

FR_GERICHTE 608 2019 97 vom 21. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_97

FR: FR_GERICHTE 608 2019 97 du 21 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2019 97 del 21 novembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2.1

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite 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 raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

E. 2.2

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 degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode classique de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469). En règle générale, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt TF I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 2.3

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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au 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).

E. 3

En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation de son état de santé par l'OAI. Il lui reproche en particulier de n'avoir tenu compte que de la composante psychiatrique, alors qu'il présente également une problématique physique.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14

E. 3.1

Appelée à statuer, la Cour de céans constate que, suite à la nouvelle demande déposée en avril 2013 par le recourant, les investigations ont avant tout porté sur la sphère psychiatrique. L'instruction a été approfondie et le résultat auquel a abouti l'autorité à cet égard n'est pas remis en question dans le cadre du recours. Il convient néanmoins de se pencher sur l'évolution de l'état de santé global de l'assuré et, pour ce faire, de se référer au dossier médical.

E. 3.1.1

Dans le cadre de sa première demande de prestations pour mineur, en 2003, la problématique était uniquement orientée vers les problèmes de dos qui conduiront l'OAI à prendre en charge les coûts du traitement de la maladie de Scheuermann, dont souffrait l'assuré. C'est dans ce contexte que ce dernier subira une intervention chirurgicale en mai 2003. En juin 2004, le Dr E. _____ et le Dr F. _____, œuvrant tous deux au sein de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital G. _____, relèvent que la situation au niveau de la colonne vertébrale est en ordre ("regelrecht"). Ils mentionnent néanmoins la question du surpoids et encouragent toute mesure susceptible d'améliorer la situation à cet égard, sans quoi le risque d'une nouvelle péjoration semble à leurs dires très élevé. En octobre 2004, ces deux spécialistes confirment un état stable sur le plan orthopédique, tout en relevant à nouveau le problème lié à l'obésité. Ils confirment au passage l'exigibilité d'une activité adaptée, malgré l'atteinte au dos.

E. 3.1.2

A l'occasion de sa demande de prestations pour adultes déposée en mars 2005, l'assuré mentionnait des problèmes de dos (maladie de Scheuermann, scoliose). Un rapport du Dr H. _____, alors généraliste traitant, atteste que l'état de santé de l'assuré "ne l'empêche pas de fréquenter l'école ou de suivre une formation professionnelle". L'accent est, là encore, mis sur l'excès pondéral, avec mention également d'un état discrètement dépressif et d'une personnalité de type plutôt borderline. Ces éléments convaincront la Dresse I. _____, médecin généraliste auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), de requérir un avis psychiatrique auprès d'un expert, "afin de clarifier s'il y a une atteinte à la santé psychique avec valeur de maladie ou pas". En juillet 2005, le Dr D. _____, chirurgien orthopédique traitant, confirme "que le patient peut reprendre une activité professionnelle qui ne nécessite pas de port de charge lourdes au-dessus de 20 kg". Le pronostic est considéré comme bon, mais à la condition que l'assuré prenne conscience de son problème d'obésité et se prenne en charge à ce niveau (régime alimentaire, activité sportive), ce qui ne semblait pas être le cas alors. Le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, remet son rapport d'expertise le 30 août 2005. Il a procédé à une présentation détaillée de l'anamnèse et, dans le cadre de son examen clinique, a jugé bon de soumettre l'expertisé à des tests psychologiques complémentaires. Il retient les diagnostics suivants: "Adipositas permagna, leicht- bis mittelgradige psychoemotionale Entwicklungsretardation (F60.4), leichte Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), Verdacht auf Status bei/nach leichter hyperkinetischer Störung (F90.0)". Le résultat de cette expertise conduira le Dr K. _____, médecin SMR, à retenir l'existence d'une atteinte à la santé et à avaliser la mise sur pied de mesures professionnelles. C'est alors que débute le processus d'orientation professionnelle auquel a été soumis l'assuré. Alors qu'un projet de formation se concrétisait, les moniteurs du centre de formation spécialisé de L. _____ ont émis des doutes sur ses capacités physiques à assumer la formation envisagée, vu ses nombreuses absences. Le Dr

