

FR_GERICHTE 608 2024 136 vom 2. Juni 2025

FR Kantonsgericht, 2025-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_136

FR: FR_GERICHTE 608 2024 136 du 2 juin 2025

IT: FR_GERICHTE 608 2024 136 del 2 giugno 2025

Regeste

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

Erwägungen

E. 10

septembre 2019, l'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur cette demande. Par arrêt du 18 février 2021 (arrêt TC FR 608 2019 269), le Tribunal de céans a admis le recours déposé contre cette décision et renvoyé le dossier à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la demande de prestations et rende une nouvelle décision. D. Après la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et son projet du 5 décembre 2023, auquel l'assuré a objecté les 25 janvier et 15 février 2024, l'OAI a, par décision du 26 août 2024, rejeté la demande de prestations. Il retenait notamment l'existence d'une pleine capacité de travail, depuis toujours, dont dans l'activité de manutentionnaire avec utilisation d'un outil de trans-stockage, activité estimée légère. Aucun diagnostic incapacitant ni aucune limitation fonctionnelle n'étaient retenus. Le degré d'invalidité s'élevait à 10%, n'ouvrant pas le droit à une rente. E. Contre cette décision, l'assuré, toujours représenté par Me Daniel Känel, avocat, recourt, le 27 septembre 2024, auprès du Tribunal cantonal, concluant, avec suite de dépens, sous réserve de l'assistance judiciaire, à l'octroi d'une rente entière dès le 1er décembre 2019; subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, avec une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire "neutre et objective" (neurologie, psychiatrie, rhumatologie et médecine interne). A l'appui de ses conclusions, il fait notamment valoir des limitations fonctionnelles en lien avec l'état psychique dépourvu d'élan vital, la perte de mobilité, les effets conjugués du syndrome douloureux présent depuis près de dix ans sur le moral et des troubles

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 du rachis nettement aggravés depuis 2015, ainsi qu'une cardiopathie conjuguée à une perte de poids à partir de 2019, avec une nouvelle dégradation majeure de l'état de santé général en 2022. Selon lui, l'expertise pluridisciplinaire menée est dépourvue de valeur probante. Dans ses observations du 20 novembre 2024, l'OAI conclut à l'admission partielle du recours, le droit à une rente entière étant reconnu dès le 1er janvier 2024, trois mois après le début de l'aggravation de l'état de santé attestée médicalement au plus tôt dès le mois d'octobre 2023. Il soutient notamment que les éléments médicaux révèlent une problématique éthylique en lien avec une cirrhose, et admet une incapacité de travail totale indéterminée ainsi qu'une invalidité durable. Dans ses contre-observations du 13 janvier 2025, le recourant maintient ses conclusions, contestant avoir eu une pleine capacité de travail, sans réduction de rendement, de décembre 2019 à fin décembre 2023. L'OAI dépose ses ultimes remarques le 7 février 2025, conservant sa position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments, invoquées par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent

arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. L'invalidité alléguée étant intervenue avant l'entrée en vigueur, au 1er janvier 2022, des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), l'ancien droit demeure applicable. 2.2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 2.3. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura 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). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le

déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418). 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 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. 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. 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). La tâche de l'expert consiste 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. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 2.7. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. 2.8. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 64 consid. 1b). Selon l'art. 17 LPGa dans sa teneur déterminante ici, 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 propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut

motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de 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 et réf. citées). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 3. Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assuré à des prestations AI. Il sied plus particulièrement de déterminer si, depuis la décision de refus de rente du 6 septembre 2016, entrée en force, son état de santé s'est dégradé notablement, de manière à influencer sa capacité de gain. 3.1. Par décision du 6 septembre 2016, l'OAI a retenu une pleine capacité de travail et un degré d'invalidité de 16,43%, se fondant notamment pour cela sur une expertise bi-disciplinaire. Selon l'expert-neurologue, le Dr B. _____ (cf. rapport du 11 novembre 2015, dos. OAI 331, not. p. 14 s., 17 et 20), l'assuré présentait, avec effet sur la capacité de travail, des douleurs musculosquelettiques persistantes d'origine indéterminée, depuis le printemps 2013. Il ajoutait à cet égard qu'un syndrome post-maladie de Lyme était possible en soi, mais non hautement vraisemblable ou certain. Les éléments pour lesquels les troubles présentés actuellement ne pouvaient être attribués dans une relation de causalité certaine ou même probable aux conséquences d'une maladie de Lyme/piqûre de tiques étaient une absence de notion claire de morsure de tique, ainsi que des formes cliniques habituelles initiales de la maladie, et que de signes d'infection aiguë (affection tardive) mis en évidence dans le sang et le LCR (liquide céphalo-rachidien); et une incertitude diagnostique relationnelle entre les plaintes et une éventuelle infection par tique, les éléments à disposition ne permettant pas d'écarter totalement l'hypothèse d'un syndrome somatoforme, d'une part, et d'anomalies sérologiques indépendantes asymptomatiques représentant une découverte fortuite, d'autre part. Sans influence sur la capacité de travail, l'expert retenait une hépatite non alcoolique diagnostiquée en 2010, et une macrocytose d'origine indéterminée. Enfin, il relevait qu'un ENMG avait montré une très discrète atteinte polyneuropathique à la limite du significatif. L'expert-psychiatre, le Dr C. _____ (cf. rapport du 28 novembre 2015, dos. OAI 357) ne retenait aucun diagnostic incapacitant; sans cet effet sur la capacité de travail, il faisait état d'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1), existant depuis l'âge de jeune adulte. 3.2. Pour rendre sa décision du 26 août 2024, l'OAI a notamment pris en compte les rapports d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, Dr D. _____, rhumatologie, Dr E. _____, neurologie, Dr F. _____ et psychiatrie, Dre G. _____) des 26 et 28 septembre 2022, ainsi que du 31 octobre 2022 (cf. dos. OAI 725 ss). Pour son appréciation, chaque expert s'est fondé sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique.

