

# FR\_GERICHTE 605 2017 192 vom 22. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_192](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_192)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 192 du 22 août 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 192 del 22 agosto 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 6

septembre 2017. Il conclut, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er juillet 2014 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. En substance, il conteste la valeur probante de la dernière expertise psychiatrique du Dr B.\_\_\_\_\_, en particulier s'agissant de la gravité du trouble dépressif. Il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.- le 22 septembre 2017. Dans ses observations du 20 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours, en confirmant la valeur probante de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, au contraire des rapports du psychiatre traitant. Le 12 mars 2018, le recourant produit une nouvelle contre-expertise privée, réalisée par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E.\_\_\_\_\_, psychologue, mettant en lumière l'évolution de l'intensité du trouble dépressif. Sur cette base, il modifie ses conclusions, en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée du 1er juillet 2014 au 31 mars 2017, puis à partir du 1er avril 2018 pour une durée indéterminée, correspondant aux périodes durant lesquels le trouble dépressif devait être qualifié de sévère et justifiait une incapacité de travail totale. Dans ses ultimes remarques du 20 avril 2018, l'OAI produit une détermination du Service médical régional (SMR) et relève que la nouvelle expertise ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation et ne permet pas de remettre en cause les conclusions concordantes de trois expertises psychiatriques. Il fait remarquer que l'aggravation alléguée au cours de la procédure de recours ne concerne pas la décision querellée, et informe la Cour du fait que le recourant a déposé, parallèlement à la présente procédure, une nouvelle demande de révision, formulée encore une fois 8 mois après la décision de refus, procédé systématique qu'il considère comme étant à la limite de la bonne foi. Par intervention spontanée du 25 juin 2018, l'OAI est revenu sur la demande de révision formée le 12 mars 2018 par le recourant, et a produit une copie du rapport d'expertise déposé à l'appui de cette demande. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 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 831.20),

est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 2.1. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion aux termes desquels il y a lieu de conclure 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2 et les références). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses

douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). 2.2. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 3. 3.1. D'après une jurisprudence constante, 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). 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 (cf. art. 28 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 3.2. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). 3.3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'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). Ainsi, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). 4. 4.1. Selon l'art. 87 al. 4 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. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 4.2. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). Tout changement important des 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 ; VSI 1996 p. 192

consid. 2d ; ATF 113 V 22 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 5. Est litigieux le rejet d'une nouvelle demande de rente, la deuxième. La question déterminante en l'espèce est celle de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI (ci-dessus consid. 2.1). 5.1. Il s'agit de revenir sur le dossier afin de voir si et dans quelle mesure la situation médicale du recourant a évolué depuis la dernière décision de refus.

5.1.1. Demande initiale du 3 février 2009 L'assuré, né au Kosovo en 1964, a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1985 comme maçon auprès de l'entreprise F. \_\_\_\_\_ SA.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 Suite à une restructuration de l'entreprise, il a été licencié et s'est trouvé en incapacité de travail dès le 28 août 2008 (dossier OAI, pièce 21). Le 6 février 2009, il a déposé une première demande de prestations AI, indiquant souffrir de dépression depuis 2004. La présence de « problèmes physiques » était également mentionnée (dossier OAI, pièce 2). 5.1.2. Refus initial (décision de l'OAI du 23 novembre 2009) La première décision de refus, rendue par l'OAI le 23 novembre 2009, se fondait principalement sur deux expertises psychiatriques. La première, datée du 18 février 2009, avait été réalisée par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assureur-maladie du recourant (dossier OAI, pièce 21, p. 57-68). Ce dernier expliquait tout d'abord que les problèmes de l'assuré avaient vraisemblablement commencé en 2004, suite à l'ablation de sa vésicule biliaire (cholécystectomie), qu'il semblait avoir mal vécue, sans l'empêcher toutefois de travailler jusqu'à son licenciement en 2008 (expertise, p. 6). Il concluait à un état dépressif, sans en identifier réellement les symptômes objectifs et avait noté une mauvaise compliance médicamenteuse (expertise, p. 5). Il avait insisté sur le comportement d'invalidé présenté par l'assuré et avait souligné l'importance des plaintes subjectives ainsi que la conviction qu'avait développée l'assuré d'être gravement malade, de sorte qu'il avait retenu une problématique de type somatoforme (expertise, p. 6). En conclusion, il avait retenu une diminution de la capacité de travail de 50%, uniquement pour une durée de quelques semaines et non sur le long terme (expertise, p. 8). La seconde expertise avait été réalisée dans le cadre de l'examen de la demande de rente le 22 octobre 2009 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, pièce 44). Cette expertise revenait également sur la survenance des problèmes psychiques de l'assuré, plus ou moins contemporains de la perte de son emploi, ainsi que sur sa conviction d'être gravement malade (expertise, p. 6). L'expert ne dénotait, lui non plus, aucun signe apparent d'une atteinte psychiatrique et confirmait le développement d'un trouble somatoforme douloureux (expertise, p. 12). Un état dépressif installé sur la durée ne lui semblait en revanche pas cohérent, tant au regard de l'anamnèse que d'autres éléments rapportés sur un plan social (expertise, p. 13). Il ne retenait dès lors aucune comorbidité psychiatrique accompagnant le trouble somatoforme et donnant à penser que celui-ci devrait être considéré comme invalidant (expertise, p. 13). L'autorité intimée avait alors, par décision du 23 novembre 2009, refusé tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante sur le plan psychiatrique ou somatique (dossier OAI, pièce 48). 5.1.3. Recours, complément