H._____, les spécialistes en orthopédie de l'Hôpital G._____ ainsi que le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, confirmeront, dans leurs

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 rapports respectifs de mars et avril 2007 (dossier AI p. 253 ss), la possibilité pour celui-ci de suivre la formation envisagée, tout en relevant la présence d'éléments psychosociaux. C'est dans ce contexte que l'assuré débute une formation d'assistant de commerce de détail, de type AFP, en août 2007, que l'OAI accepte de soutenir par l'octroi d'une formation professionnelle initiale. En dépit des nombreuses difficultés rencontrées au cours de cette formation - le comportement de l'assuré (manque de motivation, absences répétées) nécessitant plusieurs remises à l'ordre -, ce dernier parviendra à l'achever avec succès à l'été 2009. Par décision du 6 juillet 2010, l'OAI a estimé l'assuré capable d'exercer une activité d'assistant du commerce de détail à plein temps, avec un rendement de 90% pour tenir compte de limitations fonctionnelles dues aux problèmes de dos et à un manque de polyvalence. Le degré d'invalidité qui en découlait s'élevait à 28%.

E. 3.2

Le dépôt d'une nouvelle demande de prestations, en avril 2013, fait suite à l'hospitalisation volontaire de l'assuré à l'Hôpital psychiatrique de N._____, de fin novembre 2012 à la mi-janvier 2013. Dans un rapport du 2 avril 2013, le Dr O._____, psychiatre traitant, annonce une aggravation de la symptomatologie dépressive, un trouble du comportement chez une personnalité immature, antisociale et dépendante avec une intelligence basse, ainsi que de l'irritabilité et une psychorigidité. Dans son rapport du 16 avril 2013, le Dr P._____, médecin généraliste auprès du SMR, résume l'évolution de cet assuré, et s'exprime en particulier sur l'expertise du Dr J._____ et la formation professionnelle suivie auprès de L._____. Sous l'angle de la révision, il considère que l'état de santé n'a pas fondamentalement changé, en l'absence, notamment, de nouveaux diagnostics. Cela étant, l'échec de l'intégration au sein de la clinique de jour de l'hôpital psychiatrique, "très certainement en raison d'une décompensation de ses troubles de personnalité", justifie à ses yeux la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique. Le 1er mai 2013, le Dr O._____ retient les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (personnalité immature dépendante à fonctionnement d'état limite; F61) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques (F33.11). Le 19 juin 2013, la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de l'Hôpital psychiatrique de N._____, revient sur le contexte de l'hospitalisation de l'assuré. Retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques (F33.11), de suspicion d'un trouble hyperactif et de déficit de l'attention (F90.0), de traits de personnalité immatures et antisociaux (Z73.1) ainsi que de syndrome douloureux du dos, elle note que la demande d'hospitalisation est consécutive à la fermeture de son dossier AI et à son expulsion de l'appartement de sa sœur. Evoquant des difficultés relationnelles importantes, liées à une tendance à agir en fonction de ses émotions, à se déresponsabiliser, à se démotiver rapidement tout en accusant les autres de ses échecs, elle émet un pronostic pas très favorable à moyen terme, jugeant l'assuré incapable de s'insérer, sans aide, dans l'économie libre. Compte tenu de ces nouveaux rapports, l'avis du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, est demandé par l'OAI. Ce dernier, après comparaison des diagnostics retenus par le Dr J._____ avec ceux du psychiatre traitant, recommande alors d'attendre une année et de réexaminer alors l'évolution, en fonction du traitement psychiatrique en cours.