La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été en particulier mentionnée. Les experts ont fait état notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assuré et des observations cliniques réalisées. Ils ne se sont pas contentés de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a livré ses constatations objectives obtenues lorsqu'il a examiné personnellement l'assuré et observé son comportement. Il a analysé en particulier ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire que chacun a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer. Chaque expertise partielle remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Il en va de même de la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 partie consensuelle. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de l'expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. La tâche de chaque 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, 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). La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. La détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585 consid. 4.2.3, non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3). 3.3. Auprès des experts, l'assuré a indiqué ne pas se sentir apte à exercer une activité professionnelle et n'attendre de l'OAI que l'octroi d'une rente. Ses plaintes spontanées sont celles douloureuses à toutes les articulations, notamment aux genoux et aux chevilles, bien qu'il indique que leur palpation n'est pas douloureuse, ce que confirmera l'examen clinique. Elles surviendraient principalement la nuit, le réveillant et l'obligeant parfois à prendre un somnifère. Elles ne seraient pas augmentées par l'usage ou l'effort, et donc de chronologie inflammatoire, et météo-dépendantes (augmentation avec l'humidité). L'assuré est certain que leur cause est la maladie de Lyme. La seconde plainte concerne une fatigue présente dès le réveil, n'augmentant que peu durant la journée et le contraignant à une sieste l'après-midi, en général, d'une heure. Ce n'est qu'à la demande que l'assuré s'est plaint que "sa tête n'allait pas bien" (évocation d'une atteinte psychique ou neuropsychologique; cf. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 11) et de quelques paresthésies (cf. expertise rhumatologique, p. 5). Au moment de l'entretien rhumatologique, ses douleurs s'élevaient selon lui à 9/10 EVA (Echelle Visuelle Analogique; méthode d'auto-évaluation); les différents examens cliniques ne soutiennent pas cela. En outre, l'expertisé a indiqué gérer mieux désormais la douleur, psychologiquement. Il a de plus dit que ce furent les premières années suivant la piqure alléguée de 2013 qui ont été les plus dures, sa fille devant même l'aider à s'habiller (cf. expertise rhumatologique, p. 4); or, même alors, ses médecins ont attesté une capacité de travail de 50%, mise en valeur à ce taux, ce jusqu'à fin avril 2016, temps où il s'est inscrit à l'assurance- chômage en faisant valoir une aptitude au placement

de 100%, attestée telle par la Dre H. _____, médecin généraliste traitante (cf. rapport du 12 février 2024, dos. OAI 856). Ce n'est que dans ce dernier rapport que la médecin traitante a indiqué que son patient ne serait désormais pas du tout apte à travailler dans quelque activité que ce soit. 3.4. Au premier chef, l'assuré se plaint d'être atteint d'une maladie de Lyme toujours active, laquelle expliquerait ses plaintes et le rendrait absolument incapable de reprendre toute activité professionnelle. Dans son rapport non daté, mais transmis le 7 juillet 2018 à l'OAI (cf. dos. OAI 459), la Dre I. _____, neurologue traitante, retient que son patient souffre d'une forme chronique de la maladie de Lyme, stade III, en cours. Dans son rapport (succinct) du 2 août 2021 (cf. dos. OAI 647), elle indique suivre l'assuré depuis le 27 novembre 2017 et le voir chaque six mois; elle renvoie pour l'essentiel au rapport susmentionné, indiquant en sus que la maladie de Lyme influence la capacité de travail, sans autre précision, que celle-ci ne changera pas, qu'un traitement (séquentiel) de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 phytothérapie à effet antibactérien – produits naturels, huiles essentielles, vitamines (cf. le rapport du 7 juillet 2018, expertise médecine interne/consensuelle, p. 14, et expertise psychiatrique de 2022, p. 8) – est toujours en cours, que les symptômes persistent, que l'assuré aurait souhaité exercer son activité précédente dans un kiosque, mais qu'il est resté sans emploi du fait de la maladie de Lyme, qu'il est désormais sans aide, hormis le social, et qu'une réinsertion n'est plus possible. Selon l'assuré (cf. expertise rhumatologique, p. 4), les traitements, antibiotiques ou ceux séquentiels anti-infectieux proposés par la Dre I. _____, n'ont eu aucune influence sur son état. La dernière consultation auprès de la neurologue traitante a eu lieu en octobre 2022 (cf. expertise psychiatrique p. 8); aucun suivi n'existe depuis. 3.5. Les experts (cf. en particulier les expertises de médecine interne/partie consensuelle, p. 15 ss, rhumatologique, p. 6 ss, et neurologique, p. 3 ss) excluent que la maladie de Lyme soit toujours active, sous quelque forme que ce soit – y compris un syndrome post-Lyme. Evoquant l'existence d'une controverse à l'égard de la notion et de l'acceptation d'une atteinte chronique, ils critiquent l'attitude prudente des médecins, et notamment l'appréciation de la Dre I. _____, qui aurait conforté l'assuré dans l'idée infondée qu'il était toujours malade, considérant que tant une prise en charge par une antibiothérapie prolongée que le recours à la notion de co-infections pour expliquer que l'atteinte serait toujours active ne relèvent pas de la médecine basée sur les preuves et n'expriment pas l'état actuel de la science. Malgré une guérison de la maladie, la sérologie peut rester positive des années durant, voire indéfiniment; 10% de la population présentent de ce fait des anticorps, et, fréquemment, des patients ayant objectivement une telle sérologie – ce qui rend son interprétation très délicate (cf. expertise rhumatologique, p. 7) –, auraient, comme l'assuré, des symptômes subjectifs rencontrés aussi dans des entités syndromiques comme la fibromyalgie (cf. expertise rhumatologique, p. 8). Selon l'expert-neurologue (cf. expertise, p. 5), en reprenant les présentations classiques de la neuro-borreliose, une méningo-radiculite, un syndrome de Guillain-Barré, une neuropathie crânienne, une méningite lymphocytaire, et une myélite transverse sont exclus. En conclusion, les experts ne reconnaissent pas de lien entre une infection, vraisemblablement survenue en 2013, et des symptômes non spécifiques présentés après plus de neuf ans. L'expert précise (cf. expertise neurologique, p. 5), relativement au syndrome dit post-Lyme ou encéphalopathie de Lyme, qu'il s'agit d'une entité controversée, à considérer comme un "SPECDO" (syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique) dont les symptômes non spécifiques sont le plus souvent d'origine fonctionnelle. 3.6. La Cour relève que toute tique n'est pas