d'instruction et nouveau refus (décision de l'OAI du 5 juin 2013) Dans le cadre de son recours contre ce premier refus, l'assuré avait notamment fait valoir une contre-expertise psychiatrique privée, établie par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 14 octobre 2010, dossier OAI, pièce 72, p. 231-624).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 En substance, cette contre-expertise contredisait les deux précédents experts, en affirmant que les limitations survenues chez le recourant avant 2008 n'avaient pas été bien prises en compte et qu'elles avaient progressivement entraîné une décompensation totale (expertise, p. 12). Il avait posé le diagnostic d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (expertise, p. 13) et avait exclu toute capacité de travail résiduelle, même dans un milieu protégé (expertise, p. 14). Au vu de ce rapport, la Cour de céans avait renvoyé le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et une nouvelle expertise avait été mise en œuvre auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 janvier 2012 (dossier OAI, pièce 111), l'expert avait signalé la très faible collaboration du recourant (expertise, p. 2), de sorte que la plupart des examens s'étaient avérés impossibles à réaliser (expertise, p. 17). Il avait même envisagé une simulation (expertise, p. 23). Il n'avait reconnu aucune pathologie psychiatrique, mais avait évoqué une réaction probable suite au refus des prestations d'assurance (expertise, p. 23). Dans ce contexte, à défaut d'atteinte psychique établie pouvant justifier une incapacité de travail, l'OAI avait rendu une nouvelle décision de refus le 5 juin 2013. Saisie d'un nouveau recours contre cette décision, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 25 février 2015 (605 2013 136) et a confirmé le refus de toute prestation. Elle avait notamment constaté que trois experts psychiatriques différents (Drs G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, et B.\_\_\_\_\_) avaient exclu la présence d'atteinte invalidante, à défaut d'avoir pu identifier des symptômes psychiatriques objectifs (arrêt du 25 février 2015, consid. 3a, 3b et 3d). Ces experts avaient également insisté sur la conviction d'être invalide que semblait avoir développée l'assuré (arrêt du 25 février 2015, consid. 3a, 3b et 3d) ainsi que sur sa non-compliance (arrêt du 25 février 2015, consid. 3a) et sa faible collaboration lors des examens (arrêt du 25 février 2015, consid. 3c et 3d). La Cour avait par ailleurs mis en doute la valeur probante de la contre-expertise réalisée par le Dr I.\_\_\_\_\_, en relevant que l'assuré n'avait semble-t-il pas prononcé un mot durant tout l'examen mais que ses filles qui s'étaient exprimées à sa place. En outre, l'expert ayant lui-même constaté l'impossibilité de tout examen psychologique structuré, il semblait difficile de pouvoir déceler la présence de symptômes psychotiques dans ces conditions (arrêt du 25 février 2015, consid. 3c). Les autres rapports médicaux au dossier, notamment ceux du Dr J.\_\_\_\_\_, et de la Dresse K.\_\_\_\_\_, attestant d'un épisode dépressif sévère, ne permettaient pas non plus de mettre en doute les conclusions des trois experts précités, dans la mesure où leur analyse semblait reposer sur les seules plaintes de l'assuré, tout en soulignant un contexte psychosocial manifestement défavorable (arrêt du 25 février 2015, consid. 3e). Les atteintes physiques n'avaient pas non plus été jugées invalidantes, dans la mesure où l'assuré avait pu continuer à travailler jusqu'à son licenciement pour motifs économiques (arrêt du 25 février 2015, consid. 3g). La Cour avait enfin souligné la présence de nombreux facteurs extra-médicaux, en particulier la perte de travail survenue en 2008 (arrêt du 25 février 2015, consid. 3h).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 Saisi d'un recours contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a rejeté le 2 décembre 2015 (dossier OAI, pièce 180). En substance, le TF avait considéré qu'aucune incapacité de travail n'était médicalement établie, soulignant en particulier que

