

FR_GERICHTE 608 2021 167 vom 30. Juni 2022

FR Kantonsgericht, 2022-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_167

FR: FR_GERICHTE 608 2021 167 du 30 juin 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 167 del 30 giugno 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 17

décembre 1996, l'OAI a refusé un reclassement professionnel, considérant que les frais du perfectionnement visé par l'assuré étaient engendrés par la situation économique actuelle (uniquement). C. Dans sa deuxième demande de prestations AI du 19 août 2005, l'assuré a invoqué les atteintes de hernie discale, de problèmes lombaires et de compression de vertèbres. Il a été allégué que ses douleurs prédominaient en position assise, qu'il était incapable de tenir, et qu'il devait régulièrement changer de position ainsi qu'aller se coucher. Par décision du 18 février 2008, l'OAI a rejeté cette demande, considérant que le salaire réalisable dans une activité adaptée (par exemple d'ouvrier dans la production industrielle légère), soit une activité permettant une alternance des positions, sans être à genoux ni travaux sur sol irrégulier, en pente ou en hauteur, et avec une limitation du port de charges, lui procurerait un revenu supérieur à celui perçu jusqu'alors, de sorte qu'il ne subissait pas de perte de gain. Le Tribunal cantonal a, le 14 avril 2011 (arrêt TC FR 605 2008 138), rejeté le recours du 18 mars 2008 contre la décision précitée. La Cour, appréciant notamment la situation médicale jusqu'à cette dernière, a retenu que courant 2002, l'assuré s'était plaint d'une exacerbation de ses lombalgies avec sciatalgies gauches épisodiques, et que dès le 7 janvier 2003, des incapacités de travail successives d'au moins 50 % lui avaient été médicalement attestées. Le 23 mars 2004, il avait subi une décompression récessale bilatérale microchirurgicale avec mise en place d'une stabilisation inter-épineuse de type implant rachidien Wallis (ci-après: Wallis), au niveau L4-L5. Depuis cette date et jusqu'au 18 février 2008, son état de santé somatique était stationnaire et justifiait de retenir une capacité de travail à plein temps tant dans son activité de graphiste que dans toute autre activité adaptée. Le revenu sans invalidité à prendre en compte était celui prévu dans le contrat collectif de travail pour l'industrie graphique; celui d'invalidité correspondait au salaire de référence selon l'ESS pour des activités simples et répétitives (niveau 4) dans le secteur privé, toutes activités confondues; de leur comparaison, il n'en résultait aucune invalidité, l'intéressé étant à même de réaliser un revenu supérieur à celui retenu dans son activité de graphiste. L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 D. Des documents (médicaux) présentés par l'assuré dans le cadre de la procédure de recours précitée ont été considérés comme une nouvelle demande de prestations, du 14 janvier 2011. Par décision du 25 octobre 2011, l'OAI l'a rejetée, estimant que l'assuré disposait toujours d'une capacité de travail résiduelle totale dans une activité adaptée. Par décision du 19 mars 2012 (TC FR 605 2011 375), le recours du 23 novembre 2011 contre cette décision a été rayé du rôle ensuite de son retrait. E. Le 18

décembre 2018, l'assuré a déposé une demande de moyen auxiliaire aux fins que l'OAI prenne en charge le bureau "assis-debout" qu'il avait acquis en 2015. Il indiquait souffrir d'une atteinte au dos, une discopathie, qui avait entraîné au fil du temps des douleurs chroniques, des insomnies depuis un ou deux ans, puis un état de dépression. Il expliquait être actif comme graphiste indépendant, à 50%, pour un revenu mensuel de CHF 3'000.-. Le 26 mars 2019, l'OAI lui a communiqué prendre en charge le coût d'une expertise ergonomique et de l'adaptation du poste de travail. Le 17 juin 2019, il a constaté que le maintien au poste de travail dans le cadre de l'intervention précoce s'était terminé avec succès et annoncé que le coût du bureau susmentionné était remboursé à l'assuré. F. Le 30 avril 2019, l'assuré a demandé à nouveau des prestations AI (octroi de mesures professionnelles ou d'une rente AI). Il indiquait connaître une incapacité de travail de 50% (au moins) depuis le 7 janvier 2003. Au titre de l'atteinte à la santé, il mentionnait une discopathie, puis, progressivement, des douleurs chroniques, de l'insomnie et une dépression. Le 28 mai 2020, l'OAI a annoncé projeter le rejet de cette demande, ce à quoi a objecté l'assuré le 4 septembre 2020. Le 18 février 2021, après instruction supplémentaire, dont une expertise orthopédique, l'Office a rendu un nouveau projet, rejetant toujours la demande. L'assuré a déposé ses nouvelles objections le 19 mars 2021. Par décision du 6 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI. Il a considéré que l'activité habituelle de graphiste restait exigible. Il y avait donc lieu de se baser, pour le revenu sans invalidité, sur celui retenu dans la décision du 18 février 2008 et de l'indexer. L'assuré pouvait toujours exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, restées identiques. Il ne présentait dès lors aucune perte de gain, et son degré d'invalidité était nul. Ses objections ne changeaient rien à cela. Même en prenant en compte le taux de capacité de travail de 60% mentionné dans l'expertise susmentionnée, le degré d'invalidité ne s'élèverait qu'à 4.90% et serait insuffisant pour l'octroi de prestations. G. Contre cette décision, l'assuré recourt auprès du Tribunal cantonal, le 5 octobre 2021. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement, à celui d'un quart de rente, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour tout complément d'instruction utile et nouvelle décision. Selon lui, son revenu de valide à prendre en considération est celui d'un spécialiste en publicité et communication, développement professionnel auquel il serait parvenu sans atteinte à la santé; il s'élève à CHF 80'727.-. Au demeurant, si c'est bien le revenu d'indépendant pris en compte par l'OAI qui devait être retenu, il conviendrait alors de le doubler, soit CHF 102'000.-, puisque dès 2004, sa capacité de travail était limitée à 50% par son état de santé. Moyenne des deux chiffres précités, le revenu s'établit donc à CHF 90'000.-. En outre, le revenu d'invalidé retenu pertinent par l'Office, qu'il accepte, doit être réduit d'un abattement statistique de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 10%. Au terme de ses calculs, il parvient, respectivement, à un degré d'invalidité de 51% ou 46%, avec un droit à la rente correspondant. Le recourant verse l'avance de frais requise de CHF 800.- dans le délai. Dans ses observations du 21 décembre 2021, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à la motivation de celle-ci et au dossier. Le 21 mars 2022, le recourant dépose spontanément une écriture à laquelle est jointe notamment un certificat de sa psychiatre traitante, du 22 février 2022. Ces pièces sont transmises pour information à l'OAI le lendemain. Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré

directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées; 144 V 210 consid. 4.3.1). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée. 2.2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 2.3. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 2.4. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond 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). 2.5. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de

l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. 2.6. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cette disposition est applicable par analogie lorsque, comme en l'espèce, un droit aux prestations avait été antérieurement nié et que l'OAI est entré en matière sur une nouvelle demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 2.7. 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 3. En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'AI, singulièrement sur la question de savoir si sa capacité de travail et de gain a connu une évolution défavorable justifiant désormais l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Il s'agit dès lors de comparer la situation au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit, et en particulier à la rente, avec celle au moment de la décision querellée.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 3.1. Ainsi que rappelé ci-dessus (cf. let. C et D), l'état de santé déterminant, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail et les revenus à prendre en compte pour le calcul du degré d'invalidité, ce jusqu'à la décision de l'OAI du 18 février 2008, ont été appréciés et déterminés par la Cour dans son arrêt de 2011, non contesté par l'assuré (cf. dos. OAI 532). Au vu des pièces (médicales) déposées par le recourant, l'OAI a examiné (matériellement) la situation postérieure à sa décision précitée comme nouvelle demande de prestations, du 14 janvier 2011. Le 25 octobre 2011 (dos. OAI 554), il l'a rejetée, considérant notamment qu'une aggravation de l'état de santé ne pouvait être retenue, que celui-ci s'était au demeurant amélioré depuis l'ablation du Wallis du 30 septembre 2009, et qu'il permettait toujours l'exercice à plein temps d'une activité adaptée mettant l'assuré à même de réaliser un revenu suffisamment important pour exclure le droit à une rente. Cette décision est également entrée en force. Il convient à présent de déterminer s'il a été établi, au degré de la haute vraisemblance, qu'une péjoration notable, significative de l'invalidité de l'assuré est intervenue depuis la dernière décision du 25 octobre 2011. 3.2. Dans sa nouvelle demande du 1er mai 2019 (cf. dos. OAI 650 et 662), l'assuré sollicite l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente AI. Il explique à cet égard souffrir, depuis 2003, d'une discopathie, puis, progressivement, de douleurs chroniques ayant augmenté les dernières années, ainsi que d'une insomnie et d'une dépression. L'atteinte à sa sphère psychique constitue un élément nouveau s'étant joint à la dégradation de sa santé. Il estime que sa maladie trouve probablement son origine dans un tassement de vertèbres lors d'un accident de voiture subi à l'âge de 26 ans. Faute de couverture APG, il n'a plus demandé de certificat médicaux après 2006, mais se réfère au taux d'incapacité de 50% dans une activité appropriée retenu cette année-là par son neurochirurgien traitant, le Dr B._____. Du dossier ressortent notamment les éléments suivants: 3.2.1. Revoyant son patient après plusieurs années, le Dr B._____ atteste, le 23 janvier 2019, du besoin de celui-ci d'une table électrique pour raisons neurochirurgicales afin de pouvoir changer régulièrement de position assis-debout pendant son travail (cf. dos. OAI 614; ég. rapports

des 5 mars, 24 juin, 16 juillet, et 17 septembre 2019, dos. OAI 727 s., 736 et 739). Pour la Cour, le praticien considère manifestement ainsi qu'objectivement, une telle alternance de positions est possible, que le patient peut travailler par périodes assis. Selon le médecin, il souffre toujours de lombalgies basses mécaniques; même l'ablation du Wallis en 2009, qui irritait ses épineuses, n'a que très partiellement amélioré la question de ses douleurs chroniques; il n'a de ce fait jamais été parfaitement bien et n'a pu reprendre une activité complète, ne dépassant pas le taux 50%. En outre, il se plaint d'une dégradation de la situation douloureuse les derniers temps, qui semble devenir plus invalidante. Cela étant, le praticien relève que l'IRM de 2019 est parfaitement superposable à celle de 2015: il y a toujours une suspicion de discopathies dégénératives douloureuses, en lien avec des douleurs lombaires chroniques, mais pas de hernie discale, pas d'apparition d'arthrose, et surtout pas de réaction inflammatoire des plateaux vertébraux. Le Dr C._____, spécialiste rhumatologue, qui a vu l'assuré à sa demande le 23 octobre 2019, ne retient aucune composante rhumatologique aux troubles rachidiens, aux lombalgies chroniques dont se plaint l'assuré (cf. dos. OAI 789). En outre, le Dr B._____, neurochirurgien, écarte la proposition du neurochirurgien Dr D._____, d'une opération de stabilisation dynamique L3-L5 pour le trouble douloureux lombaire en relation avec les discopathies (disque légèrement bombé) avec présumée microinstabilité que ce dernier retient, avec une capacité de travail de 50% (cf. rapports du 20 juin, 31 octobre et 3 septembre 2019, dos. OAI

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 724, 726, 745 et 764); il demande (uniquement) au Dr E._____, spécialiste en antalgie, traitant l'assuré depuis le 26 août 2019, l'évaluation de l'indication de la pose d'un neurostimulateur. Ce dernier médecin émet aussi le diagnostic de lombalgies réfractaires, estime que le patient, qui se plaint d'une aggravation de celles-ci ces derniers mois nécessitant une escalade médicamenteuse ne peut augmenter son taux d'activité allégué d'environ 40%, et que la médication indispensable au contrôle des douleurs cause du tort à la créativité; il propose une adaptation du traitement médicamenteux, et notamment une infiltration au niveau lombaire (cf. rapport du 31 octobre 2019, dos. OAI 749). La Dre F._____, anesthésiste, qui suit l'intéressé depuis 2008, lui délivrant ordonnances médicamenteuses et infiltrations, explique, le 29 novembre 2012, que les douleurs chroniques rebelles nécessitent un traitement antalgique puissant et le recours à des infiltrations répétées; et, le 12 août 2019 (dos. OAI 709), qu'il présente un Failed back syndrome depuis 2004, avec lombalgies chroniques sur discopathies L3-L4 et L4-L5 et exacerbation sciatalgies; aucune amélioration n'est intervenue, et, depuis 2004 toujours, sa capacité de travail est de 50%; il présente en outre un ralentissement psychique lié au syndrome douloureux, à la baisse de rendement professionnel entraînant insécurité, insomnies, fatigue, ... Enfin, à l'occasion d'une adaptation du poste de travail (cf. rapport d'expertise ergonomique du

E. 21

mars 2019, dos. OAI 627 et 684), l'usage d'un siège assis-debout en sus d'une table du même type a été recommandé. A l'occasion d'un (unique) essai en magasin, l'assuré, qui n'avait jamais envisagé y recourir, y renonce, expliquant ne supporter aucune position assise, même haute. A ce stade, la Cour souligne qu'aucun élément (médical, objectif, ...) n'a ainsi été amené quant à une péjoration (significative) de l'état de santé ou de ses conséquences sur la capacité de gain. De fait, aucun élément (véritablement) nouveau et déterminant n'est allégué; la situation décrite demeure notamment largement influencée par l'état, le fond douloureux chronique ("réfractaire") qu'indique toujours ressentir l'assuré et

les limitations qu'il engendre selon lui (temps de travail, position, médicaments à prendre, fatigue, ...). L'aggravation de la situation de santé que l'assuré allègue avoir connue - sans grande précision quant à sa temporalité - n'est pas établie au degré requis. La seule intensification de la prescription médicamenteuse pour répondre aux plaintes augmentées du patient n'est clairement pas suffisante à cet égard (cf. rapport Dre F. _____, du 12 août 2019, dos. OAI 709; ég. expertise, dos. OAI 791).

3.2.2. Dans son rapport d'expertise du 2 mars 2020 (dos. OAI 781), le Dr G. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient les diagnostics de status après stabilisation inter-épineuse de type Wallis L4-L5 le 23 mars 2004, de status après ablation du processus inter-épineux susmentionné le 30 septembre 2009, et de lombalgies réfractaires (Failed back syndrom) sur discopathies L3-L4 et L4-L5. Dans le cadre de ses lombalgies chroniques, l'expertisé présente des limitations fonctionnelles pour le port de charges supérieures à 10 kg, les travaux en porte-à-faux, les travaux accroupis ou à genoux ainsi que les activités nécessitant des déplacements importants. Tant dans l'activité habituelle que dans une autre adaptée (aussi) aux limitations précitées, sa capacité de travail est de 60%, ce du fait aussi de ses douleurs chroniques, de son sommeil perturbé et de son traitement morphinique, ainsi que des pauses régulières observées. La situation médicale est stabilisée un an après l'ablation du Wallis, soit depuis le 1er octobre 2010, date du début de cette exigibilité de l'exercice d'une activité au taux précité. L'éventuelle pose d'un stimulateur neuro-médullaire ne devrait pas améliorer significativement cette capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Objectivement, l'examen clinique ne montre pas de limitation significative du rachis dorso-lombaire. En outre, cet examen n'a mis en exergue qu'un test de Trendelenburg positif à gauche, ainsi que, du même côté, une amyotrophie prononcée de la musculature fessière et des muscles musculaires de la cuisse, avec une circonférence de cette dernière de plus de 3 cm inférieure à celle de droite (mais à l'inverse, un tour de mollet plus large à gauche), éléments témoignant d'une insuffisance du moyen fessier, de la chronicité de la pathologie. La quasi-normalité de l'IRM lombaire du 6 février 2019 frappe: les espaces intervertébraux sont préservés, la lordose lombaire est harmonieuse, il n'y a pas d'arthrose, et seule est observée une minime protrusion postérieure L4-L5, sans conflit disco- radiculaire; les niveaux L3-L4 et L4-L5 sont le siège de légères discopathies. Les plaintes douloureuses rachidiennes ne sont donc par corrélées par une imagerie préoccupante, pas plus qu'elles ne se traduisent par un déficit neurologique, hormis l'amyotrophie précitée.