infectée par la maladie de Lyme, et que toute personne piquée par une tique infectée ne développe pas forcément la maladie. Ainsi que l'indique la fiche appellable sous le site www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/rug/protocoles/non-traumatologique/maladie_de_lyme.pdf, une antibiothérapie de prévention (prophylactique) faisant suite à la pique n'est de ce fait pas recommandée en Suisse. On peut dès lors retenir, avec les experts (cf. expertise rhumatologique, p. 7), que les seuls anticorps, qui ne disparaissent dans la plupart des cas qu'avec des années, retrouvés par sérologie, et les plaintes subjectives de l'assuré susmentionnées ne suffisent pas pour retenir une atteinte encore active (cf. la fiche précitée: selon une étude allemande, environ 20% des plus de 60 ans sont séropositifs sans jamais avoir manifesté de borréliose). Ni pique ni érythème migrant n'ont d'ailleurs été observés chez l'assuré (stade I de la maladie); ce sont des sérologies positives qui ont amené à articuler cette atteinte. En revanche, une ponction lombaire réalisée le 8 novembre 2013 (cf. dos. OAI 216) n'a pas mis en évidence de synthèse

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 intrathécale d'immunoglobuline ni d'augmentation de la protéinorachie (cf. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 17); nulle atteinte cérébrale ou médullaire n'a jamais été documentée; le status neurologique a été décrit normal à plusieurs reprises, y compris en septembre 2022 (cf. expertise neurologique de 2022, p. 4; rapport d'expertise du Dr B. _____, du 11 novembre 2015, dos. OAI 331, not. p. 4, 10, 14 ss et 20). La présence d'une arthrite stricto-sensu liée à une maladie de Lyme a été exclue (cf. not. le rapport du Dr J. _____, du 3 mars 2016, dos. OAI 392, relayant aussi celui du Dr K. _____, rhumatologue, et l'expertise rhumatologique, p. 3 et 7). Lors de l'expertise de septembre 2022, une ponction du genou droit a montré un liquide citrin translucide pauci-cellulaire (42 cellules/ μ L), qui excluait la présence d'une arthrite (cf. expertise rhumatologique, p. 8); en outre, la recherche d'une borréliose par PCR (Polymerase Chain Reaction, ou ACP, Amplification en Chaîne par Polymérase, technique moléculaire) dans le liquide synovial s'est révélée négative (cf. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 18; ég. dos. OAI 747). Aucune atteinte cutanée en lien avec la maladie de Lyme n'était relevée (cf. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 15). L'assuré a en outre bénéficié à trois reprises d'un traitement antibiotique ad hoc, pendant 15 jours dès le 15 mai 2013, guère après la survenance supposée d'une pique (mars-avril), entre le 4 et le 31 décembre 2013, et du 4 au 19 juin 2014. Au vu du dossier et de la courbe de la sérologie, on peut admettre, avec les experts (cf. expertise rhumatologique, p. 7 s., expertise de médecine interne/consensuelle, p. 15), une manifestation aiguë de la maladie de Lyme dans le courant 2013, uniquement (cf. dos. OAI 746 s. et expertise rhumatologique, p. 7: taux d'anticorps passant de 2'000 le 1er mai 2013, quelques jours avant le premier traitement antibiotique, à 295, le 7 octobre 2013, et à 147 le 7 janvier 2014, après le deuxième, puis continuant à progressivement baisser, même si de manière plus douce, à 42 le 26 septembre 2022; ég. rapports de la Dre I. _____, du 7 juillet 2018: après le premier traitement déjà, l'assuré allait mieux, son médecin traitant lui a dit qu'il était guéri, un rhumatologue consulté ne lui a rien trouvé, et de la Dre H. _____, du 12 février 2024: très nette baisse initiale). Cela étant, pour retenir en particulier une neuro-borréliose chronique (stade III de la maladie), il faut notamment obligatoirement que des anticorps intrathécaux aient été mis en évidence dans le LCR (cf. EVISON et al. Borréliose de Lyme 2e partie: clinique et traitement, in Revue Médicale Suisse 2006); or, comme écrit, tel n'est pas le cas ici. De plus (cf. expertise neurologique, p. 5), les manifestations neurologiques de la phase tardive de la neuro-borréliose habituellement

décrites sont une polyneuropathie axonale, exclue selon l'expert, ainsi qu'une encéphalomyélite chronique également exclue en l'absence de tous signes centraux et également d'anomalie neuroradiologique à l'examen du névraxe. Si le recourant entend invoquer non le stade III de la maladie, mais un syndrome post-borréliose, au-delà des inconnues et controverses y relatives, toute une série de critères doit être remplie cumulativement (cf. EVISON et al., erepartie_septembre2 [Borréliose de Lyme 3e partie : prévention, grossesse, états d'immunodéficience, syndrome post-borréliose de Lyme], in Revue Médicale Suisse 2006; ég. VALERIO/ZUFFEREY, Manifestations rhumatologiques de la maladie de Lyme : questions et controverses, in Revue Médicale Suisse 2018). Parmi ceux-ci, il doit y avoir un début des troubles compatible avec l'évolution de la borréliose de Lyme; soit un début des symptômes pendant la borréliose de Lyme aiguë ou immédiatement après, généralement dans les six mois après le début documenté et étayé de celle-ci. Or, on peut fortement en douter en l'espèce, l'assuré et la Dre I. _____ ayant d'ailleurs admis une nette amélioration immédiatement après le premier traitement antibiotique, ce qui se retrouve également sur le plan de la sérologie, et l'OAI, dans le cadre de la première demande, ayant décidé, au vu du dossier médical, qu'il n'existait