l'impossibilité de procéder à l'examen psychiatrique d'un assuré (soulignée par les experts I. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_) ne saurait justifier de lui conférer un statut d'invalidé. Il avait retenu que rien ne permettait de mettre en doute les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_, selon lequel aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail ne subsistait 6 à 8 semaines après son rapport du 18 février 2009. Enfin, il avait estimé qu'un éventuel complément d'instruction serait dépourvu de sens, dès lors que plusieurs experts s'accordaient à dire que tout examen psychologique ou psychiatrique structuré était impossible (arrêt du 2 décembre 2015, consid. 6.2).

5.1.4. Deuxième demande du 21 janvier 2014 et décision querellée du 14 juillet 2017

Parallèlement à tout cela, l'assuré a demandé la révision de son dossier le 21 janvier 2014, soit environ 8 mois après la décision de refus, en invoquant l'aggravation de son état de santé attestée dès le mois de septembre 2013 par la Dresse L. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 155). Ce médecin, dans un rapport du 27 novembre 2013, a posé le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques », et a signalé une péjoration de l'état de santé psychique en septembre 2013, ayant nécessité une hospitalisation psychiatrique suite à un tentamen par ingestion d'eau de javel et de médicaments (dossier OAI, pièce 148). Dans le cadre de l'instruction de la demande de révision, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de O. \_\_\_\_\_, ont indiqué dans un rapport du 27 mai 2015 le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique » et ont retenu une incapacité de travail totale pour la pathologie psychique (dossier OAI, pièces 166-167). La Dresse P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse Q. \_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de R. \_\_\_\_\_, ont formulé les mêmes observations dans un rapport du 19 novembre 2015 (dossier OAI, pièces 178-179). L'assuré a en outre produit un rapport du 7 mars 2016 de son nouveau psychiatre traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec des symptômes psychotiques ». Il a considéré que ce trouble avait pour effet différentes limitations psychiques : « ralentissement psychomoteur, trouble de l'attention et de la concentration, trouble mnésique, agressivité et hostilité, ancrage aléatoire à la réalité et mode de pensée persécutoire » (dossier OAI, pièce 185). Dans un second rapport du 21 septembre 2016, ce médecin a attesté du fait qu'il suivait l'assuré à raison d'un entretien par mois et qu'il faisait preuve d'une compliance optimale avec un bon investissement. Il a confirmé que l'épisode dépressif actuel était toujours sévère « du fait de la présence prégnante d'idées suicidaires dans un contexte d'idées de dévalorisation, d'inutilité et de culpabilité ». Tout en confirmant les limitations précédemment évoquées, il a formé un « pronostic défavorable pour une activité même à 20% dans l'économie réelle » (dossier OAI, pièce 191). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a été à nouveau mandaté afin de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique. Dans son rapport du 13 avril 2017 (dossier OAI, pièce 196), l'expert relève que l'assuré est cette fois « tout à fait collaborant » et « répond cette fois-ci de manière claire et précise aux questions

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 qui lui sont adressées ». Parallèlement à cela, il signale un manque d'authenticité : « Frappe surtout une attitude que l'on peut qualifier de théâtrale, avec clignement des paupières et un bégaiement très atypique, avec un assuré qui s'exprime d'une voix chuchotée, exclusivement en fin d'expirium, ce qui donne un sentiment d'inauthenticité manifeste » (expertise, p. 9). Après avoir passé en revue l'ensemble du dossier médical et assécurologique, l'expert relaie les dires de l'assuré quant à son histoire personnelle et sa situation actuelle (peur d'être pris pour un fou par son entourage, réveils

