



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 282

Arrêt du 7 janvier 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Daniela Kiener, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteure : Maude Favarger

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – Nouvelle demande

Recours du 28 novembre 2017 contre la décision du 27 octobre
2017

considérant en fait

A. A. _____, né en 1963, a travaillé dès 1988 dans la restauration, puis comme employé dans une boucherie et une laiterie. En septembre 2002, il a repris en tant qu'indépendant un petit commerce alimentaire, B. _____.

Le 11 décembre 2003, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, avec pour conséquences des maux de tête et des cervicalgies. Après un arrêt de travail attesté médicalement à 100% jusqu'au 24 mars 2004, il a repris son activité à 50% jusqu'en avril 2007, date à laquelle il a cessé toute activité lucrative. A partir du mois de juillet 2007, il a bénéficié de l'aide sociale.

B. Le 14 juin 2005, A. _____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI). Par décision du 15 avril 2009, l'Office lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, estimant que sa capacité de travail et de gain est entière dans le cadre de son activité habituelle. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg a rejeté, par arrêt du 22 décembre 2011, le recours déposé par A. _____ contre cette décision. La Cour a considéré en bref que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 novembre 2007 avait pleine valeur probante et n'était pas remis en question par les autres rapports médicaux produits par le recourant. Cet arrêt a encore été confirmé sur recours par le Tribunal fédéral, par arrêt du 29 août 2012.

C. Le 17 novembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande. A l'appui de sa demande, il a fait valoir que son état de santé s'était aggravé.

Le 27 janvier 2012, se fondant sur la position de son Service médical régional (ci-après: SMR) selon laquelle aucune péjoration de l'état de santé postérieure à la décision du 15 avril 2009 n'était prouvée, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière en relevant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une diminution de sa capacité de travail depuis sa précédente décision.

Par arrêt du 15 octobre 2014, la II^{ème} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg a rejeté le recours déposé par l'assuré contre la décision de refus d'entrée en matière du 27 janvier 2012. Cet arrêt n'a pas été contesté.

D. Le 27 novembre 2012, A. _____ a été victime d'un deuxième accident de la circulation routière: son véhicule qui était immobilisé en raison de l'intensité du trafic, fut percuté à l'arrière par un autre véhicule. Un whiplash a été diagnostiqué.

Le 8 juin 2015, A. _____ a déposé une troisième demande de prestations AI, en se référant aux séquelles de l'accident de la circulation routière du 27 novembre 2012.

Le 16 juillet 2015, l'OAI a rendu un projet de refus d'entrée en matière motivé par le fait que A. _____ n'avait pas rendu plausible une modification déterminante de son état de santé et de sa capacité de travail depuis la précédente décision du 27 janvier 2012.

Le 15 septembre 2015, A. _____ a transmis à l'OAI des rapports médicaux récents établis par le Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie, par le Dr D. _____, spécialiste en médecine générale et par la Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie.

Après avoir pris connaissance de ces rapports, le SMR a admis que l'accident du 27 novembre 2012 était un fait nouveau susceptible de modifier l'exigibilité médicale (cf. rapport SMR du 8 octobre 2015) et a demandé à l'OAI de se procurer un rapport médical auprès du Dr C._____. Ce dernier a établi son rapport le 27 octobre 2015.

Le 12 avril 2016, l'OAI a rendu un projet de décision, intitulé "refus de rente AI". Selon ce projet, les investigations effectuées suite à la demande de prestations du 8 juin 2015 n'avaient pas révélé de nouveaux faits médicaux objectifs de nature à modifier durablement l'exigibilité médicale.

Le 13 mai 2016, A._____ a déposé des objections à l'encontre du projet de décision du 12 avril 2016. Il a complété ses objections le 23 mai 2016 en transmettant à l'OAI un rapport médical du Dr C._____ du 26 avril 2016 faisant état de nouvelles atteintes à sa santé.

Le 8 juillet 2016, suite aux objections du 13 mai 2016 de l'assuré, l'OAI a annoncé qu'il allait mettre en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie.

