prétendre à une rente) sans pour autant avoir besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie par exemple (et donc sans pouvoir prétendre à une allocation pour impotent). De surcroît, en l'espèce, la pertinence des avis contraires doit clairement être niée. La Dresse N._____ et le Dr U._____ ne sont pas spécialisés en rhumatologie ou en orthopédie (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. arrêts TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007, I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et I 1098/06 du 29 novembre 2007 consid. 9.2) et leurs rapports sont par trop succincts et peu motivés, tout particulièrement en ce qui concerne la question de l'impotence. Quant à la physiothérapeute Z._____ et à l'ergothérapeute M._____, ils ne sont pas médecins. Il ressort de plus des actes (cf. les rapports d'entretiens téléphoniques des 25 janvier et 16 mars 2016, dossier AI pces p. 225 et 172) qu'ils se contredisent eux-mêmes, puisque la première avait tout d'abord considéré que l'assuré était autonome pour s'habiller et se déshabiller puis a affirmé le contraire sans justification et que le second avait initialement rejoint l'appréciation de l'enquêtrice H._____ en ce qui concerne l'exagération des symptômes pour ensuite nuancer son propos en soulignant qu'il ne pouvait juger lui-même de cette question. Enfin et surtout, la pertinence de ces avis doit fortement être remise en question au regard du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques posé par les experts, a fortiori lorsque ces avis émanent comme en l'espèce de médecins traitants et de praticiens traitants, dont on sait qu'ils sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient au vu de la relation de confiance qui les unit (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 Enfin, le fait que le Réseau Santé et Social de K._____ ait accordé un droit à l'épouse du recourant à une indemnité forfaitaire de CHF 25.- par jour pour l'assistance qu'elle lui fournit ne préjuge en rien de la présente cause. En effet, les moyens d'investigation mis en œuvre par l'autorité intimée sont sans commune mesure avec ceux dont dispose ledit réseau, lequel, au moment de prendre ses décisions, n'avait manifestement pas connaissance des rapports d'expertises psychiatrique et rhumatologique des Drs I._____ et J._____.

E. 3.3

Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales et de rapports d'enquête, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des mesures d'instruction complémentaires (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). En définitive, la Cour de céans fait siennes les conclusions de l'enquêtrice H._____ et retient que le recourant n'a pas besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour les actes ordinaires de la vie, ni d'une surveillance personnelle, ni d'une aide permanente pour les soins de base, ni d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé d'allouer une allocation pour impotent au recourant. 4.

E. 4

faire sa toilette (soins du corps);

E. 4.1

Partant, le recours (608 2017 46) doit être rejeté et la décision du 1er février 2017 confirmée.

E. 4.2

Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

E. 4.3

Le recourant a déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 47).
4.3.1. Selon l'art. 61 let. f 2ème phr., LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Selon l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle: a. des frais de procédure; b. de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire le rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). Sur la question des chances de succès du recours, un procès est considéré comme dépourvu de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une personne raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est pas lorsque les chances de succès et les risques

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 d'échec s'équilibrent à peu près, ou que les premières ne sont que légèrement inférieures aux secondes (ATF 133 III 614 consid. 5; 129 I 129 consid. 2.3.1). S'agissant de la question de savoir si la désignation d'un avocat d'office est objectivement nécessaire, il faut tenir compte des circonstances concrètes de l'affaire, de la complexité des questions de fait ou de droit, des particularités que présentent les règles de procédure applicables, des connaissances juridiques du requérant ou de son représentant, du fait que la partie adverse est assistée d'un avocat, et de la portée qu'a pour le requérant la décision à prendre, avec une certaine réserve lorsque sont en cause principalement ses intérêts financiers (ATF 128 I 225 consid. 2.5.2; 123 I 145 consid. 2b/cc; 122 I 49 consid. 2c/bb; 122 I 275 consid. 3a; arrêt TF 1D_6/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la nature de la procédure, qu'elle soit ordinaire ou sommaire, unilatérale ou contradictoire, régie par la maxime d'office ou la maxime des débats, et la phase de la procédure dans laquelle intervient la requête, ne sont pas à elles seules décisives (ATF 125 V 32 consid. 4b). Aussi, la désignation d'un avocat d'office peut s'avérer objectivement nécessaire, même dans une procédure soumise à la maxime d'office (ATF 119 Ia 264 consid. 3b; 117 Ia 277 consid. 5b/bb; arrêt TF 1D_6/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.1), cette dernière justifiant toutefois une interprétation stricte de la nécessité de la