nocturnes et cauchemars, irritabilité, frustration à l'égard de son épouse), ainsi que son sentiment subjectif d'être incapable de travailler. Les critères diagnostiques de la CIM-10 visant à déterminer le tableau clinique des troubles de l'humeur sont examinés de façon détaillée (le poids est stable, le sommeil est variable, la relation de l'assuré avec ses enfants semble investie et, malgré une situation conflictuelle, le couple a encore des rapports intimes occasionnels). Dans ces conditions, l'expert estime « difficile de parler d'une anhédonie ou d'un apragmatisme ». Sur cette base, l'expert parvient ainsi à la conclusion que le trouble dépressif récurrent diagnostiqué doit être qualifié « d'intensité légère » (expertise, p. 14-15). Ainsi, il retient les diagnostics d'« épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère, avec éléments d'amplification des symptômes » et de « fonctionnement de personnalité du registre histrionique » (expertise, p. 12). S'agissant d'une éventuelle aggravation de l'état de santé, il considère que « le tableau clinique est superposable à l'ensemble des expertises réalisées, à l'exception de celle du Dr I. \_\_\_\_\_, mais qui se situait dans cette période charnière entre 2010 et 2011 où l'assuré ne pouvait formuler un mot ou donner des réponses même approximatives et était en grande partie inexaminable, ce qui manifestement n'est plus le cas actuellement » (expertise, p. 16). Dès lors, il ne retient aucune modification majeure à sa précédente appréciation, si ce n'est une « évolution dite sinistrosique », soit « lorsque la contestation des décisions médicales et administratives prennent une place prédominante qui dépasse celle de la souffrance elle-même » (expertise, p. 16). Il relève que « la diminution des capacités fonctionnelles semble pour l'essentiel due à des facteurs non pris en compte par l'assurance, tels la durée de l'éloignement du monde du travail, la situation économique, l'âge et des éléments socio-culturels » et confirme l'absence de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail (expertise, p. 19). Partant, il considère que la capacité de travail est toujours entière dans toute activité (expertise, p. 22). Enfin, il souligne la « prise en charge dans les règles de l'art, mais avec absence de réponse à tous les traitements proposés. Il y a donc une mise en échec systématique des différentes prises en charge réalisées » (expertise, p. 20) et relève que « les éléments d'amplification ou de dramatisation (...) indiquent bien toute la difficulté pour le médecin traitant de pouvoir considérer avec une certaine objectivité les plaintes alléguées de cet assuré » (expertise, p. 13). Dans un troisième rapport du 26 juin 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_ a contesté l'avis de l'expert. Il signale différents éléments du contexte social (isolement social, incurie et clinophilie, crainte de la famille d'un passage à l'acte suicidaire) et de l'atteinte à la santé (ralentissement psychomoteur, épuisement, séquelles du tentamen par ingestion d'eau de javel, troubles de la mémoire) que l'expert aurait omis de prendre en considération. Il conteste l'estimation de l'intensité du trouble dépressif, considérant que cinq critères de la lettre C sont remplis en l'espèce, justifiant une qualification « d'intensité sévère » du trouble dépressif. En conclusion, il admet une capacité de travail de 30% au maximum dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 202).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 Le dossier a été soumis au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'OAI. Ce dernier, dans son appréciation du 4 juillet 2017, a constaté la pleine valeur probante de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, et en particulier son exposé des raisons médicales objectives qui justifient le diagnostic d'épisode dépressif léger plutôt que sévère. Il a en revanche estimé que le rapport du psychiatre traitant n'apportait aucun élément médical objectif nouveau en le qualifiant « d'appréciation de la situation de l'assuré par le psychiatre traitant, basée essentiellement sur les dires de l'assuré, sans élément objectif entrant en contradiction avec les observations de l'expert » (dossier OAI, pièce 204). C'est dans ce