Le Centre médical d'expertises F._____ SA a déposé son rapport d'expertise pluridisciplinaire le 24 août 2017. Il a conclu à l'existence d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

Le 27 octobre 2017, l'OAI a rendu une décision de "refus d'entrée en matière" en confirmant la valeur probante de l'expertise réalisée et en attestant l'absence d'aggravation de son état de santé avec répercussion sur sa capacité de travail depuis leur dernière décision du 15 avril 2009.

E. Contre cette décision, A._____, représenté par Me Guerry, avocat, interjette recours devant l'Instance de céans le 28 novembre 2017, concluant sous suite de dépens, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour investigations médicales complémentaires et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il se prévaut en substance d'une constatation inexacte des faits pertinents dès lors que l'incapacité de travail attestée par la neuropsychologue dans l'expertise n'a pas été prise en compte dans l'évaluation de son incapacité de travail. Il précise que la décision attaquée ne constitue pas une décision de refus d'entrée en matière mais bien une décision statuant matériellement sur la nouvelle demande de prestations du 8 juin 2015.

Une avance de frais de CHF 400.- a été versée le 21 décembre 2017.

Dans ses observations du 29 janvier 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Il reconnaît s'être trompé dans l'énoncé de sa décision qu'il a intitulé faussement "refus d'entrée en matière" au lieu de "refus de rente" étant donné qu'il était bien entré en matière. Il indique que le rapport d'expertise pluridisciplinaire confirme l'absence d'aggravation de l'état de santé avec répercussion durable sur la capacité de travail depuis la dernière décision du 15 avril 2009.

Dans ses contre-observations du 5 avril 2018, le recourant relève que, dans ses observations, l'OAI ne s'exprime pas au sujet du grief principal qu'il a soulevé dans son recours, à savoir le caractère contradictoire des avis formulés par les experts de F._____ SA, la neuropsychologue Dr G._____ admettant une incapacité de travail de l'ordre de 30% à 50% alors que le psychiatre Dr H._____ conteste sans raison valable la pertinence des conclusions de celle-ci.

Le 12 avril 2018, l'OAI a indiqué n'avoir pas de remarques particulières à formuler sur les contre-observations du recourant.

Le 20 août 2018, le recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux: l'un émanant de sa physiothérapeute suite au traitement qu'elle a prodigué en juin et en juillet 2018 et l'autre par le Dr I._____, spécialiste en rhumatologie. Il indique que, dans son rapport du 10 août 2018, celui-ci atteste l'existence de limitations fonctionnelles nettement plus sévères que celles mentionnées dans le rapport d'expertise de F._____. Ainsi, force est de constater que son état de santé s'est nettement péjoré postérieurement à la décision rendue le 15 avril 2009 par l'OAI.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

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

2.

Aux termes 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 830.1), est réputé 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.

2.1. 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).

2.2. 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 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence de l'atteinte à la santé psychique 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 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

2.3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir des travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 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.

3.

D'après l'art 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982 p. 36).

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 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance

conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4.

Dans son arrêt 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière de troubles somatoformes douloureux. C'est ainsi qu'il a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes de type troubles somatoformes douloureux peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement 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. Dorénavant, la capacité de travail des personnes souffrant de troubles somatoformes ou d'autres affections psychosomatiques comparables doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part. En d'autres termes, la tâche de l'expert est avant tout de déterminer dans quelle mesure les troubles concernés induisent des limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur l'activité professionnelle, étant précisé que l'expert doit également vérifier si des limitations identiques du niveau de l'activité sont présentes dans tous les domaines comparables de la vie. L'expert doit également vérifier si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les nouvelles directives émises à l'ATF 141 V 281 par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux sont également valables en cas d'atteinte à la santé découlant d'un "coup du lapin" (cf. ATF 141 V 574).

5. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b).

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 de circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 130 V 349 consid. 3.5; 126 V 75; VSI 2000 p. 314 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b; arrêt TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; arrêt TAF C-2882/2006 du 14 octobre 2009 consid. 6.3).

Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office), constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force 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).

6.

Il y a lieu de préciser ici que, malgré son titre, la décision attaquée a pour objet un refus de rente et non pas une non entrée en matière.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé d'octroyer une rente d'invalidité au requérant. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 15 avril 2009, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querrellée a été rendue, soit le 27 octobre 2017.