représentation par un avocat (ATF 125 V 32 consid. 2 et consid. 4b; cf. ég. ATF 132 V 200 consid. 5.1.3; arrêt TF 8C_140/2013 du 16 avril 2013 consid. 3.1.2). 4.3.2. Le recours 608 2017 46 ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès, même si l'issue du litige est claire. En effet, l'Instance de céans a dû examiner les appréciations médicales soutenues par les médecins traitants du recourant. Il peut également être admis que la difficulté de la présente affaire justifie la désignation d'un défenseur, attendu que l'appréciation et la confrontation des pièces administratives et médicales nécessitent une certaine expérience juridique. Il ressort par ailleurs du dossier que le recourant ne bénéficie à ce jour d'aucun revenu et dépend à tout le moins en partie de l'aide sociale. Son indigence peut dès lors être admise. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 47) doit être admise pour la procédure 608 2017 46 et que Me Fauguel, avocate, est désignée comme défenseuse d'office. En se fondant sur la liste de frais déposée le 7 mai 2018 par Me Fauguel, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle la mandataire du recourant peut ici prétendre, en sa qualité de défenseuse d'office, à CHF 1'329.- (soit 7 heures 23 minutes, comme demandé, indemnisées au tarif horaire de CHF 180.-), plus CHF 23.20 au titre de débours, plus CHF 99.25 au titre de la TVA à 8% [sur CHF 1'218.60.- d'honoraires + CHF 22.20 de débours] et CHF 13.95 au titre de la TVA à 7.7% [sur CHF 180.- d'honoraires + CHF 1.- de débours], soit à un total de CHF 1'465.40. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée à la mandataire du recourant. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 46) contre la décision du 1er février 2017 est rejeté. II. Il n'est pas alloué de dépens. III. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 47) pour la procédure de recours 608 2017 46 est admise et Me Jillian Fauguel est désignée comme défenseuse d'office. IV.

L'indemnité allouée à Me Jillian Fauguel, avocate, en sa qualité de défenseuse d'office, pour la procédure 608 2017 46, est fixée à CHF 1'329.-, plus CHF 23.20 au titre de débours, plus CHF 99.25 au titre de la TVA à 8% et CHF 13.95 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'465.40. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée à Me Jillian Fauguel. V. Des frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de A. _____; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale octroyée. VI. Notification. 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 11 juin 2018/yho Président Greffière-stagiaire

E. 5

aller aux toilettes;

E. 6

se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts). Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (RCC 1983 p. 73). Les actes ordinaires de la vie déterminants pour l'octroi de l'allocation pour impotent ne consistent pas dans la tenue du ménage proprement dite (ATF 117 V 27 consid. 4b). L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (CIIAI, ch. 8025). L'aide est importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (CIIAI, ch. 8026). Selon la jurisprudence, de manière générale on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Tel est le cas lorsque, par exemple, l'assuré peut certes manger seul, mais ne peut couper ses aliments lui-même, ou lorsqu'il peut les porter à sa bouche seulement avec les doigts; lorsque l'assuré ne peut se laver tout seul, ou se peigner, ou se raser, ou prendre un bain ou une douche. Si l'accomplissement d'un acte ordinaire est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'infirmité, cela ne signifie pas qu'il y ait une impotence (arrêt TF 9C_168/2011 du 27 décembre 2011 consid. 2.1). Il n'y a aucune raison Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 de traiter différemment un assuré qui n'est plus en mesure d'accomplir une fonction (partielle) en tant que telle ou ne peut l'exécuter que d'une manière inhabituelle et un assuré qui peut encore accomplir cet acte, mais n'en tire aucune utilité (ATF 117 V 151 consid. 3b).

E. 7

mai 2001 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des

médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Celle-ci doit porter, s'il s'agit d'une demande d'une allocation pour impotent, sur l'impotence et sur le lieu de séjour des intéressés. Les indications de la personne assurée, de ses parents ou de son représentant légal doivent être appréciées de façon critique. En cas de divergences importantes entre le médecin traitant et le rapport d'enquête, l'office AI éclaircit la situation en demandant des précisions et en faisant appel au SMR (CIIAI, ch. 8132). Selon la jurisprudence, une telle visite est en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé. Sa valeur probante se mesure par analogie aux critères appliqués aux expertises médicales. Il est notamment essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (ATF 128 V 93 consid. 4). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). 3.