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 aucune atteinte incapacitante déterminante liée à la maladie. En outre, il doit y avoir une exclusion systématique et exhaustive d'autres maladies neurologiques, rhumatologiques ou autres, de même que de maladies psychiatriques ou d'un état obsessionnel. Or, tel n'est pas le cas ici (cf. infra). Sur la base de tout ce qui précède, la Cour suit les experts qui retiennent qu'une maladie de Lyme toujours active et incapacitante n'est pas rendue vraisemblable. 3.7. L'expert Dr D. _____ (cf. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 11 ss) ne retient pas d'atteinte incapacitante sur le plan cardiovasculaire au vu du dossier et de son examen; l'auscultation cardiaque est normale et tous les périphériques perçus sans particularité, sans souffle sur les trajets vasculaires. Le recourant fait cependant valoir une péjoration de son état. L'assuré consulte son cardiologue une fois l'an, sans mise en évidence jusqu'à l'expertise d'une péjoration notable. Une dysfonction du ventricule gauche avait été montrée, d'origine indéterminée, et non incapacitante, selon l'expert, que rejoint la Cour. Dans son dernier rapport, du 13 février 2024 (cf. dos. OAI 860), le cardiologue traitant, le Dr L. _____, retient une cardiopathie d'origine toujours indéterminée – mais peu avant, il a évoqué la piste d'une origine toxique, cf. rapport du 26 juin 2023, dos. OAI 837 et infra –, avec une fonction systolique désormais sévèrement diminuée (FEVG: 30%), tout en relevant que l'échocardiographie est d'interprétation difficile vu les anomalies de la contractilité segmentaire et du BBG (bloc de branche gauche) présent depuis 2017. Il n'y a pas de suspicion d'ischémie myocardique mais une HTA probablement essentielle, toutefois avec une composante de "blouse blanche". A l'examen du jour, le patient est compensé, sans signe d'insuffisance cardiaque. Malgré l'état général du patient, une coronographie est prévue le 29 février 2024, avec demande aux collègues, "suite aux résultats de cet examen, d'évaluer également la mise en place d'une resynchronisation cardiaque avec ou sans option de défibrillateur". Le praticien ne se prononce pas quant à la capacité de travail et retient que, cliniquement, son patient est compensé, sans signe d'insuffisance cardiaque. Il n'y a pas lieu, ainsi, de s'écarter de l'appréciation de l'expert Dr D. _____. Ne change rien la coronographie évoquée ci-dessus: outre que son contenu n'a jamais été produit, c'est de façon doublement hypothétique, en fonction des résultats et selon une évaluation de la pertinence de la mesure, que la pose d'un défibrillateur devait être discutée. De plus, même avérée, celle-ci ne pourrait pas sans autre être tenue pour une cause d'incapacité de travail à retenir ici.

Enfin, aucun lien entre la maladie de Lyme et la cardiopathie de l'assuré ne peut être fait.

3.8. Les experts relèvent le faible poids de l'assuré (51 kg), son aspect étique, décharné, avec une sarcopénie généralisée, son déconditionnement musculaire et sa sédentarité (cf. not. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 14 s.; expertise rhumatologique, p. 6). L'expertisé explique avoir toujours eu un poids stable de quelque 62 kg (cf. not. expertise psychiatrique, p. 8 s.), confirmé dans le dossier (cf. par exemple dos. OAI 136, 246 et 264: entre 60 et 63 kg en 2013-2014). Le

E. 15

avril 2019, il pesait 54 kg; le 31 mai 2021, 62 kg à nouveau (cf. dos. OAI 393, 505 et 640). Début janvier 2023, après la prise de compléments alimentaires consécutive à une nouvelle baisse du poids, il pesait 55 kg (cf. dos. OAI 857); son poids s'est établi ensuite à quelque 47-48 kg à partir d'octobre 2023 (cf. dos. OAI 828, 831, 838, 844 et 857). Les experts avaient préconisé la réalisation d'investigations à cet égard, qui ont été menées (cf. rapport de la Dre H. _____, du 23 décembre 2022, et les rapports y relatifs, dos. OAI 788 ss) et soumises aux précités, lesquels, le 18 septembre 2023 (cf. dos. OAI 807), ont retenu que la seule pathologie bien identifiée jusqu'alors relevait de la gastro-entérologie, et que cet amaigrissement n'induisait pas par lui-même une incapacité de travail sous quelque forme que ce soit, ni même une baisse de rendement. La Cour fait sienne cette

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 appréciation des experts. On ne distingue pas au dossier, singulièrement dans les derniers examens susmentionnés, d'élément médical objectivant une atteinte incapacitante déterminante qui serait la conséquence de la perte de poids intervenue, laquelle apparaît au reste (partiellement à tout le moins) réversible avec la simple observation d'un régime nutritionnel approprié et n'est en tout état de cause en rien reliée avec l'atteinte aiguë de la maladie de Lyme survenue en 2013. On notera également que l'assuré fume un paquet de cigarettes par jour (45 UPA). 3.9. En 2010, une hépatite non alcoolique a été diagnostiquée, ayant évolué en cirrhose hépatique (cf. lettre définitive de sortie du 15 mars 2023, dos. OAI 829). Les experts excluent, et la Cour avec eux, qu'elle n'ait jamais objectivement influencé la capacité de travail; le dossier ne l'établit manifestement pas. On notera en revanche que, selon la lettre précitée, la biopsie du foie de 2010 avec montré une stéatose macrovacuolaire de grade 2 sans stéatohépatite significative mais avec discrète fibrose portale et lobulaire d'aspect compatible avec une origine métabolique, éthylique ou mixte; celle de 2020, une même atteinte, de même degré, mais avec une stéatohépatite floride avec quelques aspects suggestifs d'une hépatite éthylique aiguë et une nette majoration de la fibrose. C'est le lieu d'examiner la consommation d'alcool de l'assuré. Certes, l'atteinte diagnostiquée en 2010 a été dite non alcoolique. Mais, ainsi que vu ci-dessus, une origine éthylique n'était pas exclue; on ajoutera que la distinction entre ces deux formes n'est pas aisée, celle alcoolique étant souvent asymptomatique, et que les indications de l'assuré ont pu et peuvent certes jouer un rôle à cet égard. Plusieurs éléments montrent que l'assuré nie indûment voire minimise une consommation alcoolique à risque. En effet, à l'expert psychiatrique, en septembre 2022, il affirme qu'il "ne consomme plus d'alcool depuis environ 12 ans à cause de son problème hépatique" (cf. expertise, p. 9). Mais auprès de l'expert en médecine interne, il soutient autre chose, à savoir qu'il ne boit que très rarement (cf. expertise, p. 14; cf. ég. le rapport du 10 décembre 2021, dos OAI 789). Lors de la première expertise psychiatrique, en novembre 2015, il indiquait suivre des conseils alimentaires et limiter sa consommation d'alcool, laquelle serait "sans excès à outrance", d'un ou deux verres en mangeant, trois à quatre fois