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Dans l'intervalle, une aggravation sur le plan somatique est documentée en septembre 2014, avec une hospitalisation en urgence liée à une augmentation des douleurs au dos. Le Dr M._____ relève que "les douleurs sont en exacerbation depuis environ 4 mois sans facteur déclenchant avec, depuis environ 1 semaine, un pic douloureux suite à un faux-mouvement sur son balcon". Sur la base des examens, comprenant notamment différentes imageries (radiographie, IRM, myélo-CT), le rhumatologue note une évolution lentement favorable avec retour à une marche normale sans boîtierie et conseille la poursuite du traitement conservateur, écartant toute indication opératoire, en dépit des demandes de l'assuré en ce sens. Il relève "de manière évidente une composante de sensibilisation centrale avec diminution du seuil de la douleur [...] compliquant la prise en charge du tableau clinique actuel de la lombosciatalgie". Une incapacité de travail est alors attestée entre le 22 septembre et le 24 novembre 2014, notamment par le généraliste traitant. Au début mars 2015, le Dr D._____ annonce que, suite à l'épisode de syndrome lombo- radiculaire irritatif déficitaire L5 G survenu en septembre 2014 et compte tenu des antécédents chirurgicaux ainsi que de l'état psychologique du patient, un traitement conservateur avec infiltration foraminale est tenté. En fonction du résultat, une intervention chirurgicale pourrait être discutée par la suite. Aucune incapacité de travail n'est alors attestée. Suite au dépôt d'un rapport par la Dresse S._____, ayant repris le suivi psychiatrique de l'assuré depuis février 2015, le Dr R._____, psychiatre auprès du SMR, retient l'indication à un examen neuropsychologique. Dans son rapport du 7 décembre 2015, la Dresse T._____, spécialiste en neuropsychologie, indique la mise en évidence d'un ralentissement global, d'un dysfonctionnement exécutif (difficultés de planification et d'organisation; faible initiation), ainsi que des difficultés attentionnelles. En définitive, "les difficultés cognitives relevées lors de cette évaluation neuropsychologique détaillée, associées à des ressources intellectuelles limites, constituent un véritable handicap dans la flexibilité pour le choix d'un emploi, l'adaptation en milieu professionnel et la prise d'initiative. Ces difficultés cognitives sont probablement aussi présentes dans la difficulté à faire face aux problèmes somatiques (obésité, douleurs chroniques) dont souffre M. A._____. Au vu des nombreuses tentatives de soutien à l'emploi et d'une formation professionnelle plutôt faible, il est difficile d'envisager un potentiel d'intégration professionnelle dans la situation actuelle et seule une activité protégée peut être envisagée". Elle recommande également une réévaluation du handicap fonctionnel orthopédique. Dans le cadre de l'anamnèse médicale, la neuropsychologue mentionne différentes hospitalisations qui auraient eu lieu dans le courant de l'année 2015, pour des motifs somatiques: la première, à la fin mai 2015, donnera lieu à une intervention (décompression foraminale L4-L5 gauche par arthrectomie G, mise en place d'une cage TLIF Juliet). Deux périodes d'hospitalisation se produiront ensuite en septembre, puis en octobre 2015, en raison d'une décompensation des lombalgies chroniques. Le dossier AI ne contient toutefois pas de rapports explicites en ce sens. Le 22 février 2016, se basant sur les différents avis médicaux et notamment sur celui de la neuropsychologue T._____, le Dr P._____ constate qu'une exigibilité dans une activité lucrative ne peut être établie, "en raison des perturbations de la personnalité de l'assuré ne lui ayant jamais permis de présenter une quelconque régularité dans le travail". A la suite de ce rapport, l'OAI mandatera le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de procéder à l'expertise de l'assuré. Dans ce cadre, un nouvel examen