E. 10

mars 2014, en raison de ses douleurs au dos et aux articulations (dossier AI pces p. 289 à 292, 358 à 364, 310 à 313 [le dossier AI en question est le dossier de référence intégralement produit dans la cause 608 2017 46]). - Les rapports médicaux des 2 décembre 2014 et 26 janvier 2015 du Dr O. _____, médecin spécialiste en rhumatologie, qui a relevé les diagnostics suivants: Spondylarthropathie axiale probable; syndrome lomboradiculaire de topographie L5 droite sur hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane avec conflit radiculaire foraminaux droit (IRM lombaire 31.03.2014); reflux gastro-oesophagien; ancienne hépatite B; hypercholestérolémie traitée et obésité avec BMI à 31kg/m²; tabagisme actif à environ 70 UPA (dossier AI pces p. 283 s., 307 s., 314 s., 317 s.). - Le rapport médical du 15 janvier 2015 du Dr P. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, qui a noté que son patient présentait un tableau douloureux du rachis probablement expliqué par sa spondylarthropathie et vraisemblablement également par sa hernie discale (dossier AI pce

p. 305 s.). - Les rapports médicaux des 12 mars, 29 avril et 26 mai 2015 de la Dresse Q._____, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a exposé que le tableau clinique était complexe, surtout à cause des lomboradiculalgies non déficitaires apparemment résistantes aux différents traitements conservateurs. Elle a considéré que le tableau semblait évoluer vers un syndrome douloureux chronique sur fond de trouble dépressif. La généraliste en a conclu que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité (dossier AI pces p. 279 à 282, 285 à 287, 299 à 304). - Les prises de position des 20 mars et 24 juillet 2015 du Dr R._____, médecin spécialiste en anesthésiologie, du service médical régional (SMR), qui a noté que l'incapacité de travail était actuellement justifiée, que la situation n'était toutefois pas encore stabilisée et que l'exercice d'une activité adaptée légère et épargnant le rachis devrait être exigible (dossier AI pces p. 277 s., 298). - Le rapport médical du 11 septembre 2015 du Dr S._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2; depuis 2013-2014) et un état de stress post-traumatique (F43.1). Il a noté que l'épisode dépressif avait évolué de manière progressive dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique et plusieurs facteurs de stress liés à sa famille et à sa situation socio-professionnelle. C'est une personne qui a vécu et a été témoin de situations difficiles et traumatiques pendant la guerre dans son pays d'origine et qui a dû vivre le choc de l'immigration et reconstruire sa vie dans

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 un pays étranger. Le médecin en a conclu que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité (dossier AI pce p. 268 à 274). - Le rapport médical du 30 septembre 2015 du Dr T._____, médecin spécialiste en urologie, qui a noté un status après macrohématurie et une hyperplasie de la prostate grade 1 avec troubles mictionnels obstructifs. Il a estimé que l'évolution était bonne et qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer d'autres examens (dossier AI pce p. 190). - Les rapports médicaux des 17 décembre 2015 et 19 février 2016 respectivement de la Dresse N._____ et du Dr U._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont estimé que les indications sur l'impotence données par l'assuré dans sa demande correspondaient à leurs constatations (dossier AI pces p. 180 et 228). - Le rapport d'enquête à domicile du 25 janvier 2016 de l'enquêtrice H._____, dont il ressort que « L'expression spontanée est fluide et informative. Il exprime ses besoins et tient une conversation mais dans sa langue maternelle. L'enquête est réalisée en présence des membres de sa famille. Il ne présente pas de troubles psycho-organiques mais souffre de troubles psycho-affectifs. Il faut toutefois relever qu'il est engagé dans la conversation et alerte. Lors de l'enquête, malgré ses plaintes, il parvient à articuler ensemble les sous-systèmes moteurs (bras, jambes, mains, ...) en vue de la réalisation d'une action. Il réussit à coordonner les diverses parties de son corps lors de l'activité. Il reste précis dans ses gestes, la vitesse d'exécution est suffisante lors des tâches et activités ». Pour le domaine « se vêtir et se dévêtir »: « Selon l'assuré, il ne parvient pas à mettre son pantalon et ses chaussettes en raison des restrictions en flexion au Niveau L5-S1. Il sollicite l'aide de sa femme. Il est autonome pour les vêtements du MS. Mais s'il prend son temps, il peut s'habiller seul. Selon sa physiothérapeute, l'utilisation de moyen[s]-auxiliaires comme un enfile-chaussette et une pince à longue manche ne semble pas nécessaire, car il faut maintenir ses ressources (cf. entretien téléphonique du 25/01/2016). Le contrôle moteur, la reconnaissance des objets, la coordination bimanuelle, la capacité de faire des choix ne sont pas altérés. Il ne porte pas de prothèse ou d'orthèse. Il n'a pas besoin d'aide régulière et importante ». Pour l'acte ordinaire « se lever, s'asseoir, se coucher »: « Il n'a pas besoin d'aide régulière et importante, lors de l'enquête, il a changé