par semaine (cf. expertise, p. 6 et 8, dos. OAI 362 et 364; cf. ég. rapports du 6 mars 2014, du 21 novembre 2013, du 20 décembre 2013 et du 6 mars 2014, dos. OAI 87, 247, 250, et 252; ég. procès-verbal d'entretien du 6 juin 2014, dos. OAI 137); cette consommation de plusieurs verres a été décrite quotidienne antérieurement et ayant débuté relativement précocement. L'assuré a été hospitalisé pour un état fébrile d'origine indéterminée du 4 au 14 mars 2023 (cf. lettre de sortie du 15 du même mois, dos. OAI 827, qui rappelle les atteintes au foie [cirrhose] et au cœur; pas d'appréciation de la capacité de travail). Une deuxième hospitalisation a eu lieu du 7 au 10 juin 2023 (cf. lettre définitive de sortie, du 21 juin 2023, dos. OAI 829), pour un traumatisme crânien post- chute à domicile (chez son enfant), avec amnésie circonstancielle, sur prise de Zolpidem et d'alcool (02 g/l); il y avait une suspicion de consommation d'alcool à risque le 7 juin 2023; le patient niait toute prise d'alcool malgré le bilan la mettant en évidence; il ne présentait pas de signes de sevrage alcoolique. Une troisième hospitalisation s'est déroulée du 18 au 23 août 2023 (cf. lettre définitive de sortie, du 24 de ce mois, dos. OAI 833), pour un trouble de l'état de conscience d'origine toxique probable sur consommation d'alcool (alcoolémie 1.43/°°), retenue comme étiologie du trouble (cf. ég. le rapport du Dr L._____ du 26 juin 2023: composante toxique [OH] retenue). Aucun suivi neurologique n'a été proposé. Le patient niait toute consommation récente, bien qu'admettant consommer de manière intermittente. Dans le rapport d'hématologie du 25 octobre 2023 (cf. dos. OAI 844), il est écrit que l'anamnèse de la consommation d'alcool est relativement vague: l'assuré ne boirait que lorsqu'invité, un ou deux verres. Le médecin note que l'ensemble des modifications

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 de la formule sanguine et la présentation clinique du patient est tout à fait compatible avec une hépatopathie chronique, "possiblement péjorée ces derniers temps sur consommation d'alcool (?)"; un problème hématologique (primaire) est écarté. Le spécialiste note qu'indépendamment des modifications réactionnelles que produit une maladie hépatique sur la formule sanguine, l'alcool a également un effet directement cytotoxique sur la production médullaire. "(...) je l'encourage fortement à s'abstenir de toute consommation d'alcool dans le futur au vu d'un foie déjà endommagé." Toutefois, le cas ne requiert pas d'investigation supplémentaire ni de contrôle ultérieur, selon le médecin. Que ces hospitalisations aient été, à tout le moins partiellement, causées par de simples et uniques épisodes d'alcoolisation, ou que la consommation de l'assuré soit récemment (voire de longue date) plus importante et régulière que ce que les médecins ont pu retenir en se fiant à ses dires et à l'absence d'indices de problématique (signes de sevrage, doutes quant à la capacité de conduire, ...), en particulier lors de trois jours d'évaluation devant des experts en septembre 2022 encore, force est de constater que rien n'objective une atteinte ayant valeur de maladie et influant de manière déterminante la capacité de travail et de gain de l'assuré, qui a, selon le dossier, toujours fonctionné normalement, singulièrement dans le quotidien qu'il a décrit. Il n'est cependant pas inutile de relever qu'une consommation excessive d'alcool peut accroître le risque de maladies cardiovasculaires; or, le cardiologue traitant, le Dr L._____, se pose désormais la question d'une origine toxique de l'étiologie de l'atteinte à la VE, vu aussi l'état de nutrition; elle est susceptible d'affecter la musculature, avec parfois même des myopathies alcooliques; elle peut susciter une perte de poids, faute pour la nourriture d'être métabolisée (cf. rapport du 10 août 2022, dos. OAI 787: prescription de l'arrêt total de l'alcool et/ou sevrage du tabac et d'un bon diététique pour optimiser la prise en charge nutritionnelle ainsi qu'éviter au maximum la sarcopénie); elle est susceptible de créer une macrocytose, laquelle a été diagnostiquée; elle peut justifier des cystoscopies, que subit l'intéressé, arguant que c'est parce qu'il est fumeur,

