

FR_GERICHTE 608 2021 184 vom 4. Mai 2022

FR Kantonsgericht, 2022-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_184

FR: FR_GERICHTE 608 2021 184 du 4 mai 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 184 del 4 maggio 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Droit d'être entendu

E. 2.1

Dans un premier grief, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu dans le sens que, dans sa décision, l'OAI ne s'est pas prononcé sur les arguments développés dans ses objections du 8 mars 2021. Tribunal cantonal TC Page 5 de 22

E. 2.2

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Ce grief formel doit dès lors être examiné en premier lieu.

E. 2.3

Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. Il comprend, en particulier, le droit pour l'assuré de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives

pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Ces principes sont applicables mutatis mutandis à une autorité administrative. La jurisprudence a, en particulier, retenu que dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a).

E. 2.4

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Cela étant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1)

E. 2.5

En l'espèce, l'autorité intimée fonde sa décision essentiellement sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 7 octobre 2020. Bien que la motivation soit succincte, il en ressort clairement qu'elle a retenu une incapacité de travail totale dès le 1er juin 2018 en raison des troubles psychiques attestés à partir de ce mois dans ladite expertise. Il doit toutefois être admis avec le recourant que l'autorité intimée n'a donné aucune explication quant aux conséquences de Tribunal cantonal TC Page 6 de 22 l'incapacité de travail entière dans l'ancienne activité de monteur en ascenseurs, attestée par l'expertise depuis 2009 sur le plan rhumatologique. Or, cette incapacité de travail était à l'évidence susceptible d'avoir un effet sur la capacité de gain du recourant pour la période du 1er mai 2015 au 31 mai 2018 pour laquelle il faisait également valoir son droit à la rente. L'autorité intimée aurait ainsi dû motiver sous cet angle son refus de reconnaître le droit du recourant à une rente pour cette période. Cela est d'autant plus le cas que, dans ses objections du 8 mars 2021, le recourant avait déjà fait valoir qu'avant ce rapport, il n'existait aucun consensus quant à l'exigibilité d'un changement d'activité entre le 1er mai 2015 et le 1er juin 2018, de telle sorte qu'une telle exigibilité ne pouvait selon lui être retenue rétroactivement pour cette période. L'existence d'une violation du droit d'être entendu doit être reconnue dans cette mesure. Indépendamment de ce constat, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours, dans laquelle il réitère du reste les motifs développés notamment dans ses objections du 8 mars 2021. Dans ces conditions, la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir de cognition, la violation du droit d'être entendu doit être considérée comme guérie. Cela se justifie d'autant plus en l'espèce que, vu la position confirmée par l'OAI dans ses observations sur recours, un simple renvoi de la cause pour ce motif formel ne pourrait conduire qu'à un retard inutile, incompatible avec l'intérêt du justiciable à connaître son droit sur la demande qu'il a déposée il y a plus de

sept ans désormais. Il convient dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

E. 3

Règles générales relatives à l'invalidité et au droit à une rente

E. 3.1

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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 3.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la

réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). Il appartient au médecin de retenir - ou non - le diagnostic (de trouble somatoforme) en fonction de critères médicaux et non jurisprudentiels (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et la référence) et au juge d'en évaluer le caractère invalidant au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 in initio). En l'absence de diagnostic psychiatrique, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'arrêt cité n'a pas à être effectuée (arrêt TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt TF 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt TAF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt TF 8C_10/2015 du 5 septembre 2015

consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt TF 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

E. 3.3

D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assurée (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2). L'art. 29 al. 3 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 3.4

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 et les références citées). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé, la diminution de la capacité de gain se détermine en comparant le revenu qu'ils auraient pu obtenir s'ils n'étaient pas invalides avec celui qu'ils pourraient obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'eux après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310, consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4). Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222; 128 V 174 et les références citées). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, 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.

E. 4

Règles applicables en cas de nouvelle demande et de révision L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art. 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 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. 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 (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4; TC FR 605 2020 22 du 9 août 2021 consid. 5.2).

E. 5

Règles relatives à la preuve des faits allégués

E. 5.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge 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. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une

vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 5.2

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 ; TC FR 608 2021 44 et 46 du 23 août 2021 consid. 2.2..

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 (ATF 125 V 351). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 ;TC FR 608 2019 56 du 12 août 2020 consid. 2.4). 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).