plusieurs fois de positions (coucher sur le ventre avec un coussin sous le torse, assis par terre en s'adossant uniquement au niveau des épaules au canapé, ...) adoptant des positions contre-indiquées au vu de ses plaintes ». Pour le domaine « manger »: « Il ne présente pas de trouble de la déglutition. Il ne prend pas de repas mixés ou liquides. Il respecte les manières et normes de tables. Il est indépendant pour manger, capable de se servir des couverts. Pas de problème de coordination vision-préhension ». Pour l'acte « faire sa toilette (soins du corps) »: « La salle de bain est équipée d'une baignoire. L'assuré mentionne qu'il a besoin d'une aide pour les transferts dans la baignoire. La physiothérapeute ne relève pas de trouble de l'équilibre mais plutôt un manque de mobilité dans ses mouvements (d'où les exercices qu'il doit faire à domicile pour améliorer sa condition physique). Il a besoin d'aide pour se laver le dos ou les pieds. L'utilisation de moyens-auxiliaires va pouvoir optimiser son autonomie: planche de bain, brosse à longue manche... Il est autonome pour se raser (A relever qu'il va à la piscine dans le cadre de la physiothérapie et il est autonome) ». Pour le domaine « aller aux toilettes »: « Il est autonome lorsqu'il va uriner, il sollicite uniquement sa femme lorsqu'il va à selle selon lui. Depuis 3 mois il a des problèmes d'infection suite à son opération de la fistule il y a 2 ans. Les rapports médicaux ne mentionnent pas d'invalidité/limitations pour cela. Il n'est pas incontinent. Il n'utilise pas de méthode ou d'équipement pour l'élimination urinaire ou intestinale. L'aide n'est pas régulière et importante ». Pour le domaine « se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 des contacts) »: « A domicile il peut se déplacer sans l'aide de tiers et sans moyen-auxiliaire. Il est détenteur d'un permis de conduire mais ne conduit plus. Il est accompagné par ses enfants sur les longues distances mais il pourrait prendre le bus si nécessaire. Il se déplace à pied de manière autonome chez sa physiothérapeute (pas loin de chez lui). La physiothérapeute ne relève pas de trouble de l'équilibre majeur. Il peut exprimer ses besoins, tenir une conversation, peut communiquer par écrit, écouter et regarder la télévision (pendant l'enquête) utiliser le téléphone... ». L'enquêtrice a dès lors considéré que l'assuré n'avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour aucun des actes ordinaires de la vie. Elle a ajouté que l'assuré n'avait pas besoin, à raison de deux heures hebdomadaires, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et a noté à cet égard que « lors de l'enquête, il est en mesure de participer, de répondre aux questions, de s'organiser pour ses rendez-vous, ... malgré le trouble dépressif. Il peut se rendre chez son médecin/thérapeute seul. Il vit en famille ». Enfin, elle a relevé que l'assuré n'avait besoin ni d'une aide permanente pour les soins de base, puisque « sa femme prépare le semainier mais il est capable de s'administrer les comprimés », ni d'une surveillance personnelle (dossier AI pce p. 218 à 224). - La prise de position du 18 février 2016 du Dr R. _____, du SMR, qui, alors qu'un projet d'acceptation de rente avait été émis par l'OAI, a noté la présence d'éléments discordants, relevés notamment dans le cadre de l'enquête pour déterminer son impotence, et l'intrication de facteurs qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique (dossier AI pce p. 184 s.). - Le rapport d'enquête destiné à évaluer l'impotence du 16 mars 2016 de l'enquêtrice H. _____, dont il ressort que cette dernière et l'ergothérapeute de l'assuré avaient constaté que ce dernier sollicitait exagérément les membres de sa famille et qu'avec l'aide de certains moyens auxiliaires il serait autonome. L'ergothérapeute pense que l'assuré présente effectivement des limitations fonctionnelles (gonflements...) mais qu'il est également possible qu'il accentue ses douleurs/difficultés afin de bénéficier financièrement de l'AI et des prestations complémentaires. En ce qui concerne les troubles de la marche et