6.1. *Situation médicale au moment de la décision du 15 avril 2009*

Au moment de la décision du 15 avril 2009, l'autorité intimée s'est basée principalement sur le rapport d'expertise interdisciplinaire du 19 novembre 2007 du Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, et de la Dresse K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Ceux-ci diagnostiquent des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervical, des cervico-brachialgies et douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux, des séquelles de la maladie de Scheuermann, un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Ils précisent que les critères de gravité de la jurisprudence actuelle ne permettent pas d'attribuer un caractère invalidant au trouble somatoforme indifférencié: l'intensité des douleurs est variable dans le temps et peu handicapante, les algies sont présentes depuis plus de trois ans, il n'y a pas de perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie, ni d'état psychique cristallisé, l'évolution des troubles de l'humeur est favorable sous traitement psychiatrique, la comorbidité psychiatrique s'est nettement améliorée avec un suivi psychiatrique régulier et un traitement médicamenteux psychotrope et, finalement, le requérant a souvent changé de médecins et a été à plusieurs reprises considéré comme peu collaborant et peu compliant aux propositions de traitement.

Les experts mettent également en évidence que ni l'examen clinique, ni le bilan radiologique ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes, leur intensité, leur localisation et leur retentissement fonctionnel. Les signes de surcharge fonctionnelle s'inscrivent dans le contexte d'un trouble somatoforme indifférencié, auquel ne se rattache aucune comorbidité, et l'examen psychiatrique exclut toute pathologie psychiatrique invalidante. Enfin, ils considèrent que le recourant majore ses troubles physiques dans le but d'obtenir des avantages asséculo-logiques et financiers, qu'il exagère ses maux physiques et adopte une attitude histrionique pour capter l'attention.

S'agissant de la capacité de travail, ils estiment qu'il n'y a aucune limitation d'un point de vue psychiatrique et, d'un point de vue ostéo-articulaire, le recourant est limité pour le port de charges supérieures à 15 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, principalement la nuque. De ce fait, la capacité de travail et le rendement du recourant sont de 100% dans son activité professionnelle actuelle, laquelle respecte les limitations fonctionnelles.

Il n'a pas obtenu de rente, ce qui a été confirmé par l'Instance de céans.

6.2. *Nouvelle demande du 17 novembre 2010*

Le 17 novembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en indiquant que son atteinte à la santé était causée par un accident et qu'elle existait depuis le 11 décembre 2003.

Le 25 janvier 2012, le SMR a analysé les rapports médicaux produits et conclu qu'il n'y avait pas de nouveaux diagnostics ou modifications par rapport à ceux qui étaient déjà reconnus.

Le 27 janvier 2012, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière en relevant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que des conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision; il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ainsi, la possibilité pour l'assuré d'exercer à plein temps son ancienne activité n'était pas remise en question.

Dans son arrêt du 15 octobre 2014, la II^{ème} Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a une nouvelle fois confirmé, qu'avec les rapports médicaux produits à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant n'avait pas réussi à rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits et que c'est ainsi à juste titre que l'OAI n'était pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations et avait donc refusé la reprise de l'instruction du dossier.

6.3. *Instruction de la nouvelle demande du 8 juin 2015 et situation médicale au moment de la décision querellée du 27 octobre 2017*

Le 8 juin 2015, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI, en se référant aux séquelles de l'accident de circulation du 27 novembre 2012.

6.3.1. Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, orthopédie, psychiatrie et rhumatologie) a été mise en œuvre par l'OAI. Les experts ont décidé d'ajouter un examen neuropsychologique. Dans l'expertise pluridisciplinaire du 24 août 2017, les experts ont établi chacun un rapport partiel puis conjointement le rapport final après discussion interdisciplinaire.