contexte que l'OAI a rendu la décision querellée de refus de rente, le 14 juillet 2017, en ne retenant la présence d'aucune atteinte invalidante au sens légal. 5.1.5. Recours et éléments médicaux ultérieurs A l'appui de son recours auprès de la Cour de céans, le recourant se réfère principalement à l'avis de son psychiatre traitant et conteste la valeur probante de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. Il considère que l'analyse, par cet expert, du degré de sévérité du trouble dépressif dont il souffre, n'est pas suffisamment circonstanciée et ne répond pas aux exigences jurisprudentielles à ce propos, et critique tout particulièrement l'examen des critères de la CIM-10 par l'expert (investissement de la relation avec ses enfants, poids stable, sommeil variable et intérêt conservé pour la sexualité). Dans le cadre de l'échange d'écritures, le recourant a ensuite produit une nouvelle contre- expertise privée, établie le 9 février 2018 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par E.\_\_\_\_\_, psychologue. Sur la base de l'examen du dossier et des déclarations du recourant, le rapport du 9 février 2018 retient un « trouble dépressif récurrent sévère entre janvier 2010 et décembre 2011, de septembre 2013 à décembre 2016 et de janvier 2018 à l'heure actuelle, entrecoupé de rémissions partielles dans le sens d'épisodes dépressifs légers de janvier 2012 à août 2013 et de janvier 2017 à décembre 2017 dans le contexte de traits de la personnalité histrionique » (expertise, p. 18). L'expert conteste le diagnostic posé par le Dr I.\_\_\_\_\_ de « trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques », et explique que le recourant ne présente qu'une « décompensation des traits de la personnalité histrionique qui aurait pu être prise pour des symptômes psychotiques ». Il confirme en revanche le diagnostic d' « épisode dépressif léger sans limitations fonctionnelles significatives » posé par l'expert B.\_\_\_\_\_ lors des expertises réalisées en 2012 et 2017 (expertise, p. 18). A cet égard, il affirme ne pas disposer d'élément objectif pour « comprendre l'attitude des psychiatres traitants de ne pas retenir les améliorations de 2012 et 2017 ». En revanche, il ne comprend pas non plus « l'attitude du Dr B.\_\_\_\_\_ de ne pas retenir l'existence d'épisodes dépressifs plus sévères que l'épisode dépressif léger, chez un assuré ayant nécessité une hospitalisation psychiatrique suite à une tentative de suicide par ingestion de toxiques. De plus, un autre expert reconnu, le Dr G.\_\_\_\_\_, avait identifié un épisode dépressif moyen dans le passé, donc on ne peut pas supposer que l'assuré n'a présenté que des épisodes dépressifs légers. Dans ce contexte, on peut conclure à un trouble dépressif récurrent, parfois sévère, parfois moyen, parfois léger, mais dont la temporalité n'a pas été décrite jusqu'à présent, ni par les psychiatres traitants, ni par le dernier expert qui a rencontré l'assuré à deux reprises » (expertise, p. 18).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Dans le cadre de l'analyse des critères de la dépression selon la CIM-10, le contre-expert retient, sur la base de l'anamnèse, la réalisation de trois critères majeurs, soit une tristesse de degré anormal durant au moins deux semaines, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables, ainsi qu'une réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité (expertise, p. 28). Les critères mineurs de la dépression ont également été passés en revue (expertise, p. 28-29). Le contre-expert a par ailleurs exclu la présence de toxicodépendance (p. 26), de symptômes psychotiques (p. 27), d'un trouble anxieux (p. 31), d'un trouble somatoforme douloureux (à défaut de plaintes sans substrat organique ; p. 33), ainsi que d'un trouble de l'adaptation (p. 34). En revanche, il confirme le diagnostic de « traits de la personnalité histrionique non décompensés actuellement » (p. 33). En conclusion, le spécialiste pose le diagnostic de « trouble dépressif sévère récurrent sans symptôme psychotiques évoluant avec des hauts et des bas depuis 2010 au présent, et dernier épisode dépressif sévère depuis janvier 2018 au

présent », ainsi que de « traits de la personnalité histrionique non décompensés actuellement » (p. 35). Il considère que la situation n'est pas stabilisée et devra être réévaluée après 12 mois, après mise en place d'un traitement adéquat (p. 43). Ainsi considère-t-il qu'il convient de retenir des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement durant les périodes durant lesquelles le trouble est qualifié de sévère (« tristesse intense, troubles de la concentration objectivables, idées suicidaires parfois avec des passages à l'acte, ralentissement psychomoteur sévère, aboulie, perte de l'élan vital, isolement social significatif et intolérance au stress »), ayant pour conséquence une capacité de travail nulle (expertise, p. 19 et 43). En revanche, lors des épisodes légers, seules des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives non significatives cliniquement sont retenues (« tristesse présente une partie de la journée, mais pas aussi intense qu'auparavant, troubles de la concentration subjectifs, fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur, sans aboulie, sans anhédonie, sans isolement social significatif, et intolérance au stress ») ; durant ces périodes, la capacité de travail médico-théorique est de 100% sans baisse de rendement (expertise, p. 19 et 43). Il relève qu'« au-delà des diagnostics susmentionnés et des limitations fonctionnelles citées, il existe une situation socio-économique défavorable, car l'assuré a du mal à trouver du travail à son âge, en plus d'un important déconditionnement » (p. 38). « L'assuré n'arrive pas à se projeter professionnellement. Sa précarité économique et son déconditionnement influencent négativement la situation, mais ne remettent pas en question les diagnostics susmentionnés » (p. 39). Finalement, le Dr D.\_\_\_\_\_ exclut une exagération consciente des symptômes, mais souligne « des avantages primaires, en lien avec des traits de la personnalité histrionique qui décompensent ponctuellement » (p. 38), et ne retient aucune discordance entre le tableau clinique observé au moment de l'expertise, les plaintes de l'assuré et le dossier asséculologique (p. 42). Sur la base de cette contre-expertise, le recourant a modifié les conclusions de son recours, en ce sens qu'il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er juillet 2014 jusqu'au 31 mars 2017, puis à partir du 1er avril 2018 pour une durée indéterminée (contre-observations du 12 mars 2018).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 Le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé sur cette contre-expertise le 19 avril 2018. Il considère que l'évaluation de la capacité de travail du recourant par le Dr D.\_\_\_\_\_, s'agissant de la période de janvier 2010 à décembre 2011, ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation, laquelle a d'ores et déjà fait l'objet d'une décision validée par les autorités judiciaires successives. Il estime que ce rapport ne permet pas de remettre en cause la décision querellée du 14 juillet 2017, mais au contraire de la confirmer, dans la mesure où le début de l'incapacité de travail actuelle alléguée est postérieur à la décision attaquée. En revanche, les incapacités de travail antérieures relèvent uniquement d'une appréciation différente d'une même situation médicale, solidement documentée par 3 expertises psychiatriques aux conclusions concordantes. Il indique enfin que l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité pourra être déposée en cas de persistance d'une atteinte incapacitante à l'issue du délai préconisé par l'expert (appréciation du 19 avril 2018 du Dr S.\_\_\_\_\_ annexé aux ultimes remarques de l'OAI du 20 avril 2018) 5.2. 5.2.1. D'emblée, la Cour relève que le dossier comporte déjà 6 expertises psychiatriques, émanant de 5 spécialistes différents. Tous s'accordent sur l'existence d'un trouble dépressif récurrent, ce qui est également confirmé par l'ensemble des rapports médicaux au dossier. Les atteintes physiques, invoquées à l'époque de la première demande de rente, ne semblent en revanche plus avoir la moindre influence sur

l'état de santé du recourant. Seule est ainsi litigieuse l'appréciation de la gravité du trouble dépressif, et plus précisément son aggravation depuis la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision de refus de prestations du 5 mai 2013, confirmée par le Tribunal cantonal le 25 février 2015 puis par le Tribunal fédéral le 2 décembre 2015. A cette époque, la situation médicale avait été évaluée principalement sous l'angle de 4 expertises, soit celles des Dr G. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_, I. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_. Lors de l'analyse du cas par les autorités judiciaires successives, les conclusions de l'expert B. \_\_\_\_\_, concordantes avec celles des experts H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, avaient été considérées comme particulièrement convaincantes, alors que la valeur probante du rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ avait été mise en doute. 5.2.2. Quant à la décision litigieuse, qui porte sur la nouvelle demande formulée le 21 janvier 2014, elle a été rendue à la lumière de la seconde expertise réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_ le 21 septembre 2016. A cet égard, la Cour constate que pour rédiger son rapport, cet expert s'est fondé sur le dossier asséculoologique complet du recourant – lui donnant une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte social, familial et économique – ainsi que sur un examen clinique réalisé le 19 octobre 2016, en présence d'un interprète. A cette occasion, le recourant a pu décrire son histoire personnelle ainsi que sa situation actuelle et a été en mesure de s'exprimer sur son état psychique et moral actuel (journées passées chez lui, peur d'être pris pour un fou par son entourage, réveils nocturnes et cauchemars, irritabilité, frustration à l'égard de son épouse). Il appert ainsi que les plaintes du recourant ont été dûment prises en compte par l'expert. En outre, à l'occasion de cet entretien, l'expert a pu procéder à une analyse détaillée des critères diagnostiques de la CIM-10.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 Il a en revanche renoncé à procéder à des tests psychométriques, étant précisé que de tels tests avaient été passés lors de sa précédente expertise, et dont les résultats s'étaient avérés « fortement pathologiques pour tous les facteurs », les rendant ainsi « totalement contradictoires » et susceptibles de « suggérer une tendance à la dramatisation ou à l'amplification des difficultés » (rapport d'expertise du 19 janvier 2012, dossier OAI, pièce 111, p. 16). A cet égard, outre qu'il appartient à chaque expert de décider de l'opportunité de tels tests (cf. arrêt TF I 117/07 du 28 février 2008), on relèvera que ces tests peuvent être aisément exagérés ou minimisés par la personne qui les complète, qui plus est alors que les questions posées lors de ces tests sont aisément accessibles, ce qui facilite une éventuelle préparation. Cela est d'autant plus le cas lorsqu'un risque de simulation a été évoqué, comme en l'espèce. Au surplus, les observations et conclusions de l'expert sont décrites et motivées de manière détaillée. Ainsi, dans la mesure où ce rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. Les rapports émanant des médecins traitants du recourant ne permettent pas non plus de mettre en cause ces conclusions, dans la mesure où aucun d'eux n'établit une réelle péjoration de la situation par rapport à celle qui prévalait lors du précédent refus de rente. Tous semblent en effet reposer sur les seules plaintes du patient, tout comme les rapports des médecins traitants qui avaient été écartés à l'époque du premier refus de rente. Ainsi, la Dresse L. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 novembre 2013 produit par le recourant à l'appui de sa demande de révision, si elle relève une péjoration de l'état de santé suite au tentamen suicidaire de septembre 2013 ayant nécessité une hospitalisation, elle fait également état d'une absence d'évolution et confirme le diagnostic qui avait déjà été formulé par les médecins traitants à l'époque du précédent refus de rente. Quant aux médecins de O. \_\_\_\_\_ et de O. \_\_\_\_\_, dans leurs rapports des 27 mai 2015 et 19

novembre 2015, ils répètent à leur tour ce même diagnostic sans apporter d'élément nouveau qui permettrait d'établir une aggravation de l'état de santé. Enfin, s'agissant du nouveau psychiatre traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, il retient un diagnostic contredit par tous les autres avis médicaux au dossier (présence de « symptômes psychotiques »). Par ailleurs, ses conclusions visant à qualifier de « grave » le trouble dépressif semblent se baser principalement sur les plaintes exprimées par le patient lui-même ainsi que sur les craintes formulées par sa famille (crainte d'un nouveau passage à l'acte suicidaire) et le contexte social défavorable. Il convient finalement de rappeler que son statut de psychiatre traitant le rend de facto enclin, en cas de doute à prendre parti pour son patient et à relayer ses plaintes, qui plus est dans un contexte de possible simulation, comme souligné par l'expert B. \_\_\_\_\_. Au vu de tous ces éléments, il apparaît que l'autorité intimée était légitimée à retenir l'appréciation de l'expert plutôt que celle de ses médecins traitants, au moment où a été rendue la décision litigieuse. 5.2.3. Il convient encore d'examiner si la contre-expertise produite par le recourant dans le cadre de la présente procédure de recours permet de remettre en cause cette appréciation. A titre liminaire, il convient de relever que celle-ci a été établie à la demande du recourant le

## **E. 9**

février 2018, soit bien après la décision litigieuse. Dès lors, en tant que le Dr D. \_\_\_\_\_ se Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 prononce sur la situation médicale postérieure à cette décision, son appréciation ne saurait être prise en considération dans le cadre de la présente procédure, étant donné que selon une jurisprudence constante, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références citées). Partant, s'agissant de l'incapacité de travail alléguée pour la période postérieure à la décision du 14 juillet 2017, elle devra être examinée par l'autorité intimée, le cas échéant, dans le cadre de la nouvelle demande que le recourant a d'ores et déjà déposée, le 12 mars 2018. Par ailleurs, sur la période antérieure au 5 mai 2013, soit la date de la première décision de refus de l'autorité intimée, validée par la Cour de céans puis par le Tribunal fédéral, les conclusions de la contre-expertise ne sauraient pas non plus être retenues aujourd'hui, alors qu'elles viennent contredire celles de trois experts dont les arguments ont été validés par toutes les autorités judiciaires successives. Au contraire, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente d'une même situation, ce qui ne saurait constituer un motif de révision formelle de ce premier refus. Enfin, sur la période pertinente dans le cadre du présent recours, soit depuis l'aggravation invoquée dans la demande de révision déposée par le recourant le 21 janvier 2014, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, il convient tout d'abord de relever que la contre-expertise a été établie plus de 4 ans et demi après le début de l'aggravation alléguée, et que ses conclusions se fondent principalement sur les déclarations de l'assuré lui-même (« selon l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, l'assuré explique avoir présenté des moments de dépression profonde entre janvier 2010 et décembre 2011, de septembre 2013 à décembre 2016 et de janvier 2018 au présent avec des rémissions partielles de janvier 2012 à août 2013 et de janvier 2017 à décembre 2017 » ; rapport, p. 17), ainsi que sur les contradictions constatées entre les différentes appréciations médicales figurant au dossier. En outre, force est de constater que la situation de l'assuré ne semble pas avoir réellement changée, mais semble au contraire totalement similaire à celle qui prévalait à l'époque de la première expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, par exemple en ce qui concerne le descriptif des journées par l'assuré

lui-même : en 2012, l'expert B. \_\_\_\_\_ relevait que « l'assuré estime qu'il n'est pas bien et ne peut pas travailler » et « passe sa journée couché à regarder la télévision » (dossier OAI, pièce 111, p. 13). En 2016, les déclarations du recourant sont similaires : il « estime qu'il ne peut pas travailler », il « ne se lève pas avant 10-11 heures. Il prend son café, mange un peu de pain. L'assuré passe ses journées à fumer sur le canapé et à regarder la télévision, mais sans faire de bruit. Il affirme ne jamais sortir de chez lui, ou très rarement (...) C'est son épouse qui s'occuperait de toutes les tâches ménagères et des repas » (dossier OAI, pièce 196, p. 8). Les déclarations faites au Dr D. \_\_\_\_\_ en 2018 sont d'ailleurs similaires : « il se réveille, puis il prend le petit-déjeuner. Il occupe le reste de son temps sur le canapé à ne rien faire. Parfois, il regarde la télévision mais sans suivre vraiment ce qui se passe, et il refuse de se promener avec ses enfants le samedi alors qu'auparavant il le faisait. Il conduisait la voiture sur de courts trajets en 2017, mais plus actuellement et il allait ponctuellement sur internet en 2017 » (contre-expertise, p. 21). Ainsi, dans un contexte similaire, les deux spécialistes formulent des conclusions différentes s'agissant d'une même période, sur la base d'observations identiques. On peut dès lors qualifier ce nouveau rapport de simple nouvelle appréciation médicale d'une situation qui n'a pas

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 fondamentalement changé. Partant, l'on ne saurait aujourd'hui privilégier ce nouvel avis, alors que le dossier médical, dans sa globalité, va dans le droit sens de l'appréciation de l'expert B. \_\_\_\_\_, dont la première expertise avait été considérée comme particulièrement probante par les autorités judiciaires amenées à trancher les recours successifs interjetés par l'assuré contre le refus initial de rente. 5.3. Au vu de tout 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. On a en effet beaucoup de peine à croire que trois experts psychiatres n'aient pas réussi à identifier la présence d'une atteinte invalidante. Il convient au contraire de retenir que l'aggravation alléguée ne constitue en réalité que l'« évolution sinistrosique », ou névrose de rente, dans laquelle le recourant était déjà engagé à l'époque, qui avait déjà été relevée par plusieurs rapports médicaux dans le cadre du refus de rente initial et pour laquelle la responsabilité de l'assurance-invalidité, aujourd'hui encore, ne saurait être engagée. A cela s'ajoute le fait que le recourant ne semble jamais avoir envisagé la moindre reprise d'une activité professionnelle, même durant les périodes durant lesquelles, aux dires mêmes de l'expert D. \_\_\_\_\_, il se trouvait en « rémission » et bénéficiait d'une pleine capacité de travail, sans aucune diminution de rendement. Le fait que des demandes de révision matérielle soient systématiquement déposées quelques mois à peine après la notification du refus de rente par l'autorité intimée, ainsi que la multiplicité des expertises psychiatriques auxquelles le recourant s'est soumis, ne fait que confirmer cette recherche effrénée de reconnaissance asséculo-logique. Un renvoi pour nouvelle expertise en vue de départager l'opinion des experts B. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ serait dès lors manifestement dénué de tout sens, dans un tel contexte. 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Des frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont compensés avec son avance de frais. Il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 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 compensés avec l'avance de frais du 22 septembre 2017. 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 22 août 2018/isc Le Président : La Greffière :

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