ce qui laisse l'expert en médecine interne sceptique (cf. expertise, p. 12); enfin, elle est déconseillée à qui souffre d'arthrose, comme l'intéressé (gonarthrose; cf. infra), sachant qu'elle peut aussi affaiblir le système immunitaire et favoriser l'arthrite, et susciter une neuropathie alcoolique, notamment aux membres inférieurs. A ce stade, la Cour retient que l'atteinte au foie de l'assuré, y compris à son stade actuel de cirrhose (score Child-Pugh B de 9 points de mars 2022), ne constitue pas un motif d'incapacité de travail selon l'assurance-invalidité et en tout état de cause n'est pas en relation avec la maladie de Lyme et les traitements antibiotiques pris alors. 3.10. Une IRM de la colonne vertébrale, du 28 mars 2018 (cf. dos. OAI 471; ég. rapport du Dr J. _____ du 3 mars 2016 précité; rapport de la Dre H. _____, du 26 février 2019, dos. OAI 513), a révélé l'existence de discopathies dégénératives cervicales et lombaires étagées, sans argument pour une atteinte inflammatoire ou démyélinisante médullaire. L'expert-rhumatologue n'a pas retenu une atteinte incapacitante, que démentait d'ailleurs son examen clinique. La Cour est du même avis: aucun élément au dossier ne permet de considérer une atteinte dégénérative invalidante, dépassant ce que l'on peut s'attendre à retrouver chez une personne de l'âge de l'assuré; aucun suivi d'un spécialiste (rhumatologie, orthopédie) n'a d'ailleurs été jugé nécessaire après cette IRM et, surtout, aucune appréciation de la capacité de travail en découlant n'a été exprimée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 A l'examen clinique, l'assuré ne présente d'ailleurs pas de particularité sur le plan du rachis, ni aux membres supérieurs. Il en va de même des membres inférieurs, hormis quelques points, dont le plus saillant est la présence d'un épanchement des deux genoux. Or, on l'a vu, une atteinte de ces derniers en lien avec la maladie de Lyme n'existe pas – pas davantage qu'il n'est établi s'agissant d'autres articulations. La Cour fait donc sienne l'appréciation des experts selon laquelle, abstraction faite des gonalgies liées à la gonarthrose débutante retenue (M17.0), paucisymptomatique et donc d'origine mécanique, seul un syndrome douloureux chronique diffus, sans effet sur la capacité de travail, peut être admis – somatiquement – à l'égard des douleurs articulaires (cf. expertise de médecine interne/consensuelle, p. 18; expertise rhumatologique, p. 8). Rien ne contre-indique l'exercice d'un emploi léger du point de vue rhumatologique et de la médecine interne. Compte tenu de la gonarthrose et de la sarcopénie observées cliniquement, les limitations suivantes doivent être respectées: l'assuré n'est plus capable de porter des charges de plus de 5 kg de façon répétée, de déplacements à pied prolongés au-delà de 500 mètres, d'accroupissements répétés et de travail en position à genoux, ainsi que du maintien de la position debout au-delà d'une heure sans pause. 3.11. Pour l'expert-neurologue, les douleurs dont se plaint l'assuré sont essentiellement articulaires; subjectivement, déjà, elles sont peu spécifiques et n'orientent pas vers une pathologie neurologique, par ailleurs non objectivée. L'examen clinique est parfaitement dans la norme, l'EMG des membres droits également. Il n'y a pas de myalgie. Aucune atteinte sur le plan neuroradiologique n'a été documentée, ni au niveau cérébral, ni au niveau médullaire (cf. expertise neurologique, p. 4). Le status neurologique revient à nouveau normal; il n'y a en particulier pas de signe en faveur d'une polyneuropathie sensitive ou sensitivomotrice qui semble peu vraisemblable (cf. expertise, p. 5). Pour la Cour, sans substrat neurologique, il n'est pas plausible que la maladie de Lyme soit persistante, toujours active. Il n'y a pas d'atteinte neurologique incapacitante. 3.12. Devant l'experte-psychiatre en 2022, l'assuré explique avoir débuté un suivi en janvier 2017, désormais assuré par la Dre M. _____; il voit essentiellement une psychologue par délégation, 2 à 3 fois par mois – les consultations se font depuis par téléphone; le suivi médical serait assuré par le Dr N. _____ depuis

2023 (cf. rapport de la psychothérapeute FSP Perrette, du 22 janvier 2024, dos. OAI 858; attestation du 3 décembre 2024, pce 15 du bordereau du recourant). Dans son rapport du 26 août 2021, (cf. dos. OAI 672 ss), la psychiatre traitante retenait le diagnostic de syndrome dépressif majeur d'intensité sévère (F32.2) associé à la borréliose de Lyme, tous deux avec effet sur la capacité de travail. Il a un traitement de Fluoxétine 20 mg 1/j., prend parfois du Stilnox. Ses plaintes spontanées sont des difficultés psychologiques en lien, selon lui, avec la maladie de Lyme et les douleurs. Sur question, il décrit des difficultés de mémoire, d'attention et de concentration. Son moral n'est pas bon; il est meilleur s'il a bien dormi, bon s'il est avec ses petites-filles. Il est fatigué en permanence. Il conserve de l'intérêt et de l'envie s'il est avec ses petites-filles, sa fille, pour des activités en lien avec la mécanique ou le sport à la télévision. L'appétit est bon lorsqu'il mange chez sa fille, deux fois par semaine, ou chez son frère, une à deux fois par mois. Il voit principalement sa fille, son mari, ses petites-filles, son ex-femme et son nouveau compagnon. Il peut conduire sur des distances telles O. _____-P. _____. Il admet qu'il n'y a pas de limitations psychiatriques à une reprise d'activité professionnelle hormis des difficultés de concentration alléguées. L'experte observe une thymie légèrement abaissée et note que si l'assuré peut se montrer ému, il sait également sourire et être accessible à l'humour. L'élan vital est conservé. Rien n'est particulier sur le plan anxieux, ni n'oriente vers un quelconque abus de substance. Quant à la personnalité, le comportement relationnel et émotionnel est adapté; il ne présente pas de labilité émotionnelle ni de