Les conclusions de l'examen neuropsychologique sont les suivantes: *"L'examen neuropsychologique met en évidence un ralentissement psychomoteur, des difficultés attentionnelles (alerte, indice de vitesse de traitement), un léger dysfonctionnement exécutif (incitation, défaut de génération de stratégies efficaces pour améliorer sa performance et capacités de planification non optimales), des difficultés de mémoire antérograde verbale et visuelle (difficultés à maintenir à long terme l'information apprise). Ce tableau à prédominance attentionnelle, exécutive et mnésique est compatible avec les troubles cognitifs consécutifs à un whiplash tels que décrits dans la littérature (...). Dans ce contexte et d'un point de vue strictement neuropsychologique, une incapacité de travail de l'ordre de 30-50% serait à prévoir. La reprise d'une activité professionnelle peu exigeante en termes de contraintes temporelles et de rendement, laissant à l'assuré suffisamment de temps de pause et effectuée dans un cadre silencieux et calme, devrait toutefois être possible".*

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, il n'y a pas de limitations fonctionnelles et la capacité de travail est entière.

Il en est de même du point de vue neurologique. Ici l'expert souligne que, lors de ses accidents, à chaque fois dans les heures qui suivent, aucune symptomatologie particulière n'est relevée par l'assuré. La symptomatologie, considérée comme anormale, va se manifester bien après l'épisode initial.

Sur le plan orthopédique, l'expert retient une évolution favorable par rapport aux expertises antérieures avec des cervicalgies non expliquées par l'examen clinique et les bilans radiologiques. Il pose les diagnostics suivants avec incidence sur la capacité de travail: discopathie cervicale associée à une petite hernie discale sous-ligamentaire C4-C5 G et spondylarthrose L4-L5 et troubles dégénératifs avec discopathie L4-L5. Quant aux limitations fonctionnelles, on trouve: pas de port de charges supérieur à 15 kg, pas de mouvements en flexion répétitive du rachis lombaire, pas de rotations fréquentes de la nuque. L'expert considère que la capacité de travail est entière comme traiteur et comme conducteur de véhicules.

Sur le plan rhumatologique, l'expert pose les diagnostics suivants avec incidence sur la capacité de travail: discopathie cervicale associée à une petite hernie discale sous-ligamentaire C4-C5 gauche, discopathie L4-L5 et arthrose inter-apophysaire postérieure droite et gauche, dérangement intervertébral mineur D6-D7 et de la charnière dorso-lombaire entraînant une névralgie intercostale gauche. Les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles retenues sur le plan orthopédique. L'expert estime également que la capacité de travail est entière comme traiteur et comme conducteur de véhicules.

Sur le plan psychiatrique, l'expert *"ne relève pas de symptôme en faveur d'une humeur dépressive, d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux. L'assuré est un homme euthymique, qui vaque à ses occupations à son goût et à sa guise. Il n'a pas de trouble psychiatrique incapacitant, pas de limitation fonctionnelle psychique. De ce fait, sa capacité de travail demeure pleine pour l'activité de sommelier ou de traiteur. Il en est de même pour le rendement. (...) Après examen clinique et étude du dossier, l'expert ne peut pas retenir les diagnostics d'épisode dépressif, ni celui de trouble de l'attention, non plus celui d'un trouble de la personnalité, et ceci en l'absence des critères cliniques selon la CIM-10. Par contre les traits de la personnalité histrionique décrits plus haut sont bien présents, également ceux d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus*

par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat somatique. Les critères d'un trouble somatoforme sont également présents, rappelons que selon la CIM-10, (F45), les caractéristiques essentiels de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistant en dépit des bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. L'expert constate qu'il n'y a pas d'évolution des diagnostics depuis l'expertise de 2007, sans limitations fonctionnelles handicapantes du point de vue psychiatrique. L'expert ne peut pas retenir non plus la diminution de capacité de travail retenue par l'examen neuropsychologique, car non objectivé pendant l'entretien clinique". L'expert ne pose pas de diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il pose les diagnostics de traits de la personnalité de type histrionique (F60.4), majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et troubles somatoformes. Il ne retient pas de limitations fonctionnelles.

6.3.2. Dans son recours, le recourant soutient que l'incapacité de travail attestée par la neuropsychologue dans l'expertise – laquelle retenait une incapacité de travail de l'ordre de 30-50% – n'a pas été prise en compte dans l'évaluation de son incapacité de travail.