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 neuropsychologique sera effectué. Dans son rapport du 23 juillet 2018 (dossier AI p. 662), la neuropsychologue U. _____ évoque un assuré "aux ressources intellectuelles normales présentant au premier plan de légères difficultés attentionnelles-exécutives [...]". Les troubles mnésiques observés lors des tests sont en revanche considérés comme peu cohérents. Globalement, les troubles constatés correspondent à une réduction du rendement d'environ 10%, ce qui correspond à l'évaluation qui avait été faite au terme de la formation initiale. La neuropsychologue remet en outre en cause la validité des résultats de la précédente expertise neuropsychologique à divers titres. Dans son expertise du 7 août 2018, le Dr C. _____ présente de manière très détaillée l'anamnèse de l'assuré. Au terme de son examen clinique, comprenant un volet neuropsychologique et des tests sanguins, l'expert retient les diagnostics suivants: trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique (F61.0), trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission avec persistance de symptômes résiduels correspondant à un trouble anxieux et dépressif mixte (F33.4), et enfin majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Au cours d'une discussion très détaillée, il relève notamment qu'"associé à une majoration de symptômes physiques et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels, le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et histrionique de M. A. _____ se trouve à l'origine d'une impulsivité et d'une passivité. Se traduisant par l'évitement d'efforts sans récompense immédiate et des réactions abandonniques face à des situations potentielles d'échec ou de frustration, cette constitution caractérologique se trouve à l'origine d'un dysfonctionnement relationnel. [...] En revanche, les observations à L. _____ dans le cadre de cette formation mettent en évidence une pleine capacité de travail avec une diminution du rendement se limitant à 10% qui tient déjà compte des absences répétées dues aux douleurs physiques aggravées par une majoration de symptômes physiques. Cette appréciation est compatible avec les résultats de l'examen neuropsychologique. L'exploration des activités sociales et quotidiennes témoigne également de ressources préservées d'un expertisé qui mène une vie autonome organisée en fonction de ses préférences pour des activités comme des jeux sur sa console ou des rencontres avec des amis et sa famille. En tenant compte à la fois de ses ressources personnelles et de ses limitations fonctionnelles, la reprise d'une activité professionnelle adaptée paraît exigible dans le cadre d'une mesure professionnelle, comme organisée par L. _____ de 2007 à 2009 à un taux initial de 50%. [...] A condition d'une reprise de travail dans le cadre de mesures professionnelles pendant une phase initiale d'environ 9 mois, afin de tenir compte du déconditionnement de M. A. _____ après plusieurs années d'inactivité, la poursuite d'un tel travail paraît exigible à 100% avec une diminution de rendement de 40% dues à des absences répétées prévisibles. [...] Ces indications sont valables depuis la première et dernière décompensation psychique de M. A. _____ nécessitant une hospitalisation de décembre 2012 à janvier 2013. Depuis, les symptômes affectifs observés ne dépassent pas un degré moyen au maximum dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent maintenu par un trouble mixte de la personnalité et hypothéqué par une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques". L'expert évoque enfin différentes pistes susceptibles d'améliorer la situation (adaptation du traitement médicamenteux dans le but d'une rémission complète des symptômes affectifs, psychothérapie plus soutenue intégrant un coaching à domicile). "Etant donné ses ressources personnelles, dont témoigne l'exploration de ses activités sociales et quotidiennes, l'effort à surmonter ses symptômes affectifs résiduels, ses plaintes somatiques

surajoutées ainsi que son dysfonctionnement dû à son trouble mixte de la personnalité reste raisonnablement exigible".

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 C'est sur la base des conclusions de cette expertise que l'OAI a rendu la décision litigieuse.

E. 3.3

Dans le cadre de son recours, l'assuré se réfère au rapport établi postérieurement à dite décision par le Dr D._____. Ce chirurgien orthopédiste traitant rappelle que "le patient se présente à notre consultation après avoir bénéficié d'une myélographie qui n'a pas montré de changement par rapport à l'imagerie d'il y a 1 an. Il a également bénéficié d'un ENMG au Neurocentre qui a montré une radiculopathie L4-L5 chronique bilatérale. Actuellement le patient ne présente pas particulièrement de douleur mais se plaint surtout de lâchage du MID. Après discussion des résultats avec le patient, nous convenons d'une reprise du travail à 30% dès le mois d'avril 2019 et referons le point sur la situation fin juillet. Le but étant d'arriver progressivement à une augmentation de la capacité de travail jusqu'à 50% de manière durable fin 2019". Dans un rapport du 17 septembre 2019, le Dr D._____ signale une aggravation des douleurs lombaires avec des signes de lâchage des deux membres inférieurs, ainsi qu'un diabète débutant récemment diagnostiqué. A l'anamnèse, il est mentionné que l'assuré travaille à 30% dans un atelier protégé et qu'il a toujours des douleurs invalidantes au bas du dos, avec lâchage des jambes lors de mobilisations. Un examen Spect-CT a mis en évidence une fracture de stress de l'épineuse de L3, pouvant justifier des douleurs au dos. Un examen ENMG a révélé "un examen superposable comparé à celui de février", avec toutefois une suspicion de probable neuropathie sensitive diabétique débutante. Des infiltrations lombaires et sacro-iliaques sont organisées et une prolongation de la spondylodèse est envisagée.