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 l'humeur; il n'y a pas d'élément anamnésique ni documenté de problème relationnel, émotionnel, répétitif depuis l'âge adulte. Les résultats de la mini-CIFF APP sont sans particularités. Il peut adapter ses activités aux circonstances, sa capacité d'endurance n'est pas limitée sur le plan psychiatrique, ni celle de contact ou de mobilité et de déplacement. A raison, l'experte écarte un épisode dépressif, même léger, pour retenir une dysthymie (F34.1), sans effet sur la capacité de travail: rien ne dit que l'assuré aurait présenté une humeur dépressive à un degré nettement anormal, quasiment toute la journée et presque tous les jours, non influencée par les circonstances et persistante pendant au moins deux semaines; il n'y a pas de baisse aggravée durablement et déterminante de l'humeur. On observera au contraire que si l'assuré mène une vie modeste, il indique exécuter de manière routinière ses tâches ménagères, sort chaque jour pour faire des courses, marcher quelque 40 minutes, conserve des intérêts et du plaisir, ainsi que des relations très régulières et positives avec notamment des membres de sa famille (soutien stable et fiable). La fatigue observée par l'expert vers la fin de l'entretien n'a pas d'explication psychique et est somme toute naturelle, compte tenu aussi des trois jours d'évaluation. Durant l'entretien, l'expert n'observe pas de ralentissement psychomoteur; il n'y a pas d'observation orientant vers un trouble de l'attention, de l'orientation, de la concentration ou de la mémoire des faits récents manifeste. Il doit uniquement réfléchir pour retrouver certaines dates de faits anciens. Les capacités de raisonnement et d'intelligence semblent conservées. La Cour peut exclure tout problème neuropsychologique incapacitant, ce déjà à la lecture des rapports d'expertise. On peut s'étonner également de l'absence alléguée de toute amélioration de la situation relativement au diagnostic de syndrome dépressif majeur d'intensité sévère retenu depuis 2018 par la psychiatre traitante, qui reconnaît d'ailleurs que l'assuré est en mesure d'exécuter ses tâches ménagères en fonction de sa motivation et qui n'a pas adopté de changement du traitement médicamenteux et du suivi essentiellement par délégation. Tout au plus l'assuré a-t-il pu présenter un trouble de l'attention, non invalidant, en lien avec la fin des rapports de travail.

Quant au symptôme incapacitant de borréiose de Lyme (A69.2), on a vu ci-dessus qu'une atteinte (toujours) incapacitante ne saurait être retenue somatiquement et rien ne justifie de le faire psychiquement. Un syndrome douloureux somatoforme ne doit pas être admis devant l'absence de douleur persistante – incapacitante aussi pour les activités ménagères et les loisirs – ainsi que de sentiment de détresse en lien avec la douleur, chez un assuré qui au reste ne fait montre d'aucun comportement douloureux démonstratif et est peu plaintif durant l'expertise. Il n'y a pas d'aggravation notable de la situation depuis septembre 2016, singulièrement pas depuis l'expertise du Dr C. _____ un an plus tôt, lequel ne retenait aucune atteinte incapacitante. Avec l'experte, la Cour conclut à l'absence de toute atteinte incapacitante et de toute limitation sur le plan psychique. Il n'y a au reste probablement pas eu de limitation ni d'incapacité de travail de longue date psychiatriques depuis janvier 2017.

3.13. S'agissant des problèmes d'équilibre (vertiges) qu'invoque l'assuré, la Dre H. _____ a prescrit, le 24 et le 30 octobre 2023 (cf. pces 19 et 20 du bordereau du recourant) l'usage d'un tintébin à roulettes et des modifications du mobilier (poignée de bain à ventouse, etc.). On ignore si une problématique alcoolique joue un rôle. En tout état de cause, il n'est pas allégué que ces moyens seraient insuffisants et, surtout, s'agissant d'un schwannome vestibulaire gauche (tumeur bénigne) de grade 1, il n'y a pour l'heure qu'une suspicion de son existence et un simple suivi clinique et radiologique annuel est proposé (cf. rapport des 28 février et 11 mars 2024, dos. OAI 877 et 885).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 Les médecins ne se prononcent en outre pas quant à une incapacité de travail en résultant et on ne discerne pas de motif pour la retenir.

3.14. Au vu de ce qui précède, la Cour retient qu'aucune atteinte incapacitante déterminante, et, surtout, aucune aggravation notable de l'état de santé avec péjoration de la capacité de travail et de gain depuis le 6 septembre 2016 ne peuvent être retenues non seulement jusqu'à l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2022, qui a pleine valeur probante, mais aussi pour la période postérieure. S'agissant du déconditionnement de l'assuré, il ne relève en principe pas de l'assurance-invalidité et il en va ainsi ici, ni l'âge de l'assuré ni sa longue période d'inactivité professionnelle, en particulier, ne justifiant (a posteriori) qu'il n'ait pas tenté, comme il le devait, de reprendre une activité professionnelle après avril 2016 malgré une pleine capacité de travail depuis le 1er juin 2014.

3.15. L'OAI, dans le cadre de ses observations du 21 novembre 2024, a cependant proposé l'admission partielle du recours en retenant une aggravation de l'état de santé dès octobre 2023, qui aurait duré trois mois, perdurerait depuis, et donnerait droit à une rente entière dès le 1er janvier 2024. Il s'est fondé à cet égard sur l'avis du Service Médical Régional (SMR), Dr Q. _____, médecine interne générale, du 7 novembre 2024, lequel s'est déterminé essentiellement sur le rapport du 12 février 2024 de la médecin généraliste traitante Dre H. _____, qui lui avait pourtant déjà été soumis, avec d'autres pièces, sans que cela ne l'ait amené à infirmer les conclusions de l'expertise et à nier un état de santé stable et une pleine capacité de travail (cf. avis du 18 juillet 2024, dos. OAI 867; ég. avis du 26 août 2024, dos. OAI 894).