E. 5.3

Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de

valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 6

Question litigieuse Suite à la décision d'octroi de rente du 7 octobre 2021, il est désormais incontesté que l'état de santé du recourant s'est aggravé à tout le moins à compter de juin 2018, mois à partir duquel l'OAI admet une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2018. Ainsi, l'existence d'un motif de révision justifiant désormais l'octroi d'une rente est admise sur le principe. Seul le début du droit à la rente est contesté. La question litigieuse porte en conséquence uniquement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est en réalité aggravé avant le mois de juin 2018, avec pour conséquence un taux d'invalidité ouvrant le droit à une rente d'invalidité déjà avant cette date, au plus tôt à partir du 1er mai 2015, soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande de rente en octobre 2014 Il s'agit dès lors de comparer les faits qui prévalaient durant la période précédant le 1er juin 2018 (consid. 9) avec ceux existant lors de la dernière décision de refus de rente du 19 juin 2012 (consid. 8). Il n'est ainsi pas nécessaire de réévaluer complètement la situation du recourant, comme on le ferait dans une demande initiale, mais bien d'examiner l'évolution de son taux d'invalidité, singulièrement l'évolution de sa capacité de travail, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. A cet égard, il peut déjà être relevé à ce stade qu'une aggravation des douleurs a été mise en évidence depuis début mars 2013, qu'une nouvelle demande a été déposée sur cette base et que la question de l'influence concrète de ces symptômes somatiques sur la capacité de travail du recourant, non clarifiée dans une première décision de refus de rente du 5 octobre 2016, a déjà Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 justifié un précédent renvoi de la cause à l'administration par la Cour de céans (voir partie en fait, let. C).

E. 7

Situation au moment de la décision de refus de rente du 19 juin 2012 S'agissant d'abord de la situation au moment de la décision du 19 juin 2012, celle-ci fait ressortir que le recourant était alors capable d'effectuer une activité adaptée à plein temps et sans diminution de rendement. Par ailleurs, statuant sur recours en s'appuyant notamment sur des rapports d'expertise, la Cour des assurances sociales a relevé dans son arrêt 605 2012 293 du 28 avril 2014 que le recourant présentait certes des douleurs multiples et diffuses, mais que celles-ci ne trouvaient pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance des plaintes décrites et de l'incapacité de travail alléguée. Plus précisément, la Cour a retenu que l'on se trouvait alors, concernant le volet rhumatologique, face à une symptomatologie qui pouvait être qualifiée de mixte, à savoir un syndrome algique rachidien cristallisé consécutif des séquelles et autres complications d'une ancienne maladie de Scheuermann d'une part et un syndrome fibromyalgique d'autre part. L'expression d'un syndrome fibromyalgique était prépondérante. Sur le vu de cette symptomatologie, il a été retenu que l'ancienne activité de monteur en ascenseurs n'était plus exigible en raison des positions et des mouvements contraignants pour le rachis, ainsi que du port de charges lourdes que cette activité suppose. Toutefois une réinsertion professionnelle, sur le plan rhumatologique, était possible depuis le mois de juin 2010. Toujours au moment déterminant de la décision du 19 juin 2012, dans une activité adaptée

(limitation de charges à 10 kilos avec possibilité d'alterner les positions si pas de longues positions), la capacité de travail était complète (100%) depuis juin 2010, sans perte de rendement (consid. 4 b)bb). Elle a nié en outre l'existence de troubles psychiques ayant une influence sur la capacité de travail et elle a précisé qu'eu égard à son état de santé psychique, le recourant était en mesure de surmonter les conséquences d'une fibromyalgie (respectivement d'un trouble somatoforme).

E. 8

Rapport médicaux relatifs à l'évolution de la situation jusqu'au 1er juin 2018

E. 8.1

Sur le plan physique

E. 8.1.1

Dans son attestation médicale du 18 juillet 2012, le psychiatre traitant, Dr D. _____ spécialiste FMH en psychiatrie, retient que les douleurs sont trop envahissantes pour pouvoir envisager une quelconque réinsertion professionnelle (Dossier AI, p. 397).

E. 8.1.2

Le recourant produit ensuite des certificats médicaux des 13 mai et 30 septembre 2013 du Prof. Dr E. _____, F. _____ auprès de G. _____, à H. _____ (Dossier AI, p. 381 et p. 388). Ce médecin y relève avoir été en mesure de diagnostiquer chez le recourant une spondylarthrite ankylosante avec une atteinte radiologique sacro-iliaque bilatérale. D'un point de vue biologique, il estime qu'elle présente un syndrome inflammatoire important. Compte tenu de l'importance de l'atteinte et du déconditionnement, il considère que son patient nécessite une période de rééducation et de réadaptation avant de reprendre une quelconque activité Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 professionnelle. Il affirme qu'il est en outre irréfutable et certain que les plaintes présentées dès 2009 sont directement liées au diagnostic finalement posé cette année-là. Dans son arrêt précité du 28 avril 2014, la Ie Cour des assurances sociales relève par ailleurs que les rapports du Prof. Dr E. _____ ne permettaient pas de démontrer des défauts objectifs dans les expertises établies jusque-là mais qu'ils doivent être analysés dans le cadre d'une nouvelle procédure, dans la mesure où ils reposent très vraisemblablement sur un changement de situation. Sous l'angle psychiatrique, la Cour retient qu'une reprise du travail à 100 % pouvait être exigée de l'assuré malgré l'existence d'atteintes à la santé psychique (consid. 4 c). Dans sa deuxième demande de rente AI, déposée le 31 octobre 2014, le recourant se réfère sur le plan somatique à la spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en 2013 par le Prof. Dr E. _____, ainsi qu'à des crises d'épilepsie récidivantes, et à une ostéoporose fracturaire. A l'appui de sa demande, il remet un nouveau certificat médical du médecin précité, établi le 26 juin 2014, faisant ressortir ce qui suit (Dossier AI p. 407): « Je peux attester que [le recourant] souffre d'une spondylarthrite ankylosante classique répondant aux critères de New York, maladie active et invalidante comme le démontrent les scores fonctionnels [...] avec un examen clinique qui démontre des enthésopathies majeures de tout le squelette axial et périphérique, ainsi que des arthrites périphériques touchant les coudes, les poignets, les MCPs [articulations métacarpophalangiennes] et les épaules, ainsi que finalement une ankylose définitive chez un patient avec une distance mur- occiput augmentée, une ampliatio thoracique et des inclinaisons latérales diminuées. Cette maladie est résistante aux divers traitements de fond conventionnels et aux anti-TNF α [traitements immunomodulateurs]. Comme problèmes supplémentaires, [le recourant] souffre d'une