de l'équilibre, l'ergothérapeute penche plutôt pour une instabilité de la marche sans risque de chute. L'enquêtrice a noté que l'utilisation du scooter a été proposée en raison des plaintes de l'assuré à se mobiliser et pour lui permettre d'élargir son réseau social. Mais l'ergothérapeute mentionne que la pertinence de ce moyen auxiliaire va également dépendre des ressources ou limitations réelles de l'assuré (dossier AI pce p. 172 s.). - Le rapport médical du 21 avril 2016 de la Dresse V._____, médecin assistante à W._____, qui a confirmé les diagnostics connus et conclu à une incapacité de travail totale de son patient dans toute activité (dossier AI pce p. 154 à 157). - Les rapports médicaux des 28 juillet 2016 et 28 février 2017 du Dr U._____, qui a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère (F33.10) et de spondylarthrite dégénérative et ankylosante avec cervicalgies et lombalgies persistantes et invalidantes. Le psychiatre a relevé que « Malgré un traitement psychotrope « chargé », [...] j'observe chez le patient la persistance des symptômes dépressifs, notamment une fatigue physique et mentale, diminution d'élan vital un manque de motivation une appréhension permanente liée à l'évolution future de ses affections somatiques, et une inquiétude pour son avenir et celle de sa famille. Ses symptômes sont d'une intensité variable, évalué[s] à un degré moyen à sévère, mais le retentissement dans la qualité de sa vie est assez grave. Il présente un état de déconditionnement physique et une régression mentale avec des difficultés de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 concentration, d'attention qui diminuent de façon importante son autonomie pour les activités de la vie quotidienne. Or après la lecture des rapports d'expertises, j'ai pu constater que les collègues experts ont été a priori préoccupé[s] à valider les soupçons des agents de l'AI relevé[s] sur son profil Facebook (où le patient a publié des photos de son voyage avec sa famille quand il était actif et capable [de] travailler) que d'évaluer objectivement son état de santé actuel et les atteintes invalidantes de ses affections somatique et psychique. Leurs rapports fouillés, et remplis des prépositions et suppositions théoriques ont pour but et mission la disqualification formelle des constatations et évaluations cliniques précédents des confrères qui l'ont traité et soigné le patient ainsi que la crédibilité des conclusions cliniques de son cas, en 2015 par les collègues de service médical régional de l'AI !? Il est regrettable de constater que l'objectivité et neutralité des experts laisse[nt] à désirer !? Ainsi je réitère ma conviction et mon avis fondé sur mon savoir-faire et mon expérience clinique que, en raison de ses affections psychique et somatique qui sont d'un pronostic réservé voir[e] très défavorable, mon patient, ingénieur de formation et un grand travailleur avant d'être atteint dans sa santé physique et psychique, a perdu totalement sa capacité de travail » (dossier AI pces p. 34 s., 40 s., 124 s.). - Le rapport d'expertise psychiatrique du 28 décembre 2016 du Dr I._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a noté que « Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. [...] Les plaintes spontanées et principales de [l'assuré] concernent des douleurs physiques, notamment des douleurs du dos. [...] [L'assuré] ne montre que peu, voire pas, de comportement algique à l'examen psychiatrique auquel il participe activement. Contrairement à sa plainte concernant des douleurs l'empêchant de maintenir la même position, soit assise, soit debout, pendant plus de 30 minutes, comme décrite par la Dresse N._____, il reste assis d'une manière détendue, pendant plus de trois heures d'examen. Sa capacité d'interagir attentivement avec ses interlocuteurs et d'entrer en contact d'une manière joviale contraste avec son comportement démonstratif ponctuel, lorsqu'il aborde ses douleurs, avant de reprendre une position confortable, sans gêne particulière pendant le reste de l'examen. Pouvant se lever et

s'asseoir dans la salle d'attente ainsi que sur le canapé relativement bas de la salle d'examen, sans aide d'une tierce personne, il fait preuve d'une mobilité surprenant[e] par rapport aux difficultés décrites par son ergothérapeute, M. M._____. Selon ce dernier, [l'assuré] a besoin d'un sommier électrique pour se lever et se coucher dans son lit de façon autonome, ainsi que d'un rotateur et d'un scooter électrique afin de faciliter les déplacements. Par contre, [l'assuré] se déplace sans difficulté particulière à l'examen actuel et selon son physiothérapeute, il reste capable de s'habiller et déshabiller sans aide d'une tierce personne, contrairement à ses plaintes lors d'une enquête à domicile du 25.01.2016. A cette occasion, [l'assuré] manifeste également un comportement particulier accompagné d'exagérations dans les plaintes, en prenant des positions inhabituelles, par exemple lorsqu'il se couche par terre avec la nuque posée sur le bord d'un canapé. En l'absence d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, il se plaint d'une hypoesthésie tactile sans respect de dermatome précis, lors d'un examen du Prof O. _____ et le Dr J. _____ constate également des plaintes inexpliquées entièrement par un processus physiologique à l'examen rhumatologique actuel. Ainsi, le Dr J. _____ observe des discordances entre les mouvements de [l'assuré] pendant l'entretien clinique et ses plaintes ainsi que son incapacité d'effectuer le moindre mouvement dès qu'on passe à l'examen clinique. [...] [L'assuré] adopte une attitude histrionique comprenant des plaintes surajoutées sans substrat somatique, comme observées lors de l'enquête à domicile le 25.01.2016, et dont témoignent les incohérences relevées lors des examens actuels. Motivé par la

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 recherche d'une compensation financière pour ses problèmes comme une injustice, [l'assuré] met en avant un cortège de plaintes, comme l'incapacité à lire ou regarder un film entier, à cause des douleurs l'empêchant de se concentrer. Contrastant avec les observations pendant plus de trois heures d'examen, ces plaintes font partie d'un tableau clinique correspondant à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. [...] La seule pathologie observée est une perturbation de la concentration et un trouble de l'évocation dans le cadre d'une perte d'élan vital et d'une humeur dépressive avec un sentiment de culpabilité, sans idée suicidaire ou d'autre symptôme affectif. Face à ces observations contrastant avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère retenu lors de cette hospitalisation, les démarches thérapeutiques se limitent au changement de l'antidépresseur associé à un autre somnifère léger. Au cours d'un séjour de seulement 5 jours, ces mesures permettent une bonne reprise du sommeil, malgré le sentiment subjectif de ne dormir que 5 heures au maximum, que [l'assuré] décrit également à l'examen actuel. Expliquant sa détresse par le manque d'un réseau social en Suisse, [l'assuré] ne montre pas de repli sur soi, caractérisant un épisode dépressif sévère, au contraire, son ergothérapeute confirme son besoin d'être actif. [...] Sans diminution manifeste de l'estime de soi, il nie de timidité mais exprime son envie de contacts sociaux et se montre à l'aise dans le contact avec des inconnus. [...] Sans diminution marquée de la libido ou de l'appétit entraînant une perte d'au moins 5% du poids corporel, [l'assuré] ne souffre pas d'une agitation ou d'un ralentissement au plan psychomoteur et nie des réveils matinaux précoces indépendants de ses douleurs ainsi qu'une dépression plus marquée le matin. En l'absence d'un manque de réactivité émotionnelle à des événements agréables, il ne présent[e] pas de syndrome somatique accompagnant pourtant presque toujours un épisode dépressif sévère. [...] Souffrant de son manque d'activité sociale, comme décrit lors des hospitalisations à G. _____ et par son ergothérapeute, il subit des aggravations ponctuelles de son humeur dépressive au cours de

l'année 2015. Cependant, ces aggravations restent insuffisantes pour confirmer un épisode dépressif sévère, selon les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen actuel. [...] Depuis, il souffre d'une dépression de l'humeur qui reste insuffisante, la plupart du temps, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, notamment en l'absence de deux épisodes dépressifs majeurs séparés par une période de rémission. Ainsi, [l'assuré] décrit lui-même des périodes de quelques jours pendant lesquels il se sent relativement bien et par exemple capable de passer volontiers du temps avec ses amis, ses voisins ou d'accueillir son frère ou sa belle-sœur chez lui en Suisse [...] Par contre, l'exploration montre l'absence de reviviscence d'un événement traumatique chez un expertisé qui nie de cauchemar en décrivant surtout des rêves agréables, sans élément d'un état de stress post-traumatique, malgré son vécu à C._____. [...] En faisant abstraction de ses plaintes incohérentes, les symptômes affectifs relativement légers de sa dysthymie ainsi que les plaintes somatiques surajoutées dues à sa majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, restent insuffisants pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique ». Le psychiatre n'a pas retenu de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Il a cependant relevé l'existence, comme diagnostics sans une telle influence, d'une dysthymie et d'une dépression anxieuse persistante (F34.1), existantes depuis 2014, ainsi que d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), existante depuis probablement 2015, et d'une accentuation de traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile (Z73.1), existante depuis probablement l'âge de jeune adulte. L'expert-psychiatre a conclu, en l'absence d'atteinte psychique incapacitante, à une capacité de travail totale et entière dans toute activité. Il a noté toutefois que « l'aggravation transitoire de sa dysthymie sous forme d'un épisode dépressif moyen au maximum justifie une incapacité de travail de 40% pour son activité manuelle dans la pose de fenêtres d'août 2015 à avril 2016. Depuis avril 2016, l'effort à surmonter les