Désormais, le Dr Q. _____ tient qu'est central un problème de consommation chronique d'alcool avec sarcopénie et cirrhose d'origine éthylique ou mixte, en indiquant qu'il paraît n'y avoir jamais eu de prise en charge spécifique (suivi en addictologie, sevrage, reconditionnement). Il évoque la Dre H. _____, selon laquelle l'état de santé de son patient est resté stable durant quelques années, mais aurait commencé à se dégrader lentement depuis 2019 et de manière plus brutale depuis 2022; son patient nécessiterait une transplantation du foie, sa fonction cardiaque, légèrement diminuée auparavant, l'est davantage à présent, et il n'est plus apte à travailler désormais en raison de sa faiblesse

générale très importante et de ses pertes d'équilibre l'obligeant à se déplacer en rollator. Le Dr Q. _____ reconnaît qu'il y a peu d'éléments objectifs décrivant le status clinique actuel. Mais, eu égard à l'état général "assez précaire" décrit par la praticienne, ainsi qu'à la perte de poids courant 2023, qui ne peut, toujours selon lui, qu'avoir aggravé la sarcopénie, ainsi qu'au recours à un rollator en raison de troubles de l'équilibre qui ont commencé durant les derniers mois de 2023 ("Depuis la fin de l'année passée", début de bourdonnement d'oreilles et de troubles d'équilibre, selon la Dre H. _____), et estimant que l'aggravation s'inscrit vraisemblablement dans le cadre de l'évolution progressive de l'atteinte hépatique et du contexte d'éthylisme, il estime qu'est justifiée l'appréciation de la praticienne d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis la fin de l'année 2023 sans qu'il soit possible d'établir médicalement un moment plus précis (dernier trimestre?). Il observe qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation ou de problématique de santé aiguë en 2022, année où les experts ont retenu une pleine capacité de travail sur la base de trois jours d'expertise, alors qu'il y en a eu plusieurs en 2023 – année que l'assuré estime avoir été difficile sur le plan médical (cf. lettre de sortie du 25 octobre 2023) –, étant aussi relevé qu'en juin 2023 encore, le cardiologue traitant a retenu un état de santé compensé cliniquement. En résumé, pour le médecin SMR, il y a une aggravation manifestement progressive et surtout lors des derniers mois de 2023.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 3.16. Cela étant, la Cour ne distingue pas les éléments médicaux au dossier qui justifieraient de revenir sur son appréciation d'une capacité de travail de 100% sur toute la période en cause, ce d'autant moins que le Dr Q. _____ l'avait toujours retenue par le passé aussi et que son changement d'avis récent ne s'appuie pas sur des pièces qui lui auraient été inconnues. En d'autres termes, on ne voit pas en quoi il y aurait objectivement une aggravation notable et déterminante de l'état de santé et de la capacité de gain de l'assuré par rapport à la situation existant jusqu'en septembre 2016, aggravation dont devrait répondre l'OAI. Cela pourrait justifier dès lors une reformatio in pejus. Cependant, eu égard à l'ensemble des circonstances et du dossier, notamment à l'âge de l'assuré, né en 1963, à sa cirrhose au développement défavorable allégué, ainsi qu'à l'abaissement plus important de la VE cardiologique et en particulier aussi à un affaiblissement de son état général ayant amené la Dre H. _____, en octobre 2023, à faire une ordonnance pour des modifications dans l'appartement de son patient et l'usage d'un rollator (le social assume des soins et une aide à domicile depuis mars 2023, cf. attestation du 18 décembre 2024, pce 13 du bordereau du recourant), le tout dans un éventuel contexte de consommation d'alcool épisodique ou décompensée, la Cour y renoncera, dans la mesure où la position de l'autorité intimée n'est pas dénuée de tout fondement (cf. ATF 144 V 153 consid. 4.2.2 et 4.2.4). Une péjoration déterminante de l'état de santé et de ses conséquences sur la capacité de travail, nulle, peut être admise, ce dès le 1er octobre 2023, au vu du dossier et faute d'autre date plus précise. En effet, ce n'est tout au plus que dans le courant 2023, et aucunement avant, singulièrement, pas jusqu'à l'expertise de septembre 2022, que l'on peut admettre que la situation apparaît s'être progressivement aggravée, singulièrement dans le dernier trimestre, justifiant les aménagements susmentionnés, étant souligné que ce n'est que dans son rapport du 12 février 2024 que la médecin généraliste traitante atteste pour la première fois une incapacité de travail totale. 4. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis dans le sens de la proposition faite en cours de procédure par l'autorité intimée, à savoir que l'assuré a droit à une rente entière dès le 1er janvier 2024 (cf. art. 88a al. 2 RAI). 5. Le recourant a sollicité l'octroi de l'AJT (608 2025 34). 5.1. Pour son obtention, les conditions cumulatives d'indigence et de chance de

succès du recours posées par l'art.142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) doivent être remplies. Or, l'assuré ne bénéficie certes plus de l'aide sociale depuis novembre 2023, mais, fin avril 2024, de quelque CHF 224'000.- à la banque, ce qui lui permet de s'acquitter de ses frais d'avocat et des frais de justice. Peu importe à cet égard que cette somme provienne de son fonds de libre passage (environ CHF 360'000.- versés en octobre 2023) et que CHF 90'000.- aient été remboursés ainsi au Service social. Partant, l'AJT ne sera pas admise, faute d'indigence. 5.2. Le mandataire produit sa liste de frais le 14 février 2025. Sur la base du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), l'équitable indemnité à laquelle le mandataire aurait droit serait de CHF 3'395.- d'honoraires (13,58 heures à

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 CHF 250.-/h), plus CHF 71.60 de débours. Au vu de la mesure dans laquelle il succombe, le 30% de ces montants lui sera octroyé, soit CHF 1'018.50 d'honoraires, plus CHF 21.50 de débours, auxquels s'ajoutent CHF 84.25 de TVA à 8.1%, soit un montant total de CHF 1'124.25, qui sera à la charge de l'Etat de Fribourg.

5.3. Vu le sort du recours, les frais de procédure, par CHF 800.-, seront mis à la charge du recourant à hauteur de CHF 560.- et à la charge de l'OAI pour CHF 240.- (art. 131 al. 1 2ème phr. CPJA). la Cour arrête : I. Le recours (608 2024 136) est partiellement admis. Partant, la décision attaquée est modifiée dans le sens que A. _____ a droit à une rente entière à partir du 1er janvier 2024. II. La requête (608 2024 137) d'assistance judiciaire gratuite totale est rejetée. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie de CHF 1'124.25, dont CHF 84.25 au titre de la TVA à 8.1%, indemnité mise à la charge de l'autorité intimée, à verser en main de son mandataire. IV. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant à hauteur de CHF 660.- et à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg à hauteur de CHF 240.-. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 2 juin 2025/djo La Présidente Le Greffier-rapporteur

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