Au niveau des cognitions, l'assuré se plaint de troubles mnésique, de type oublis. Il oublie les adresses, les dates et les heures des rendez-vous, il oublie les faits récents.

A l'entretien avec le Dr H. _____, il répond aux questions de l'expert, sur les faits récents et sur les faits anciens. Il ne se trompe pas dans le récit de sa biographie, il lui répète les éléments jusqu'au détail quand l'expert y revient. Il restitue bien et donne les dates et les chiffres sans erreur. La mémoire du souvenir fonctionne. L'attention et la concentration sont préservées.

C'est la raison pour laquelle, à juste titre estime la Cour de céans, l'expert psychiatre a affirmé qu'il ne pouvait pas retenir la diminution de capacité de travail retenue lors de l'examen neuropsychologique car celle-ci n'avait pas été objectivée pendant son examen clinique. L'expertise s'écarte d'ailleurs finalement des conclusions énoncées dans le cadre du volet neuropsychologique.

6.3.3. Cette expertise n'est pas remise en cause par les différents éléments du dossier:

- Le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, a pratiqué un EMG, lequel ne permet pas de montrer une lésion périphérique. Cliniquement, il n'a pas d'argument non plus pour une atteinte centrale. De ce fait, la nature de la faiblesse de la préhension reste inconnue (cf. rapport médical du 31 janvier 2014).
- Le Dr D. _____, spécialiste en médecine générale, indique que suite à son accident du 27 novembre 2012 qui a fait une distorsion cervicale, l'assuré souffre de cervicalgie évolutive avec vertige, céphalée et des fois troubles de vision et équilibre motivant des consultations spécialisées (en neurologie et en ophtalmologie). Il souffre aussi de perturbation psychologique représenté par l'anxiété, l'angoisse et le trouble du sommeil. Il se plaint également de fatigue, de douleurs partout, surtout aux membres inférieurs. En se basant sur la description susmentionnée, l'assuré peut effectuer des travaux légers entre

25 à 30% (cf. attestation du 4 août 2015). Dans un rapport subséquent, il estime que l'activité exercée n'est plus exigible et qu'il est en incapacité de travail à 100% (cf. rapport du 5 février 2016). Ces rapports ne remettent pas en cause l'expertise en ce sens qu'ils ne sont pas détaillés, qu'ils ne se basent que sur les allégués du recourant, émanant du médecin traitant, pas spécialiste dans la matière, lequel ne retient d'ailleurs pas les mêmes taux d'incapacité de travail entre ses deux rapports.

- Le Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie, relève que dans le contexte de la nouvelle demande à l'assurance-invalidité, il y a un accident de la circulation survenu le 27 novembre 2012 au cours duquel l'assuré a été victime d'un traumatisme cervical de décélération. Au fil des ans, il a développé une série de symptômes avec notamment, en 2015, des douleurs cervicales et lombaires, des malaises avec des sensations de vertige, des douleurs à type de brûlure dans les deux membres inférieurs, des maux de tête, etc. Outre le traumatisme cervical susmentionné, il a mis en évidence des troubles dégénératifs de la colonne lombaire à l'IRM, notamment une discopathie L4-L5 assez avancée ainsi que des troubles dégénératifs des articulations postérieures, spécialement en L4-L5. Dans un rapport précédent du 7 mai 2015, ce médecin relevait en outre qu'une partie des symptômes décrits par l'assuré sont difficilement "objectivables" avec les examens complémentaires comme le montrent les rapports neurologiques. Un autre problème est la discordance qui existe entre, par exemple, les résultats des IRM et la répercussion fonctionnelle puisqu'il n'y a pas de corrélation linéaire entre le degré de dégénérescence de la colonne et l'importance des douleurs par exemple (cf. rapport du 2 septembre 2015). Dans un rapport subséquent, il estime que la dernière activité de chauffeur n'est plus exigible et que l'on ne peut pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, respectivement à l'amélioration de la capacité de travail (cf. rapport du 27 octobre 2015). Ce médecin évoque le problème d'atteintes difficilement "objectivables" ainsi qu'une discordance entre le degré de dégénérescence de la colonne et l'importance des douleurs, ce qui a comme conséquence que ses conclusions sur la capacité de travail du recourant qu'il estime à 100% pour toute activité ne peuvent être retenues parce que pas médicalement approuvé et que les conclusions de l'expertise doivent lui être préférées.
- La Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie, indique que son patient vient à ses consultations régulièrement depuis le 30 janvier 2013. Il souffre d'un trouble de la personnalité, de troubles du sommeil et de plaintes somatiques (cf. attestation médicale du 10 septembre 2015). Dans un rapport subséquent, elle pose les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail: depuis 2013, troubles somatoformes indifférenciés (F45.0) et trouble de la personnalité (F60.9). Elle indique que c'est un patient qui vient régulièrement aux entretiens avec une attente bien explicite d'être reconnu comme malade et invalide. C'est dans ce cadre qu'il lui est difficile de se prononcer en ce qui concerne son pronostic et que peut-être une expertise pourrait remplir ce rôle. Il a un traitement antidépresseur mais il aurait arrêté le traitement de lui-même. Elle répond par l'affirmative à la question de savoir si l'activité exercée est encore exigible et elle propose de faire un stage adapté (par exemple un atelier CPAI) et progressivement augmenter le taux de travail (cf. rapport médical du 17 février 2016). Ce médecin va dans le sens de l'expertise quand elle dit qu'elle-même a de la difficulté à se prononcer et qu'il faut une expertise. Elle retient également que son patient a une attente bien explicite d'être reconnu comme malade et invalide.