épilepsie récidivante avec des crises tonico-cloniques récidivantes mal contrôlées et d'une ostéoporose fracturaire multifactorielle. Il présente également des troubles anxieux-dépressifs majeurs. L'ensemble de ces affections s'associe négativement et péjore encore la probabilité de récupérer à long terme une quelconque capacité professionnelle, mais depuis que je le connais, c'est-à-dire mars 2013, je peux déjà attester d'une incapacité de travail complète dans l'ancienne activité de monteur en ascenseur et dans une quelconque activité adaptée en raison des seules restrictions multiples secondaires à la spondylarthrite ankylosante active non contrôlée et résistante aux différents traitements et l'ostéoporose fracturaire avec une atteinte squelette axial et des atteintes périphériques touchant aussi bien les membres supérieurs et inférieurs. Dans ces conditions, je ne peux que soutenir [le recourant] dans sa demande de rente complète, les possibilités de réadaptation étant inexistantes. ». Par avis du 3 février 2015, Dr I._____, spécialiste FMH en médecine générale auprès de SMR, a indiqué que le recourant avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de rente AI du 19 juin 2012 (Dossier AI, p. 428). Le 8 juin 2015, il complète son rapport en se référant notamment au certificat médical du Prof. Dr E._____, attestant de l'incapacité complète depuis le 5 mars 2013 dans toute activité professionnelle, avec les nouveaux diagnostics suivants : spondylarthrite ankylosante, épilepsie tonico-clonique récidivante, mal contrôlée, ostéoporose fracturaire (Dossier AI, p. 487).

E. 8.1.3

Une expertise bidisciplinaire a ensuite été réalisée en novembre 2015. Dre J._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, a dans un premier temps conclu, en consensus avec l'expert psychiatre, Dr K._____, à l'existence d'une incapacité de travail depuis mars 2013 en raison de causes physiques, non justifiée par des raisons psychiques ou mentales. Elle a alors retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 et celui de cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, ayant tous deux une incidence sur la capacité de travail. Elle a précisé que ces atteintes à la santé prenaient la forme d'une impotence fonctionnelle (Dossier AI, p. 583 ss). Toutefois, après examen d'images vidéo résultant d'un mandat de surveillance confié à un détective privé, elle a modifié par courrier du 31 mai 2016 les conclusions qui ressortaient de son premier rapport. Elle a dès lors retenu que le recourant avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans contrainte sur le rachis dorso-lombaire ou sur les articulations périphériques, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la fatigabilité et des arthralgies pouvant accompagner une affection inflammatoire chronique. Discutant cette expertise dans son arrêt précité du 21 décembre 2017 (cause 608 2016 247), la IIe Cour des assurances sociales a notamment constaté que l'experte, tout en relevant l'attitude peu collaborante et démonstrative du recourant, avait pour l'essentiel fait siens les constats du rhumatologue traitant, en rappelant notamment que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique avait été établi sur la base de l'anamnèse (fortes douleurs rachidiennes, raideur matinale, arthralgies sans arthrite), de la clinique (enthésopathies, arthrites périphériques touchant les coudes, les poignets, les épaules et les métacarpo-phalangiennes des mains des deux côtés), d'un syndrome inflammatoire biologique et surtout d'atteinte des sacro-iliaques des deux côtés et de lésions inflammatoires aux niveaux dorsal et lombaire. Sur cette base, la Cour a jugé que le revirement de l'experte quant à ses conclusions sur la capacité de travail, sur la seule base d'images vidéo, était problématique. Elle a en conséquence retenu que l'expertise en

question manquait de clarté dans l'appréciation de la situation médicale, s'agissant en particulier des limitations concrètes liées aux diagnostics posés, et qu'elle ne remplissait en conséquence pas les critères posés par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il n'y a dès lors plus lieu de s'y référer.