E. 4.1

A la lumière de ce qui vient d'être rappelé, la Cour constate que le tableau clinique présenté par le recourant a, dès le début, été marqué par l'existence d'atteintes tant somatiques que psychiques. Cela étant, il ressort du dossier médical résumé ci-avant que la composante somatique, qui avait dans un premier temps justifié le dépôt d'une demande AI, a progressivement été éclipsée par la celle psychiatrique. Suite à l'intervention chirurgicale réalisée en été 2003, l'exigibilité d'une activité légère adaptée, respectivement d'une formation professionnelle, a rapidement été admise, sans être formellement remise en question par la suite. En juillet 2005, le Dr D._____ confirme ainsi "que le patient peut reprendre une activité professionnelle qui ne nécessite pas de port de charge lourdes au-dessus de 20 kg". Parallèlement, la présence d'une composante essentiellement psychiatrique sera progressivement admise et conduira à la tenue d'une première expertise psychiatrique. Dans son rapport d'août 2005, le Dr J._____ évaluera la situation de l'assuré de manière extrêmement nuancée: tout en confirmant la possibilité pour celui-ci d'entreprendre une formation professionnelle, cet expert reste toutefois extrêmement prudent quant à la réussite d'une telle entreprise, compte tenu du profil psychologique en présence. C'est sur cette base qu'une formation professionnelle initiale sera entamée. Il est intéressant de noter qu'à la veille de débiter dite formation, au printemps 2007, notamment du fait des nombreuses absences de l'assuré lors des stages préparatoires, de nouveaux rapports médicaux ont été requis par l'OAI de la part de médecins traitants. Les spécialistes de l'Hôpital G._____ relèvent ce qui suit: "Bei A._____ liegt ein schweres

panvertebrales chronifiziertes Schmerzsyndrom vor, welches nicht einer organisch/mechanischen Ursache zugeordnet werden kann". Evoquant également la présence de facteurs psycho-sociaux, ils recommandent alors une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 prise en charge spécialisée dans le traitement de la douleur. Ils confirment expressément l'exigibilité de toute activité légère, ne nécessitant pas de port de charges régulier et permettant des changements de position. Le généraliste traitant se rallie à l'avis des spécialistes précités. Quant au rhumatologue traitant, il mentionne une "situation d'état douloureux diffus chronique", tout en écartant la présence de signe évocateur d'une maladie rhumatismale inflammatoire et en orientant lui aussi l'assuré vers une consultation de la douleur. C'est dans ce contexte rassurant, sur le plan somatique du moins, qu'a débuté la formation initiale, que l'assuré mènera, tant bien que mal, à terme en été 2009. Force est de constater que la situation était alors ambiguë: l'assuré s'est en effet plaint de souffrir de douleurs au dos tout au long de sa formation, ce qui a conduit à très nombreuses absences et à la nécessité d'un intense soutien de la part de tout le réseau mis en place spécialement pour lui, et en particulier de la part de l'employeur et des collaborateurs du centre de formation professionnelle. Cela ressort tout particulièrement du rapport établi en avril 2009 par L. _____ (dossier AI p. 332), qui justifiera que l'assuré confirme son engagement, par la signature d'un "projet de réussite" (dossier AI p. 336) ainsi qu'une mise en garde formelle de l'OAI (dossier AI p. 341). Cela étant, il est avéré qu'aucun document médical n'est venu expliquer l'origine des douleurs alléguées par l'assuré de sorte que, sur la base du dossier alors constitué, la seule source possible des symptômes ne semble pouvoir venir que de la sphère psychique, ainsi que cela avait d'ailleurs été relevé par les médecins traitants s'occupant de la composante somatique. C'est sur la base de ces éléments, et en particulier des constatations faites au cours de la formation initiale, que l'OAI considérera l'assuré comme capable de travailler à plein temps, avec un rendement de 90% et aboutira à un taux d'invalidité de 28%, insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

E. 4.2

C'est en tenant compte du contexte ci-dessus que doit être examinée la situation qui s'est déroulée suite au dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI par le recourant, en avril 2013, jusqu'au moment de la décision litigieuse, en février 2019. Il appert que cette nouvelle démarche auprès de l'OAI faisait suite à une dégradation de l'état de santé psychique de ce dernier, et tout particulièrement à son hospitalisation volontaire, quelques semaines plus tôt (de fin novembre 2012 à mi-janvier 2013), dans un contexte de décompensation, liée semble-t-il à la fermeture de son dossier par l'OAI ainsi qu'au fait d'avoir été expulsé de son appartement. Dès lors que les documents remis dans le cadre du dépôt de cette demande concernaient exclusivement la sphère psychique, l'instruction menée par l'OAI s'orientera dans cette direction. Un épisode d'aggravation des plaintes somatiques est certes documenté à partir de septembre 2014, puis dans le courant de l'année 2015. Toutefois, les rapports en question ne permettent pas d'expliquer la source des douleurs ressenties par l'assuré. Au contraire, les examens effectués par le Dr M. _____, en septembre 2014, sont rassurants et ce spécialiste met en particulier l'accent sur la diminution du seuil de la douleur tout en écartant toute indication opératoire. Une incapacité passagère d'environ 2 mois est alors attestée. Dans le cadre de la prise en charge qui s'en suivra, le Dr D. _____ procèdera à des infiltrations, dans le début de l'année 2015, sans attester d'incapacité de travail. Il réalisera ensuite une intervention chirurgicale, en juin

2015, laquelle ne parviendra pas à juguler les plaintes de l'assuré. Il convient de préciser que le dossier ne contient pas de rapport médical explicite au sujet de cette opération. Dans la mesure où aucun rapport

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 ultérieur n'a été établi par le Dr D. _____ jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, on peut admettre qu'elle n'a conduit qu'à une incapacité tout au plus passagère. Vu tout ce qui précède, le fait pour l'OAI d'avoir renoncé à entreprendre des examens complémentaires sur le plan orthopédique/rhumatologique paraît parfaitement justifiable, dès lors que la situation à cet égard n'a pas connu d'évolution significative dans l'intervalle. L'impossibilité pour les médecins concernés d'objectiver une atteinte impliquait de privilégier la piste psychiatrique, la seule encore susceptible de fournir une explication à ces plaintes. C'est donc logiquement que les investigations se sont poursuivies ensuite à ce niveau et se sont achevées avec l'expertise du Dr C. _____. Globalement, l'examen de ce dossier conduit à conclure que si les difficultés rencontrées par le recourant comportent indéniablement un aspect "physique", il n'en demeure pas moins que les constats objectifs ne permettent pas d'expliquer le retentissement allégué par celui-ci sur sa capacité de travail. En tous les cas, le principe de l'exigibilité d'une activité légère adaptée, telle que celle qu'exercée dans le cadre de sa formation initiale, n'est pas remis en question pour des motifs somatiques. Il est donc possible de conclure, à l'instar de l'autorité intimée, que la capacité de travail du recourant est principalement entravée, dans ce type d'activités, pour des raisons psychiques. Sur la base des conclusions du Dr C. _____, dont l'expertise n'est pas remise en cause par le recourant, on peut dès lors admettre que le rendement de l'assuré est réduit de 40% pour des motifs psychiques. Quant à savoir si ce taux devrait s'ajouter à la diminution de rendement de 10% d'ores et déjà admise en 2010, la Cour est d'avis que tel n'est pas le cas: il est en effet d'usage que les différents taux d'incapacité ne s'additionnent pas simplement, mais qu'ils sont susceptibles de se recouper. De plus, même si la décision rendue en 2010 ne s'était pas expressément prononcée à cet égard, on doit admettre que cette diminution de rendement était liée à des facteurs tant physiques que psychiques. En effet, à cette époque déjà, les spécialistes en orthopédie avaient du mal à déterminer l'origine des douleurs de l'assuré et la piste psychiatrique avait de ce fait déjà été abordée (cf. expertise du Dr J. _____). On ajoutera que l'OAI avait spécifiquement tenu compte des limitations dues aux problèmes dorsaux en appliquant un abattement sur le salaire statistique. Ce point sera d'ailleurs repris plus bas (cf. infra consid. 4.4)