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 symptômes dus à la dysthymie de [l'assuré] qui maintient sa majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à plein temps, au plan psychique » (dossier AI pce p. 80 à 107). - Le rapport d'expertise rhumatologique du 4 janvier 2017 du Dr J._____, médecin spécialiste en rhumatologie et médecine interne, qui, durant son examen clinique, a notamment noté ce qui suit: « Status clinique somatique: Assuré âgé de 47 ans en bon état général, droitier. Il se déplace normalement sans boiterie. Il peut monter ou descendre les escaliers. Il ne peut pas s'habiller et se déshabiller. Je dois l'aider. Durant l'entretien, il se comporte normalement et bouge tout à fait bien. Dès que je dois l'examiner il ne peut plus bouger « d'un centimètre ». [...] L'examen neurologique: Les réflexes sont présents et symétriques. La force est sans particularité au niveau des 4 membres. La démarche est sans particularité. Status ostéoarticulaire: Rachis cervical: Inexaminable, retient volontairement tous les mouvements. Rachis dorsal et lombaire: Inexaminable, retient volontairement tous les mouvements. Membres supérieurs: Epaule gauche et droite: D'abord inexaminable, puis après avoir un peu haussé la voix, l'examen des épaules est dans la norme. [...] L'examen des sacro-iliaques est dans la norme. [...] La recherche de points douloureux pour une fibromyalgie est négative (0 point sur 18). Présence de signes de non organicité selon Waddell. Il ne peut pas bouger, mais il arrive à se relever de la table d'examen en faisant une flexion antérieure du rachis. Il ne peut pas bouger les bras, donc il ne peut pas se déshabiller alors que durant l'entretien clinique, il bouge normalement les MS avec facilité

et rapidité ». L'expert a finalement retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites chroniques sur une hernie discale L5-S1 comprimant L5 droite (M54.4), présente depuis 2008 et une obésité morbide (E66.2) (BMI à 39.7), ainsi que les diagnostics, sans une telle répercussion, d'hypertrophie de la prostate (N36.8), présente depuis ?, d'ancienne hépatite B (B16) et d'allergie au Paracétamol et à la Noramidopyrine. L'expert- rhumatologue a conclu son appréciation ainsi: « Face à cet examen clinique, qui montre clairement des signes de non organicité et face aux résultats des examens radiologiques et sanguins (cf: résumé de l'histoire clinique), je ne peux pas retenir le diagnostic de Spondylarthropathie ou de Spondylarthrite ankylosante. Je garde uniquement celui de lombosciatalgies L5 chroniques sur une hernie discale L5-S1, car ce dernier est documenté depuis 2008 par des examens radiologiques. Je garde également celui d'obésité morbide qui peut limiter les déplacements de Monsieur et sa résistance aux efforts. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100%. Cette capacité a toujours été de 100% et je ne peux pas retenir de période d'incapacité de travail, même depuis mars 2014. Par contre, la capacité de travail comme poseur de fenêtre est définitivement de 0% depuis mars 2014 ». Il a finalement retenu les limitations fonctionnelles suivantes: Pas de port de charge de plus de

E. 15

kilos; pas de position debout statique; pas de mouvements répétés du rachis; pas de montée ou descente d'une échelle ou d'un échafaudage; pas de marche sur un sol non plat; travail en position assise avec la possibilité de changer de position toutes les heures (dossier AI pce p. 63 à 78). - Le rapport médical du 22 février 2017 de la Dresse N. _____, qui a noté que « Depuis le mois de janvier 2015, son état s'est détérioré jusqu'à l'introduction du dernier traitement biologique par Cosentyx en novembre 2016. Il semble que les douleurs inflammatoires se soient améliorées, mais il décrit toujours des symptômes diffus paraissant plutôt mécaniques, en lien avec les troubles dégénératifs (arthrose et hernie discale). Il dit avoir toujours des difficultés à se déplacer