E. 8.1.4

Après le renvoi de la cause à l'OAI à la fin 2017 pour instruction complémentaire, Prof. Dr E._____ confirme pour l'essentiel son appréciation médicale dans son rapport du 24 mai 2019. Il précise comme suit ses diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : spondylarthropathie axiale réfractaire avec atteinte axiale, atteinte périphérique et atteinte enthésitique, ostéoporose densitométrique et fracturaire, crise d'épilepsie tonico-clonique récidivante réfractaire et troubles anxio-dépressifs et syndrome chronique. Il confirme également son avis selon lequel le patient n'est pas en mesure de se réadapter dans une autre activité et ne dispose plus de capacité de travail (Dossier AI, p. 928 s.).

E. 8.1.5

L'OAI a ensuite mis en place une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique, confiée aux médecins de L._____, à M._____. Le volet en rhumatologie a été établi le 8 septembre 2020 par Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, le volet neurologique le 10 septembre 2020 par Dr O._____, spécialiste en neurologie, et le volet psychiatrique le 9 septembre 2020 par Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Un rapport global a été finalement établi le 7 octobre 2020 par les trois médecins mentionnés ainsi que par le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans le volet rhumatologique, Dr N._____ revient sur les différents diagnostics posés dans le passé. Il conteste vigoureusement le diagnostic de spondylo-arthrite axiale retenu notamment par le rhumatologue traitant, en raison de « l'absence de signes cliniques d'ankylose ou d'atteinte inflammatoire articulaire ou des en thèses, ou des atteintes habituellement en lien avec cette Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 pathologie (pas d'uvéite, de psoriasis ni de maladie inflammatoire intestinale) chez un assuré HLA- BZ7 négatif avec des IRM ne démontrant pas clairement de signe inflammatoire et ne répondant pas aux critères en vigueur ASAS. » Il ajoute que l'absence de réponse aux thérapies ciblées est d'ailleurs un argument supplémentaire contre une telle hypothèse" (Dossier AI, p. 1096). L'expert constate « plutôt une entité douloureuse mal définie avec des plaintes et allégations de handicap détachées de la réalité clinique. » (Dossier AI, p. 1096). Il en déduit que « c'est la raison pour laquelle les rhumatologues impliqués dans l'évaluation de ce cas ont utilisé les termes de fibromyalgie, polyinsertionnisme, à savoir une sémantique qui recouvre un état douloureux diffus sans explication médicale (Dossier AI, p. 1096). Au surplus, il retient que le recourant présente "des troubles de la statique rachidienne essentiellement une hypercyphose dorsale, favorisée par une ostéodystrophie de croissance dans un premier temps, des discopathies étagées ensuite, et enfin des tassements vertébraux de D5 et D6 [...]. De façon accessoire, on peut relever les troubles statiques des pieds avec un tarse bossu secondaire à un pied creux" (Dossier AI, p. 1096). En résumé, l'expert qualifie ce cas de « paradigmatique de certaines dérives médicales, à l'opposé du courant smarter medicine, comprenant un raisonnement médical fallacieux qui consiste, sur la base de fausses prémisses, à retenir un diagnostic sujet à caution puis à lui subordonner tout symptôme pour renforcer l'hypothèse de départ, en faisant fi de la réalité clinique et 2) une fuite en avant thérapeutique, sans remise en question, comme si des traitements lourds et chers cautionnaient ce diagnostic et ajoutaient

à sa gravité puisqu'ils sont inefficaces. » Finalement, sans remettre en question le consensus établi de longue date selon lequel le recourant ne peut plus travailler dans une activité contraignante pour son rachis, il relève que l'atteinte à la santé est restée relativement modeste en ce qui concerne l'appareil locomoteur. Ainsi, même s'il ne se prononce pas expressément sur cette question dans le volet spécifique à la rhumatologie, il en ressort déjà clairement que les atteintes purement physiques du recourant ne s'opposent pas en elles-mêmes à l'exercice d'une activité adaptée (Dossier AI, p. 1111). Cela est encore confirmé dans l'évaluation consensuelle où les experts retiennent uniquement que, « au plan ostéoarticulaire, le retentissement des troubles statiques entraîne une incapacité totale dans son ancienne activité de monteur en ascenseurs qui est admise dès l'année 2009, comme déjà attestée par les examens rhumatologiques précédents », sans évoquer une éventuelle incapacité de travail dans une activité adaptée aux atteintes somatiques identifiées dans le volet rhumatologique de l'expertise. Dans le volet neurologique, Dr O._____ retient que de ce point de vue, le diagnostic qu'il retient, à savoir une épilepsie avec crises convulsives tonico-cloniques généralisées d'étiologie indéterminée, entraîne une contre-indication pour le travail en hauteur (échafaudages, échelles, ...), la conduite de véhicules et d'engins ainsi que l'utilisation d'outils potentiellement dangereux. En dehors de ces restrictions, il n'y a pas de limitation des capacités fonctionnelles ou de limitation de rendement (Dossier AI p. 1122).

E. 8.2

Sur le plan psychique

E. 8.2.1

Du 23 octobre 2012 au 14 novembre 2012, le recourant est hospitalisé auprès de R._____, à S._____. Un bref rapport médical établi le 29 octobre 2012 fait état d'une dégradation de son état de santé (Dossier AI, p. 362). Selon la lettre de sortie établie par le même établissement, le recourant a une nouvelle fois été hospitalisé du 22 septembre 2014 au 20 octobre 2014. Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 Lors de l'entretien d'expertise du 25 janvier 2016 avec Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il a toutefois fait état de séjours de deux à trois mois, à des dates partiellement décalées (deux à trois mois en 2011, puis de décembre à janvier 2015; Dossier AI p. 556).

E. 8.2.2

Dans sa deuxième demande de rente AI du 31 octobre 2014, le recourant mentionne des troubles anxieux dépressifs sévères, en indiquant être suivi par Dr D._____, psychiatre.

E. 8.2.3

Dans son expertise du 24 février 2016, Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, conclut à l'absence de limitation de la capacité de travail sous l'angle psychique. A titre de diagnostic, il retient une dysthymie persistante depuis 2009, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis 2010, une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile depuis l'âge de jeune adulte, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples. Il ajoute sur ce dernier point que le recourant est actuellement abstinent (Dossier AI, p. 564). Dans sa lettre du 16 septembre 2016 au défenseur de l'assuré, le médecin traitant, Dr D._____, conteste l'expertise établie par Dr K._____. Il revient sur plusieurs diagnostics établis par ce dernier et fait valoir des incohérences dans

l'expertise. Il est d'avis que les hospitalisations successives, notamment celle de décembre 2014, même si les symptômes lors de celle-ci ne dépassaient pas un degré moyen, justifient de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en lieu et place de celui de dysthymie. Il critique en particulier le diagnostic retenu de majoration de symptômes. Il est d'avis que l'on doit bien plus admettre le caractère pathologique des symptômes physiques de son patient (Dossier AI, p. 705 ss). Dans son rapport du 23 septembre 2016, Dr T. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès de SMR, établit un résumé de la situation. Il relève que les conclusions de l'expertise sont concordantes avec celles des deux expertises psychiatriques antérieures. Il est par ailleurs d'avis que le rapport du psychiatre traitant, basé essentiellement sur des arguments tirés de la biographie du recourant, ne contient pas d'éléments de nature à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expert psychiatre (Dossier AI, p. 712 s.). Dans son rapport du 30 septembre 2016, Dr K. _____ prend position sur les critiques du psychiatre traitant. Il rejette le diagnostic proposé de trouble dépressif récurrent. De plus, il rappelle que le recourant montre régulièrement des incohérences avec des éléments objectivables de son anamnèse et des examens. Il relève encore que les observations effectuées lors des hospitalisations témoignent du caractère réactionnel des crises, entre autres dans le cadre d'une consommation excessive d'alcool induisant typiquement des symptômes dépressifs qui ne justifient pas de diagnostic autonome. L'expert en conclut que le psychiatre traitant n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation médicale (Dossier AI, p. 716 ss).

E. 8.2.4

Dans le volet psychiatrique du 9 septembre 2020 de l'expertise pluridisciplinaire effectuée suite au renvoi de la cause à l'OAI (cf. consid. 9.1.5), Dr P. _____ retient désormais les diagnostics suivants : trouble mixte de la personnalité, avec des caractéristiques anxieuses, émotionnellement labiles et histrioniques, état de stress post-traumatique (avec événements multiples), épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, syndrome douloureux somatoforme persistant et syndrome de dépendance aux opiacés, régime de substitution sous surveillance médicale, syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Il revient sur les appréciations médicales précédentes concernant plusieurs points : Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 - Il constate d'abord "que les experts précédents ne se sont pas (ou très peu) intéressés aux traumatismes subis par l'expertisé et à leurs répercussions psychiques" (Dossier AI, p. 1130). Il note comme fait traumatisant que l'assuré a vécu dans une famille dysfonctionnelle, caractérisée par des violences répétées, qu'il aurait vu son meilleur ami tué par balle et finalement qu'il aurait vécu un traumatisme de nature sexuelle. Comme critères pour retenir la pathologie post - traumatique, il cite les souvenirs, les pensées et les images récurrents, vécus comme intrusifs (Dossier AI, p. 1130 s.). - Il retient ensuite un trouble de la personnalité du fait que l'assuré a présenté des signes psychopathologiques précoces dès son enfance et que son état de santé sur le volet psychiatrique s'est détérioré au fil des années. Que le recourant soit désormais sous curatelle vient de plus corroborer ce point (Dossier AI, p. 1131 s.). - Il constate également que le dossier est conflictuel en ce qui concerne l'existence d'une dysthymie ou d'une symptomatologie dépressive grave. Il est d'avis qu'il y a lieu de reconnaître au moment de l'expertise une dépression grave pour les motifs suivants : "Dans les critères majeurs, on retrouve en plus de la tristesse constante une diminution de l'intérêt et du plaisir et la réduction de l'énergie, accompagnés de l'augmentation de la fatigabilité. Dans les critères mineurs, on relève au moins 5 critères supplémentaires, à savoir la diminution de la concentration et de l'attention (qui est à la fois exprimée et observée au status lors de certaines épreuves cognitives), dépressive plus grave

" (Dossier AI, p. 1133). - Il est enfin d'avis qu'il faut retenir une pathologie psychosomatique au sens strict, et non un comportement conscient de majoration (Dossier AI, p. 1133 s. et p.1087). Il motive sa position comme suit : "Le dossier est litigieux en ce qui concerne les plaintes douloureuses. Les précédents experts psychiatres ne sont pas tous concordants, vu que l'expertise U._____ et le Dr K._____ optent pour une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, alors que le Dr V._____ prend une autre piste, à savoir le syndrome douloureux somatoforme persistant, ce qui n'est pas superposable. [...] Le syndrome douloureux somatoforme persistant doit être privilégié par rapport à la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le point déterminant est la présence de conflits émotionnels et psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme étant à l'origine du déclenchement, de l'intensité, de l'aggravation et de la chronicité des plaintes douloureuses. Comme relevé plus haut, l'assuré manifeste depuis son jeune âge une lourde charge émotionnelle de nature traumatique. Elle est suffisante pour déboucher sur des mécanismes de somatisation [...]" (Dossier AI, p. 1133). Sur la base de ces éléments, Dr P._____ retient que le recourant est incapable de travailler au moment de l'expertise, soit en septembre 2020. Il est d'avis qu'il faut prendre en compte un épuisement progressif, de sorte qu'une incapacité de travail complète depuis le mois de juin 2018, qui correspond à une hospitalisation en milieu psychiatrique, doit être retenue. Il relève qu'il est difficile d'établir de façon rétroactive l'évolution de l'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques avant 2018, les évaluations préalables n'ayant pas cerné la psychopathologie qui est justement à l'origine de cette incapacité (Dossier AI, p. 1137). Se prononçant le 9 février 2021 sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire global du 7 octobre 2020, Dr T._____, médecin auprès de SMR, ne voit aucune objection à retenir une incapacité de travail totale depuis le 1er juin 2018 pour des raisons psychiatriques, telle que retenue dans l'expertise (Dossier AI, p. 1181). Tribunal cantonal TC Page 18 de 22

E. 8.2.5

En mars 2021, Le recourant a été à nouveau hospitalisé auprès de R._____ (Dossier AI, p. 1197).

E. 9

Discussion

E. 9.1

Sous l'angle somatique Le rapport global d'expertise pluridisciplinaire du 7 octobre 2020 fait ressortir que le recourant présente des troubles de la statique rachidienne, essentiellement une hypercyphose dorsale, favorisée par une ostéodystrophie de croissance dans un premier temps, des discopathies étagées ensuite, et enfin des tassements vertébraux de D5 et D6, ainsi que, de façon accessoire, des troubles statiques des pieds avec un tarse bossu secondaire à un pied creux. Ces atteintes à l'appareil locomoteur sont qualifiées de relativement modestes et ne s'opposent pas en elles-mêmes à l'exercice d'une activité adaptée. Le retentissement des troubles statiques entraîne toutefois une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de monteur en ascenseurs, admise dès 2009 et déjà attestée par les examens rhumatologiques précédents. A cet égard, rien n'indique que la situation aurait connu une évolution par rapport à la précédente décision de refus de rente du 19 juin 2012, dont il ressort déjà que les troubles ostéoarticulaires du recourant ne limitaient pas sa capacité d'effectuer une activité adaptée à plein temps et sans diminution de rendement. Il

en va de même du point de vue neurologique. L'épilepsie avec crises convulsives tonicocloniques généralisées d'étiologie indéterminée, entraîne certes une contre-indication pour le travail en hauteur (échafaudages, échelles, ...), la conduite de véhicules et d'engins ainsi que l'utilisation d'outils potentiellement dangereux, mais en dehors de ces restrictions, il n'y a pas de limitation des capacités fonctionnelles ou de limitation de rendement. Cela n'est du reste pas contesté.