3.2.3. Pour la Cour, l'expertise réalisée remplit les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. La tâche de l'expert consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Cela étant, il revenait à l'OAI, et au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assuré, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63). A cet égard, il est observé que l'expert ne mentionne aucune péjoration (objective) de l'état de santé et/ou de ses conséquences sur la capacité de travail, singulièrement pas de dégradation significative qui serait intervenue après la décision de l'OAI du 25 octobre 2011. Il n'énonce pas une aggravation de la situation lorsqu'il relate les différentes pièces médicales au dossier, rend compte des constatations de l'entier de son examen clinique, pose diagnostics et limitations fonctionnelles, ou répond aux questions de l'OAI. Il souligne au contraire une stabilisation de la situation médicale intervenue avec l'ablation du Wallis le 30 septembre 2009 et retient

qu'un an après celle-ci, le 1er octobre 2010, la capacité de travail qu'il arrête et l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles étaient déjà acquises; soit deux dates antérieures à la décision du 25 octobre 2011. Il fait état en sus d'une amélioration - ce qu'avait également retenu le SMR, Dre H. _____, médecine interne générale, le 2 mars 2011, en se référant à l'avis du Dr B. _____ (cf. dos. OAI 529) -, même si (très) partielle, subséquente à l'ablation précitée et aux infiltrations intervenues les dernières années. Et il y a la possibilité d'un (petit) mieux après une éventuelle implantation d'un médullaire. L'expert souligne en outre l'importance de l'aspect subjectif dans la permanence et l'intensité des plaintes douloureuses dans la mesure où celles-ci ne sont pas corrélées par des éléments objectifs. Il retient en effet des lombalgies réfractaires (Failed Back Syndrom), tenant ainsi compte de ce ressenti douloureux dont l'assuré continue de se plaindre, comme antérieurement à la décision du

E. 25

octobre 2011, malgré les différents traitements intervenus; mais il précise que les discopathies L3-L4 et L4-L5 qui en sont responsables selon l'ensemble des spécialistes consultés sont légères, que l'excroissance L4-L5 est minime, qu'il n'y a pas de conflit disco-radiculaire, etc. Il ne considère pas que le seul déficit observé, à la cuisse et au moyen fessier gauches, constitue une atteinte spécifique avec effet (déterminant) sur la capacité de travail, ni une limitation fonctionnelle propre: nulle limitation du périmètre de marche, nulle faiblesse des membres inférieurs, etc., ne sont constatées. La Cour note au surplus que des douleurs au haut de la cuisse et des sciatalgies

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 gauches avaient déjà été rapportées dans la procédure achevée par son arrêt du 14 avril 2011, qu'un éventuel déconditionnement physique n'apparaît pas relever de l'assurance-invalidité, et que, depuis plusieurs années, l'assuré ne suit plus de traitements conservateurs tels physiothérapie ou ostéopathie, malgré l'effet bénéfique relevé à tout le moins dans les premiers temps, alors même que rien ne permet d'admettre que des douleurs insupportables auraient justifié d'y mettre fin. L'expert relate les indications (durée de travail possible, aggravation de l'état douloureux, etc.) que l'assuré lui a données ainsi qu'à d'autres praticiens. Mais sans pour autant les confirmer, les étayer par des éléments objectifs, de façon suffisamment détaillée. A titre d'exemple, il n'exprime pas une impossibilité, justifiée en particulier par les discopathies, de travailler en adoptant de temps à autre une position assise, qui plus est au moyen d'un siège adapté assis-debout. Il ne soutient d'ailleurs pas que l'assuré ne le pourrait en faisant de temps à autre, comme durant l'expertise, quelques pas avant de se rasseoir ou de poursuivre son travail debout. A noter aussi que l'intéressé a rapporté être en mesure, régulièrement, de rouler une heure en voiture, de pratiquer du fitness, voire de la boxe, ainsi que de la moto, et qu'il ne fait plus de vélo d'appartement parce qu'il estime que cela ne lui a pas amené l'effet escompté - illustration à nouveau de l'importance, de la prédominance de l'aspect subjectif, puisqu'il n'invoque pas une impossibilité physique à le faire, ni d'ailleurs son ressenti douloureux. Force est dès lors, pour la Cour, se distancier de l'appréciation (matérielle) de l'expert, singulièrement quant à la capacité de travail, notamment parce qu'aucune péjoration déterminante n'a été mise en évidence et qu'elle apparaît essentiellement basée sur l'empêchement douloureux (qui serait augmenté encore) dont se plaint l'assuré. D'ailleurs, l'orthopédiste énonce même une relative amélioration en arrêtant cette capacité à 60% si l'on se rappelle que pour le Dr B. _____, environ un an après l'ablation du Wallis, elle était passée de 10% à 30-40%, et que l'assuré a indiqué dans sa demande qu'elle est de 50%,

voire moindre. Il y a donc au plus une nouvelle appréciation de l'expert d'une situation - et de ses effets - restée essentiellement la même, pas un motif de révision (cf. rapport du SMR, Dr I. _____, médecine interne générale, du 31 mars 2020, dos. OAI 808). La Cour ne reviendra pas sur le taux d'activité de 100% précédemment retenu et exigible dans une activité adaptée, taux que l'assuré est toujours en mesure d'assumer, la situation n'ayant pas évolué de manière à influencer cette capacité de travail entière du point de vue somatique.

3.2.4. Le recourant soutient qu'une atteinte psychique, du fait de traits de dépression, péjore nouvellement son état de santé, de façon déterminante, et contribue à sa dégradation depuis 2019. Il ne peut être suivi: des plaintes psychiques, y compris avec la question de l'effet du traitement morphinique, de la fatigue, de la situation économique difficile, du marché de l'emploi, etc. avaient été déjà faites. Dans son arrêt du 14 octobre 2011, le TC avait nié toute incidence à cet égard. De plus, une composante fibromyalgique/somatoforme n'a pas été retenue médicalement: indépendamment de l'aspect subjectif (très) important, les médecins traitants et l'expert ont fait état de lombalgies mécaniques et de discopathies (ainsi que du déficit neurologique à la cuisse), soit d'un cadre somatique. L'expert n'a en outre relevé qu'un seul signe de Waddell positif pour la lombalgie. Aucun psychiatre n'est intervenu jusqu'à la décision attaquée ici et dont la date marque en principe la fin de la période soumise à l'examen du Tribunal; la prescription d'un antidépresseur tricyclique (Seroten) a été faite par un médecin s'occupant du volet somatique et pour répondre aux plaintes douloureuses y relatives; il en va de même s'agissant de l'usage d'un somnifère (cf. dos. OAI 791 s.).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 Dans son courrier du 17 février 2017 (dos. OAI 918), la Dre J. _____, médecin interne générale traitante, rapporte les plaintes de fatigue et de réveil nocturne régulier, ainsi que l'augmentation du traitement pour les rachialgies existant depuis plusieurs années; le moral du patient n'est plus aussi bon qu'auparavant (thymie diminuée). Afin d'exclure une cause autre que somatique, le Dr K. _____, pneumologue, l'examine et diagnostique, le 17 mars 2017 (dos. OAI 919), une insomnie chronique d'endormissement et de maintien, probablement sur humeur dépressive, avec notamment une fatigue diurne, une ronchopathie occasionnelle, et une humeur triste (suite à divorce il y a 7 ans); comme diagnostic différentiel: un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil sur traitement morphinique important. La Cour relève en outre que le patient expliquait à ce médecin gérer lui-même cette prise médicamenteuse, selon ses douleurs, ne pas avoir vu d'amélioration (quant au sommeil) même avec diminution de la posologie, que son divorce avait été très difficile et qu'il n'en était pas encore remis, qu'il vivait mal sa solitude, avait un moral triste, qu'il était très heureux dans sa profession de graphiste indépendant, mais avait plus de difficulté à boucler les fins de mois car devant s'absenter plus souvent pour s'occuper de ses enfants en garde alternée; et que lorsqu'il avait des relations amoureuses, même de courte durée, sa symptomatologie s'améliorait. Un suivi psychique n'est pas intervenu après cette évaluation médicale. Enfin, s'agissant de la (courte) détermination de la Dre L. _____, médecin psychiatre, du 2 février 2022, produite en recours, ceci: elle y atteste d'un suivi uniquement depuis le 13 novembre 2021, soit postérieurement à la décision de l'OAI attaquée, du fait d'une "péjoration importante de l'état psychique en lien avec des comorbidités somatiques et des difficultés financières engendrées par cet état avec une répercussion non négligeable sur ses compétences cognitives, dont la mémoire, et la motivation"; dans ce cadre, la capacité d'entreprendre des démarches pour obtenir de nouveaux contrats et clients est touchée, ainsi que la productivité et l'habilité à gérer le stress. Pour la Cour, le seul contenu de ce certificat, la seule conjecture de la praticienne