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 sur de longs trajets et ne peut pas effectuer des travaux manuels autres que du bricolage. Le patient ne peut pas faire le ménage ou soulever des charges, comme il faudrait pouvoir le faire lors de courses. Il demande de l'aide à ses proches pour ses activités de la vie quotidienne. Dans la mesure où le patient a souffert durant plusieurs années de symptômes algiques et de dépression, il a probablement développé un syndrome douloureux chronique » (dossier AI pce p. 33). - La prise de position du 21 mars 2017 du Dr R. _____, du SMR, qui a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 28 décembre 2016 et estimé que ses conclusions médico-asséculo-logiques étaient pleinement cohérentes avec les atteintes à la santé objectivées. Il a par ailleurs, s'agissant du rapport du Dr U. _____, noté que « ce psychiatre mentionne que malgré un traitement psychotrope « chargé », les symptômes dépressifs persistent. Or l'expert a d'une part démontré par des dosages plasmatiques des psychotropes que la compliance thérapeutique est mauvaise, d'autre part que, malgré des taux plasmatiques de psychotropes inférieurs aux valeurs thérapeutiques, les symptômes dépressifs ne correspondent qu'à une dysthymie selon les critères de la CIM-10. Le Dr U. _____ accuse les experts de partialité et regrette « de constater que l'objectivité et la neutralité des experts laissent à désirer !? », sans faire état d'aucun argument concret à l'appui de cette opinion. Il s'agit donc d'une assertion gratuite » (dossier AI pce p. 22 s.). - Des certificats d'incapacité de travail (dossier AI pces p. 174, 191 à 196, 208, 211 à 213,

367). Suite à la notification de la décision de refus de rente du 28 mars 2017, le recourant a encore produit la documentation médicale suivante: - Le rapport médical du 18 avril 2017 de la Dresse N._____, qui a noté que son patient souffrait d'une maladie inflammatoire chronique de type spondylarthrite, qu'il était sous traitement biologique par Cosentyx depuis novembre 2016 et qu'il avait besoin d'une aide pour les activités de la vie quotidienne. - Le rapport médical du 3 mai 2017 du Dr U._____, qui a en substance repris le contenu de ses précédents rapports. - Le rapport médical du 9 mai 2017 du Dr O._____, qui a relevé que des synovites et des enthésites avaient été clairement identifiées à plusieurs reprises par différents médecins et qu'il y avait donc suffisamment d'éléments pour poser avec confiance un diagnostic de spondylarthropathie. Le rhumatologue a critiqué le point 4 de l'expertise du Dr J._____, en précisant que la présence de signes de non-organicité n'excluait nullement la présence de lésions organiques sous-jacentes. Il a conclu à une incapacité de travail totale de son patient, tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée. - Le rapport de sortie non daté de la Dresse X._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de L._____, qui a noté les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte, de traits narcissiques et de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques. - Des certificats d'incapacité de travail. L'autorité intimée a soumis cette nouvelle documentation à son SMR. Dans sa prise de position du 29 juin 2017, la Dresse Y._____, médecin spécialiste en rhumatologie, a exposé que

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 « l'expertise du Dr J._____ est probante, peut à notre avis être suivie dans ses conclusions, avec cette seule remarque que, nous ne partageons pas, ceci sur la base des rapports médicaux du Service de Rhumatologie de W._____, son avis quant à l'exclusion d'une spondylarthrite. En effet, les critères de New York pour retenir un tel diagnostic sont réunis. L'expérience et la littérature médicales rapportent que fréquemment les signes inflammatoires biologiques et radiologiques classiques sont absents, prévalent l'anamnèse de type inflammatoire et la clinique (synovites, enthésites, téno-synovites). Si nous partageons l'avis du Dr J._____ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée légère permettant l'épargne du rachis et des articulations, c'est en raison d'un status fonctionnel, d'images radiologiques intactes (sans signe de destruction articulaire) et de l'absence de signes biologiques inflammatoires défavorables sur les structures articulaires. Nous relevons aussi que la Rhumatologie n'a toujours retenu le diagnostic de spondylarthropathie que comme probable » (dossier AI pce p. 34 à 36). Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a enfin versé aux actes: - Les rapports des 14 février et 1er juin 2017 de la physiothérapeute Z._____, qui a exposé que son patient était très limité dans ses déplacements, qu'il a besoin d'aide pour se déshabiller et qu'il peine à se retourner sur la table de traitement. - Les rapports des 6 juin et 13 août 2017 et d'autres non datés de l'ergothérapeute M._____, qui a noté que son patient avait des difficultés à effectuer ses soins personnels, à effectuer les transferts, à accéder aux zones basses de son corps, pour aller aux toilettes, pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de son appartement. Il a considéré que l'assuré nécessitait un sommier électrique pour qu'il puisse se lever et se coucher dans son lit de façon autonome et sécurisée, d'un rollator, d'un scooter électrique afin de se réinsérer socialement, ainsi que d'un rehausseur-WC avec accoudoir. - L'ordonnance du 27 juin 2017 de la Dresse N._____, qui a prescrit un rehausseur WC et deux barres d'appui à l'assuré.

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