E. 9.2

Sous l'angle psychique

E. 9.2.1

Dans son expertise du 9 septembre 2020, Dr P. _____ revoit les diagnostics établis notamment par les précédents experts et retient désormais les suivants : trouble mixte de la personnalité, avec des caractéristiques anxieuses, émotionnellement labiles et histrioniques, état de stress post-traumatique (avec événements multiples), épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, syndrome douloureux somatoforme persistant et syndrome de dépendance aux opiacés, régime de substitution sous surveillance médicale, syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Il est d'avis que l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique s'est détérioré au fil des années. Dans ce contexte évolutif, l'expert indique qu'il lui est difficile de trancher pour le passé entre l'existence d'une symptomatologie dépressive moyenne ou grave. Toutefois, prenant en compte la symptomatologie d'intensité sévère existant au moment de l'expertise, résultant d'un épuisement progressif du recourant, il est d'avis qu'une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques doit être admise dès le mois de juin 2018, moment correspondant à une hospitalisation en milieu psychiatrique, suivie d'un fort étayage en centre de jour et de la mise en place d'une mesure de curatelle. Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 A première vue, cette appréciation, fondée sur des éléments objectifs, peut paraître convaincante. Ce d'autant plus que, pour la période litigieuse de mai 2015 à mai 2018, le dossier ne fait pas ressortir d'hospitalisation pour des motifs psychiatriques, les derniers séjours en hôpital psychiatrique datant de 2014 (voir ci-dessus consid. 9.2.1). L'appréciation de l'expert précédent, Dr K. _____, dans son expertise du 26 février 2016 va également dans ce sens en retenant notamment que le recourant était alors en mesure de gérer ses angoisses, qu'il était capable de se détendre et qu'il disposait de ressources pour s'intégrer de manière stable dans la vie professionnelle. Toutefois, cette fixation du début de l'incapacité de travail au mois de juin 2018, essentiellement sur la base de l'évolution de la symptomatologie dépressive, fait totalement abstraction de l'évolution des symptômes somatiques liés au trouble somatoforme douloureux persistant. Or, il a été relevé d'emblée (consid. 7) que le nœud du litige réside justement dans l'appréciation de l'éventuelle incapacité de travail du recourant en raison de l'atteinte psychosomatique dont il souffre, plus particulièrement en lien avec l'aggravation des symptômes somatiques mis en évidence depuis mars 2013. C'est déjà cette problématique qui avait conduit la Cour, dans son arrêt du 21 décembre 2017 (cause 608 2016 247) à renvoyer le dossier pour instruction complémentaire. Elle avait en effet dû constater que les éléments figurant alors au dossier permettaient de reconnaître l'existence d'une atteinte – diagnostiquée à ce moment comme une spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique sur la base d'indications ressortant de l'anamnèse et de la clinique, s'ajoutant au trouble somatoforme douloureux persistant qui avait déjà été identifié – mais ne contenaient pas d'appréciation médicale quant aux limitations concrètes liées au diagnostic posé.

E. 9.2.2

Dans son nouvel examen de ce jour, la Cour relève ce qui suit au sujet de cette même problématique. Dans le volet rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire réalisée 2020, Dr N._____ réfute désormais le diagnostic de spondylo-arthrite axiale. Il constate plutôt une « une entité douloureuse mal définie avec des plaintes et allégations de handicap détachées de la réalité clinique. » A cet égard, il indique déléguer à la compétence de l'expert-psychiatre la discussion relative aux facteurs psychiques intervenant dans cet état douloureux. Dans le volet psychiatrique de la même expertise, Dr P._____ relève que le recourant souffre d'une pathologie psychosomatique au sens strict, écartant ainsi expressément l'existence d'un comportement conscient de majoration. Il précise à cet égard que le syndrome douloureux somatoforme persistant doit être privilégié par rapport à la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le point déterminant à cet égard est la présence de conflits émotionnels et psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme étant à l'origine du déclenchement, de l'intensité, de l'aggravation et de la chronicité des plaintes douloureuses. En effet, l'assuré manifeste depuis son jeune âge une lourde charge émotionnelle de nature traumatique, suffisante pour déboucher sur des mécanismes de somatisation. Cela étant, même à lire attentivement l'expertise dans ses différents volets et dans son analyse consensuelle, il faut admettre qu'aucun des experts ne se prononce quant à l'éventuelle influence du syndrome douloureux somatoforme persistant – diagnostic déjà retenu en 2012 et qui n'est plus contesté en lui-même – sur la capacité de travail du recourant. Il a été vu ci-dessus que des troubles purement somatiques entraînent depuis 2009 des limitations quant au type d'activité exigible et que Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 des troubles purement psychiques ont pour effet une incapacité de travail totale dans toute activité depuis juin 2018. Mais les experts ne disent rien au sujet des conséquences de l'atteinte de type somatoforme et des douleurs qui la caractérisent sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses atteintes physiques, notamment pour la période litigieuse de mai 2015 à mai 2018. L'expert rhumatologue s'en est remis à l'expert psychiatre et celui-ci a uniquement évalué les conséquences sur la capacité de travail de l'épisode dépressif sévère incapacitant en tant que tel. Plus spécifiquement, l'expert psychiatre n'a pas répondu à la question de savoir si l'aggravation des symptômes somatiques du trouble somatoforme, mise en évidence depuis mars 2013, avait une influence sur la capacité de travail du recourant avant la date du 1er juin 2018 à laquelle celle-ci a été déclarée nulle en raison de l'évolution de la symptomatologie dépressive.