selon laquelle, au vu de la sévérité du tableau et des transmissions de la Dre J. _____, ledit tableau persisterait depuis des mois, ne suffisent nullement pour revenir sur son appréciation, en particulier pas pour retenir ici qu'il a été établi au degré de la haute vraisemblable qu'une atteinte psychique déterminante existait, et ce avant déjà que n'ait été rendue la décision entreprise. A noter aussi que malgré les difficultés qu'il indique connaître, l'assuré a été en mesure d'obtenir une certification Google Aps en 2021. Cas échéant, il reviendra à l'assuré de faire valoir une telle atteinte dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations si elle devait affecter de manière durable sa capacité de travail. Sur ce plan, le recours doit également être rejeté. 3.2.5. Aucun élément ne péjorant l'état de santé et/ou ses effets sur la capacité de travail et donc de gain depuis qu'a été rendue la décision du 25 octobre 2011, il n'y a pas motif à réviser (matériellement) l'appréciation de l'OAI d'une absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée et d'une absence de degré d'invalidité. Il n'existe à cet égard pas de droit à des mesures professionnelles ni à une rente. Rien ne remet au demeurant en cause le principe des activités exigibles (de salarié) et les revenus du calcul du TC le 4 avril 2011. Ce qui est notamment toujours déterminant, c'est l'exercice exigible à plein temps et sans perte de rendement d'une activité salariée adaptée; pour cette raison aussi, les difficultés (créativité, productivité, concentration, pour obtenir de nouveaux contrats) que l'assuré assure connaître sont sans pertinence. L'assurance-invalidité ne saurait répondre de son choix de poursuivre depuis toutes ces années l'activité habituelle, comme indépendant, alors qu'il n'y a toujours pas d'incapacité de travail dans un éventail suffisamment large d'activités simples (répétitives) et légères, ne requérant aucune formation particulière, dont un

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 nombre suffisant est toujours compatible avec les limitations fonctionnelles décrites. Sans même examiner la durée probable de la vie professionnelle après la période de formation (cf. art. 8 al. 1bis 2ème ph. LAI; ATF 132 V 215 consid. 4.5.3 s.), la Cour observe encore que le recourant ne soutient pas la nécessité impérieuse de celle-ci ni ne la décrit. Aucun motif de révision n'existant, il n'y a pas lieu de revenir sur le refus d'un droit aux prestations auquel étaient parvenus le TC le 14 avril 2011 et l'OAI le 25 octobre de la même année. Sur ce plan, le recours doit être ainsi rejeté. Par surabondance, il est relevé que même en tenant compte, ce qu'il n'y avait pas lieu de faire, d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, du revenu de valide de quelque CHF 80'000.- invoqué par le recourant, et d'un abattement salarial de 10%, l'OAI serait toujours parvenu à la conclusion que le droit à la rente, en particulier, n'était pas ouvert. 4. Dans la mesure où le recourant, non représenté, invoquerait l'art. 53 LPGA, ceci encore: Il ne fait valoir aucun élément, aucun motif au sens requis qui rendrait manifestement, sans aucun doute raisonnable, erronée la décision de l'OAI du 2011 (ou même l'appréciation du Tribunal du 4 avril 2011). Dans le même ordre d'idées, rien ne justifie de remettre en cause les revenus de valide et d'invalides tels que fixés par l'OAI et confirmés par le Tribunal cantonal en 2011. On soulignera notamment que l'assuré avait déjà fait valoir, en 1995, qu'il avait suivi quelques heures de cours à Migros, qu'il était graphiste en publicité indépendant, et qu'il entendait suivre une formation en marketing (cf. par ex. dos. OAI 39 et 49). Et déjà dans la procédure achevée par l'arrêt TC du 4 avril 2011, il avait produit un certificat de notes du 7 mars 1997 délivré par un centre de formation de marketing pratique (cf. dos. OAI 397). Outre que ce certificat n'est pas, comme le mentionne expressément le centre, un brevet fédéral de technicien dans cette matière, force est de constater que l'assuré n'a jamais soutenu alors ni réalisé de fait entre 1997 et 2003, en particulier, le revenu sans invalidité auquel il prétend à présent du fait de cette formation (et de sa pratique professionnelle). 5.

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, seront mis à la charge du recourant, qui succombe, et compensés par son avance de frais du même montant. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par l'avance de frais du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. 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 30 juin 2022/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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