E. 4.3

Au surplus, les rapports du Dr D. _____ remis, le premier, à l'appui du recours et le second, postérieurement aux observations de l'OAI, ne sont pas déterminants. En effet, le rapport établi à la fin mars 2019 ne fournit aucune indication sérieuse d'une aggravation sur le plan somatique. La simple mention d'une possible reprise du travail à 30%, alors que le contexte objectif est plutôt rassurant, est à cet égard insuffisante et ne saurait remettre en cause l'appréciation figurant ci-dessus. Quant au rapport du mois de septembre 2019, il s'agit à l'évidence d'une évolution postérieure à la décision litigieuse, qui devra faire, si nécessaire, l'objet d'une nouvelle demande de prestations.

E. 4.4

S'agissant enfin du calcul du taux d'invalidité, la Cour relève qu'il n'est pas remis en cause par le recourant. Elle constate que, dans la précédente décision, un abattement de 15% sur le

salaires statistiques ont été appliqués par l'OAI, du fait des limitations fonctionnelles découlant des problèmes de dos et du manque de polyvalence, et qu'il n'a pas été repris dans la décision litigieuse. Il convient de considérer que le "manque de polyvalence" constitue un aspect qui a largement été pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail par l'expert C._____. De ce fait, seul un abattement inférieur à 15% pourrait être appliqué, lequel aboutirait

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 à un taux donnant droit, quoi qu'il en soit, à un quart de rente d'invalidité. Cette question peut dès lors rester ouverte. Il en découle que le revenu d'invalidité, fixé par l'OAI à CHF 36'261.35, comparé au revenu de valide, fixé à CHF 60'435.55, aboutit à un degré d'invalidité de 40%, justifiant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 5

Le requérant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.

E. 5.1

Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au requérant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal 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). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3).

E. 5.2

S'agissant de la première condition, il ressort du dossier que le requérant est soutenu par le Service social de la Ville de Fribourg, de sorte qu'il ne dispose manifestement pas de ressources financières suffisantes pour faire face aux frais de la présente procédure, sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent pas à première vue d'un grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 98) est admise et que Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné comme défenseur d'office.

E. 5.3

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du requérant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée. Conformément aux art. 142 ss CPJA et à l'art. 12 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et sur la base de la liste de frais déposée le 18 novembre 2019 par le mandataire du requérant, il se justifie de fixer

l'équitable indemnité à laquelle il a droit en l'indemnisant à raison de 12h46 à CHF 180.-, soit un montant de CHF 3'116.70. En outre, la facturation des photocopies de l'entier

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 du dossier AI (pour un montant dépassant CHF 400.-) est disproportionnée. L'octroi d'un montant de CHF 200.- au titre de débours et de CHF 255.40 au titre de la TVA à 7.7% semble donc raisonnable. Cette indemnité totale de CHF 3'572.10 est intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 97) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 98) est admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné comme défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 3'116.70, plus CHF 200.- de débours, plus CHF 255.40 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 3'572.10, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. V. 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 21 novembre 2019/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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