E. 9.2.3

Dans ces circonstances, rien ne permet de déterminer si depuis la dernière décision de 2012 – date à laquelle l'existence d'un syndrome fibromyalgique était retenue, n'empêchant alors pas l'exercice à 100% d'une activité adaptée (voir consid. 8 ci-dessus) – la situation s'est aggravée sur ce plan au point que le syndrome douloureux est éventuellement devenu incapacitant à partir d'un certain moment. L'expert psychiatre qui s'est prononcé dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre en 2020 ne répond pas à cette question spécifique déterminante qui avait pourtant déjà justifié le précédent arrêt de renvoi du 21 décembre 2017. Face à ce silence, il peut par ailleurs être regretté que le médecin de SMR n'ait pas identifié cette lacune dans son appréciation du 9 février 2021 et se soit limité à prendre acte du début de l'incapacité de travail fixée au 1er juin 2018 sur la base de l'évolution de la symptomatologie dépressive, sans mettre en évidence que la question de

l'influence de la symptomatologie somatique liée au trouble somatoforme douloureux persistant n'était toujours pas résolue. Sur le vu de ce qui précède, pour la période restant litigieuse, la question des éventuelles limitations de la capacité de travail induites par les douleurs liées au trouble somatoforme douloureux persistant dont le recourant souffre de longue date reste ouverte. On ne peut en effet pas identifier, sur la base des éléments du dossier, l'ampleur des effets et les limitations de la capacité de travail que ce syndrome implique concrètement, cas échéant avant la date du 1er juin 2018 à partir de laquelle une incapacité de travail est admise sur la base de l'évolution de la symptomatologie dépressive. Plus spécifiquement, la Cour ne dispose pas des éléments nécessaires pour analyser l'évolution des conséquences des douleurs de nature somatoforme sur la capacité de travail, en fonction des critères désormais bien établis par la jurisprudence (voir ci-dessus consid. 3.2).

E. 9.3

En conséquence, un nouveau renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction est justifié au sens de la jurisprudence (voir ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Ce complément d'instruction prendra la forme d'un rapport complémentaire à requérir des experts qui se sont prononcés le 7 octobre 2020, plus particulièrement de l'expert psychiatre, afin d'éclaircir les questions de l'évolution depuis 2012 du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sa gravité, des limitations concrètes qu'il implique et de son influence sur la capacité de travail du recourant. Tribunal cantonal TC Page 21 de 22

E. 10

Sort du recours, frais et dépens

E. 10.1

Le recours sera admis, dans le sens que la décision attaquée sera annulée, qu'il sera pris acte que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à partir du 1er juin 2018 et que la cause sera renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire, sous la forme d'un rapport complémentaire à requérir des experts qui se sont prononcés le 7 octobre 2020, plus particulièrement de l'expert psychiatre Dr P. _____, afin d'éclaircir les questions de l'évolution depuis 2012 du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sa gravité, des limitations concrètes qu'il implique et de son influence sur la capacité de travail du recourant.

E. 10.2

Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est entièrement restituée.

E. 10.3

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité pour ses dépens. Par courrier du 9 mars 2022, le mandataire du recourant a déposé une liste de frais faisant notamment état d'un total de 8 heures 45 minutes de travail au tarif de CHF 250.- par heure. Sur le vu des opérations effectuées, soit pour l'essentiel le dépôt d'un recours axé principalement sur une violation du droit d'être entendu et la reconnaissance du droit à une rente AI pour une période supplémentaire de trois ans, prenant également en considération que le mémoire de recours reprend en grande partie les observations faites le 8 mars 2021 par le mandataire à l'OAI (voir Dossier AI, p. 1193), l'indemnité due au recourant est fixée à CHF 1680.10, soit CHF 1'500.- équivalant à 6 heures de travail à CHF 250.-, CHF 60.- de

débours estimés et CHF 120.10 de TVA au taux de 7.7%. Cette indemnité est mise à la charge de l'OAI. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée. Il est pris acte que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à partir du 1er juin 2018. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire, sous la forme d'un rapport complémentaire à requérir des experts qui se sont prononcés le 7 octobre 2020, plus particulièrement de l'expert psychiatre Dr P. _____, afin d'éclaircir les questions de l'évolution depuis 2012 du syndrome douloureux somatoforme persistant, de sa gravité, des limitations concrètes qu'il implique et de son influence sur la capacité de travail du recourant. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. Partant, l'avance de frais, par CHF 400.-, est entièrement restituée au recourant. III. Une indemnité de CHF 1680.10, y compris CHF 120.10 de TVA, est allouée au recourant pour ses dépens. Elle est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. 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 4 mai 2022/cta/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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