- Le Dr I._____, spécialiste en rhumatologie, pose le diagnostic de cervicobrachialgies gauche plurifactorielles et indique qu'une limitation radiculaire peut être très limitative, même dans une activité professionnelle relativement légère. Il ne fixe pas de taux d'activité exigible relevant que cela dépend de l'activité et de la fluctuation de ses douleurs dans cette activité qui peut varier selon les jours (cf. rapport médical du 20 août 2018).

6.3.4. En conclusion, l'expertise pluridisciplinaire s'est fondée sur le dossier assécurologique complet du recourant (pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte social, familial et économique ainsi que sur les examens cliniques des différents spécialistes). Les plaintes de l'expertisé ont été prises en considération. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions sont motivées. Dès lors, l'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels et ses conclusions sont convaincantes et peuvent être suivies. En effet, il a été vu ci-dessus que l'expertise neuropsychologique (incapacité de 30-50%) ne peut pas être retenue, l'expert lui-même n'ayant pas confirmé son estimation primaire dans le rapport final après discussion interdisciplinaire. Les rapports émanant des médecins traitants du recourant ne permettent pas non plus de mettre en cause ces conclusions. De plus, il faut rappeler ici que les avis des médecins traitants doivent, de jurisprudence constante, être appréciés de façon prudente compte tenu du lien particulier qui les lie à leur patient.

6.4. La Cour de céans remarque que l'assuré souffrait, au moment de la décision du 15 avril 2009, de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervical, des cervico-brachialgies et douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette dans un contexte de syndrome douloureux, des séquelles de la maladie de Scheuermann, un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Les troubles physiques retenus en 2009 sont globalement superposables à ceux retenus en 2017 et entraînent les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges supérieur à 15 kg, pas de mouvements en flexion répétitive du rachis lombaire, pas de rotations fréquentes de la nuque. Sur le plan psychique, les troubles psychiques non invalidants qui étaient présents en 2009 se retrouvent de manière inchangée dans l'expertise de 2015: majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68) et trouble somatoforme douloureux (F45). L'expert psychiatre, le Dr H._____, relève le caractère démonstratif de l'assuré et sa tendance à l'amplification des symptômes. Ceci est confirmé par les autres experts dans le cadre de la discussion pluridisciplinaire entre les experts.

Au vu de ce qui précède, aucune aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision de refus de rente ne peut être considérée comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

7. Ainsi, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Des frais sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont partiellement compensés par l'avance de frais de CHF 400.-, CHF 400.- étant encore dus par le recourant.

Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont partiellement compensés par l'avance de frais de CHF 400.- versée, un solde de CHF 400.- étant encore dû par le recourant.
- III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.
- 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 7 janvier 2019/mfa

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :