

FR_GERICHTE 605 2018 203 vom 12. Juni 2019

FR Kantonsgericht, 2019-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_203

FR: FR_GERICHTE 605 2018 203 du 12 juin 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 203 del 12 giugno 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

Est litigieuse l'augmentation du quart de rente touché depuis de nombreuses années, qui avait en son temps été porté même à la demi-rente lorsque l'état de santé s'était aggravé au niveau psychique. Le recourant soutient que son état s'est aggravé en se référant tout particulièrement aux conclusions de la dernière expertise qui avait été ordonnée par l'OAI. Ce dernier office soutient que l'expertise doit être écartée parce qu'elle ne constitue qu'une nouvelle appréciation d'un état de santé resté globalement inchangé. Qu'en est-il ?

E. 7

Confirmation, en 2011, du quart de rente Dans un précédent jugement du 10 février 2011 (605 2008 463, dossier AI p. 562), la Cour de céans, qui avait également été précédemment saisie (cf. jugement du 5 juin 2003, 5S 01 467, dossier AI p. 299), a eu l'occasion de se pencher sur le parcours du recourant, qui s'était au départ vu accorder un quart de rente en 2001 fondé sur un degré d'invalidité de 42%.

E. 7.1

Celui-ci, machiniste durant plusieurs années, souffrait de lombo-sciatalgies, associées à des troubles dépressifs survenus dans un contexte de syndrome douloureux somatoforme, qui limitaient globalement sa capacité de travail de 30%.

E. 7.2

Plus tard, un état dépressif de degré moyen s'était installé et le quart de rente avait été porté à une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 58%, l'aggravation de l'état de santé étant alors constatée par le Dr C. _____, psychiatre et psychothérapeute mandaté comme premier

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 expert dans ce dossier, qui, comme le retenait la Cour de céans, avait « en effet eu l'occasion d'observer un changement notable dans l'humeur du recourant, devenu triste et apathique: "Er wirkt (diesmal jedoch ohne Übersetzerin!) anders als in der Voruntersuchung, apathisch, energie- und kraftlos, träg, eingeschüchtert, verunsichert, mit depressivem, traurigem Blick und belegter, leiser, etwas flach artikulierter Stimme, spärlichen, resignierten Gesten; psychomotorisch und hinsichtlich formalem Denken wirkt er eher diskret verlangsamt; die geklagte Agitiertheit kann nicht objektiviert werden". Ce changement se manifestait notamment par des crises d'angoisses avec réveils nocturnes et le plongeait dans un état d'agitation: "Neu wird nun nebst bekannter Schmerzproblematik, Vergesslichkeit und Verstopfung über eine vormals völlig abgelehnte

psychische Symptomatik mit Angstträumen, nächtlichem Schreien im Schlaf, Lärmunverträglichkeit, resp. - überempfindlichkeit, Tinnitus, die erwähnte Agitiertheit, verkürzte Konzentrationsfähigkeit und innere Irritation beim Fernsehen und Lesen geklagt" ». La Cour faisait alors remarquer qu'il « s'agissait là des signes, précédemment manquants, d'une dépression de degré moyen, venant encore restreindre la capacité résiduelle de travail de 20% supplémentaires: "Die Stimmung liegt klinisch in einem depressiven Bereich, mit verminderter Schwingfähigkeit. Ein somatisches Syndrom oder Psychosezeichen finden sich nicht" (p. 8); "Eine (...) mittelgradige Depression, zusammen mit einer chronifizierten somatoformen Schmerzströrung, rechtfertigt die Annahme einer um 50% reduzierten AF in angepasster Tätigkeit". Le Dr C._____ signalait du reste une prescription médicamenteuse incluant désormais une prise, deux fois par jour, de Nefadar 200, un antidépresseur dont le recourant sollicitait l'augmentation de la dose: "Mit den Medikamenten, die er z.Z habe, sehe er keinen grossen Unterschied zu vorher. Der Kopf sei etwas besser geworden, er sei überhaupt etwas ruhiger; er glaube aber, dass man die Dosis des Nefadars steigern sollte (klagt jetzt über eine plötzliche Wärme im Kopf, hält sich die Hand an die Stirn)" ». L'incapacité de travail était ainsi passée de 30% à 50%.

E. 7.3

Dans le cadre de l'instruction d'une précédente demande de révision, l'OAI n'avait toutefois pas augmenté cette demi-rente, mais l'avait au contraire ramenée au quart de rente initial, suivant en cela deux expertises. La première, rhumatologique, confiée au Dr D._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, médecine du sport, à Lausanne, qui n'observait aucun changement au niveau clinique, un élément scoliotique ayant même disparu et dont l'appréciation de la capacité de travail rejoint ainsi totalement celle formulée à l'époque : « Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail est de 70% dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kg, et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux" ; capacité de travail dans un emploi adapté: "70%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement"». La seconde, psychiatrique, confiée au Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie- psychothérapie, auprès de la clinique B._____, à Genève, qui constatait l'absence de tout trouble psychique et la disparition, dès lors, de l'état dépressif de degré moyen qui avait justifié la hausse du quart de rente: « La présence d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, sans syndrome somatique, est actuellement infirmée (...). En effet, il n'est pas possible aujourd'hui d'objectiver la présence d'au moins deux des trois critères majeurs nécessaires pour un tel diagnostic ».

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Il s'agissait sur ce point d'une réelle amélioration de l'état de santé et non uniquement d'une nouvelle et différente appréciation médicale: « L'année 2000, comme on peut le lire dans le rapport d'expertise du Docteur C._____, il a été possible de mettre en évidence la présence d'un syndrome douloureux somatoforme et d'une majoration de symptômes physiques pour raison psychologique. L'expert de l'époque a estimé qu'une activité professionnelle à 70% pouvait encore être exigible. Deux ans plus tard, ce même expert a réalisé une nouvelle expertise et a mis en évidence la présence d'un trouble somatoforme douloureux et d'un épisode dépressif moyen, ayant une répercussion sur la capacité de travail. La capacité résiduelle de travail est alors estimée à 50%. Actuellement, on ne retrouve plus de symptômes dépressifs. Il y a clairement une amélioration sur ce plan ». Pour le nouvel expert psychiatre, le recourant avait en fait développé une névrose de rente. La Cour de céans s'était rangée à son opinion, constatant

avec lui que l'incapacité de travail momentanément portée à 50% était redescendue à 30%. Elle constatait par ailleurs aussi l'abandon de la prise d'antidépresseurs, l'absence, à cette époque, de tout suivi psychiatrique, ainsi que certaines incohérences relevées par l'expert (phénoménologie de résistances et d'inconsistances et faible crédibilité de certains de ses propos). Ce jugement était entré en force après qu'un recours déposé au Tribunal fédéral eut été déclaré irrecevable.

E. 8

Par la suite, il avait été procédé à une révision d'office du quart de rente en 2013. Pour le médecin traitant généraliste, le Dr F. _____, l'état de santé s'était aggravé et toute capacité de travail était nulle, non seulement en raison dudit état de santé, mais aussi compte tenu de « l'ensemble de la situation psycho-sociale » (rapport et annexe du 29 juin 2013, dossier AI, p. 625 et 627). Le SMR avait malgré tout estimé que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies (dossier OAI, p. 6349 et l'OAI avait prononcé le 21 octobre 2013 le maintien du quart de rente (dossier AI, p. 636).

E. 9

Au moment du refus d'augmenter le quart de rente (2018) De nouveaux avis médicaux figurent au dossier médical, récoltés pour l'essentiel dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande d'augmentation de la rente déposée au mois de juin 2015.

E. 9.1

Au plan physique, dans un rapport du 17 mars 2015 (dossier AI, p. 674), le Dr G. _____ observe que les lombalgies semblent s'être aggravées : « Depuis 2005 le patient souffre de lombalgies basses, mécaniques, qui semblent s'être aggravées ces dernières années ». Mais s'il laisse dans l'ensemble entendre que la situation est figée et que toute reprise du travail est illusoire, la capacité de travail étant nulle, c'est essentiellement pour des problèmes psychiatriques : « Ce patient me paraît totalement incapable de travailler il est suivi dans le réseau

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 fribourgeois de santé mentale, j'ignore de diagnostic psychiatrique exact mais je pense que sa capacité de travail est nulle, ne serait-ce que pour des raisons psychiatriques ». Compte tenu du contexte, il renonce à toute intervention et ne fait même pas pratiquer d'IRM.

E. 9.2

Les spécialistes du Centre psychosocial, intégré au sein du Réseau fribourgeois de santé mentale, confirment que la situation est actuellement dominée par la problématique psychiatrique, et que le recourant est régulièrement suivi depuis le mois d'octobre 2013 : « Suite à des douleurs au niveau du bas du dos (lombalgies basses chroniques) et à un status postcure d'une hernie discale L4-L5 gauche en 2005, le patient a présenté une péjoration de l'état psychique sur un mode anxio-dépressif, avec un premier suivi au Centre psychosocial et une médication psychotrope, dont Monsieur ne souvient pas du nom. Depuis le 11 octobre 2013, il est suivi au Centre psychosocial dans un contexte de difficultés et de précarité sociale, ainsi que d'une péjoration de l'état psychique sur un mode anxio-dépressif, avec tristesse, anhédonie, aboulie, état de nervosité et d'irritabilité. Pas de consommation d'alcool, de drogues, ni de tabac » (rapport du 30 avril 2015, dossier AI, p. 675). Au mois de septembre 2015, ils indiquent encore : « Concernant la thérapie suivie à ce jour, il a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique auprès du CPS, avec

des entretiens mensuels. Concernant les symptômes actuels, il présente toujours des symptômes du spectre anxio-dépressif, qui ne sont pas en rémission », précisant pour le surplus qu'il présente « un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, sous traitement médicamenteux psychotrope, sans évolution favorable de l'état psychique » (rapport du 28 septembre 2015, dossier AI, p. 690).

E. 9.3

Dans un tel contexte, une expertise psychiatrique a été ordonnée, sur recommandation du SMR (rapport du 14 janvier 2016, dossier AI, p. 699). Elle a été confiée au Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève.

E. 9.3.1

Celui-ci a constaté que le recourant avait une attitude dans l'ensemble collaborative, mais qu'il présentait des traits dépressifs, sans signe toutefois de théâtralité, l'attitude algique étant relativement discrète : « Personne de 56 ans, paraissant plus que son âge, de grande taille, légèrement corpulente, à la présentation correcte et aux soins corporels peu soignés (non rasé). Il s'est présenté à la convocation accompagné par l'un de ses fils, en voiture, et est ponctuel. Il se déplace en boitant légèrement. Il s'exprime peu en français. Il est droitier. Il est orienté dans les trois modes et plus particulièrement par rapport à la situation d'entretien d'expertise psychiatrique. Le contact émotionnel (contact oculaire, posture, modulation de la voix, mimique) est réduit par l'inhibition dépressive. Il n'y a pas de méfiance. L'attitude est collaborante. Présence de signes de fatigue (cernes, traits du visage tirés ; absence de bâillements ni de somnolence). Présence d'un comportement algique, réduit (nécessité de prendre une pause à une reprise pour faire des mouvements à l'extérieur ; absence de grimaces, de soupirs, de changements de position sur la chaise, de déambulations dans la pièce ou de prise d'appui avec les bras sur le bureau). Il n'y a pas de signes d'imprégnation par des substances psychoactives (alcool, stupéfiants). Absence de démonstrativité, de dramatisation ni de théâtralité » (expertise du 11 février 2017, p. 14, dossier AI, p. 740).

E. 9.3.2

Dans un premier temps, il a écarté le diagnostic de trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles, les critères n'étant pas remplis, le recourant n'ayant pas

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 eu de problèmes avec la justice et n'ayant notamment pas eu recours à des substances psychoactives durant sa jeunesse (expertise p. 15 et 16, dossier AI, p. 741). Il a par la suite également écarté d'autres diagnostics, tels que majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, modification durable de la personnalité après maladie psychiatrique, psychose schizophrénique, trouble affectif bipolaire, trouble anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique ou encore trouble autistique de type Asperger (expertise p. 18 et ss, dossier AI, p. 744 et ss). Plus particulièrement, il n'a pas retenu de trouble de l'humeur ou de dysthymie (dépression atténuée chronique) (expertise p. 19, dossier AI, p. 745),

E. 9.3.3

L'expert a surtout relevé la présence de nombreux symptômes d'une dépression : « Actuellement, l'humeur est déprimée, avec un découragement, un discours négatif, une tristesse permanente, une perte de l'élan vital, une réduction de la mimique, de la gestuelle

et de la modulation de la voix, mais l'absence d'abattement. Il existe une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) en ce sens qu'aucune activité ne serait même source d'une relative satisfaction. En effet, dans le passé, le contact avec la nature, la vie sociale, les voyages au Kosovo, la chasse, la musique, les grillades, la natation et le vélo étaient des activités source de plaisir. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité. Il existe des idées noires sporadiques et l'absence d'idées de suicide ou d'idées de mort. Sur le plan des conduites instinctuelles, sont présents des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement ; réveils nocturnes) qui ne sont pas uniquement dus aux douleurs mais également à une anxiété ainsi qu'à des cauchemars. L'appétit est diminué (l'assuré se force à manger) et le poids corporel est variable. Il existe une perte de la libido. Plus particulièrement, concernant les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants, il existe une réduction de l'énergie avec, à l'examen clinique, une perte de l'élan vital. Cela a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien avec la présence de journées peu structurées et l'absence d'activité au jour le jour. (...) Cette inactivité au quotidien n'est pas due de manière prépondérante aux douleurs, l'assuré n'invoquant pas cet aspect, mais par un manque d'entrain. Il existe une aboulie (perte de la volonté). Est présente une perte de la confiance en soi avec des sentiments de dévalorisation (« nul », incapable, « bon à rien »). Il existe une diminution de l'aptitude à penser avec des troubles de la concentration et de la mémoire. Cela est à l'origine d'un discours manquant de précision. Il existe un ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) et moteur (gestuelle ayant lieu à une vitesse diminuée) » (expertise p. 17, dossier AI, p. 743). Il a par conséquent retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec somatisation : « Il y a suffisamment d'éléments pour la présence d'un syndrome somatique (anhédonie marquée; manque de réactivité émotionnelle; ralentissement psychomoteur; diminution marquée de la libido). Par conséquent, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique doit être posé » (expertise p. 17-18, dossier AI, p. 743-744). Il a considéré que si le pronostic était mauvais, c'était en raison de la chronicisation de la dépression, donc pour des raisons en grande partie médicales et non essentiellement extra- médicales liées à la précarité matérielle, même si celle-ci est tout de même finalement évoquée : « Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par l'absence d'amélioration significative (chronicisation de la dépression), par la réponse insatisfaisante à la médication psychotrope, par l'étayage social quasi inexistant ainsi que par le facteur de stress représenté par la précarité

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 financière. Globalement, le pronostic doit être qualifié de défavorable » (expertise p. 20, dossier AI, p. 746). L'expert a ainsi retenu une incapacité de travail globale de 65%, en partie influencée par une limitation de rendement de 50% (expertise p. 20, dossier AI, p. 746). A lire l'expertise, cette diminution de rendement s'explique par des limitations fonctionnelles découlant de l'état de santé, mais n'est aucunement liée à des problèmes culturels extra- médicaux, dont l'expert indique expressément ne pas avoir tenu compte : « Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socio-culturels) ? Il s'agit ici de la mauvaise intégration à la culture d'accueil (maîtrise insuffisante de la langue française). Il a été fait abstraction de cet aspect dans la détermination du degré d'incapacité de travail. Les limitations fonctionnelles consistent en la perte de l'énergie (marquée), l'aboulie [perte de la volonté] (prononcée), la

perte de la confiance en soi (marquée), la diminution de l'aptitude à penser (degré moyen) ainsi que par le ralentissement idéomoteur (léger) » (expertise p. 21, dossier AI, p. 747).

E. 9.4

Dès réception de l'expertise, l'OAI a demandé des précisions à l'expert, remettant en cause notamment le caractère invalidant de la dysthymie (cf. courrier du 17 février 2017, dossier AI, p. 759). Ce dernier a confirmé ses conclusions (« Je vous invite, à l'avenir, à lire les rapports d'expertise que j'adresse à l'Office de l'Assurance-Invalidité. Cela évitera une perte de temps inutile de part et d'autre. En effet, l'affirmation comme quoi l'assuré n'est pas suivi par un psychiatre ni ne prend de traitement antidépresseur est incompréhensible. De surcroît, le rapport d'expertise contient la réponse exacte à la question qui m'est soumise », courrier du 22 février 2017, dossier AI, p. 760), si bien qu'on peut raisonnablement partir du principe qu'elles étaient suffisamment claires. Elles sont également manifestement détaillées, dès lors qu'elles sont exposées sur environ 25 pages, après lecture attentive de l'entier du dossier médical. Le rapport d'expertise répond ainsi pleinement aux critères de valeur probante. Il va au demeurant dans le sens d'un nouveau rapport du Centre psychosocial : « Concernant les restrictions psychiques et mentales existantes, il s'agit d'un état dépressif sévère, avec symptômes somatiques. Monsieur présente une tristesse, anhédonie, aboulie, irritabilité, nervosité, troubles du sommeil, fatigabilité et troubles de la mémoire » (rapport du 19 février 2018). Pour sa part, le Dr I._____, psychiatre et psychothérapeute FMH du SMR, ne semblait par la suite plus véritablement douter de la présence d'une incapacité de travail de 50%, se contentant de décréter que l'état de santé n'avait pas changé depuis le dernier jugement de la Cour de céans : « Selon le psychiatre clinicien que je reste, il demeure que l'assuré se trouve sans activité professionnelle depuis 1997 et que son état de d'inactivité professionnelle s'est totalement chronicisé. Même si je reste ainsi convaincu que l'état de santé de l'assuré empêche une capacité de travail de plus de 50%, je peux admettre qu'il n'y a pas eu modification notoire de l'état de santé psychique de l'assuré depuis 2008 et depuis l'arrêt subséquent du tribunal » (rapport du 5 juillet 2018, dossier AI, p. 784).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13

E. 10

Discussion Contrairement à ce que soutient l'OAI, respectivement son SMR, l'on doit en l'espèce retenir une aggravation de l'état de santé du recourant en suivant l'avis du Dr H._____.

E. 10.1

Cette aggravation correspond à une nouvelle prise en charge médicale à partir de l'année 2013, plus particulièrement du mois d'octobre 2013 : « Une première prise en soins psychiatrique a débuté au Centre Psycho-Social le 11 juin 2001, à une fréquence hebdomadaire, à laquelle Monsieur a mis fin après environ 2 ans parce qu'il en avait « marre des médecins ». Le Docteur Etienne, son médecin traitant généraliste, l'a adressé, après une dizaine d'années, au CPS, où un traitement a débuté le 11 octobre 2013 et qui s'est poursuivi jusqu'à ce jour, actuellement à une fréquence d'une fois toutes les 1-2 mois » (expertise, p. 16, dossier AI, p. 742). L'expert rappelle que le recourant avait déjà été suivi plus intensément suivi auparavant, durant environ deux ans, soit à partir de l'été 2001. Cela correspond à la période durant laquelle le quart de rente avait été porté jusqu'à la demi-rente. Entre 2003 et 2013, l'on avait observé une amélioration, constatée dans les faits

par la Cour de céans dans son dernier jugement de 2011. L'aggravation à partir du mois d'octobre 2013 fait ainsi sens, et ce contrairement à ce qu'a pu penser le Dr I. _____ du SMR (cf. pt. 9.4): la Cour de céans n'avait que momentanément retenu une incapacité de travail de 50%. Elle ne retenait déjà plus qu'une seule incapacité de travail de 30% dans son jugement de 2011 (cf. pt. 7.2. et 7.3). Certes l'OAI relève-t-il encore dans ses observations que la situation n'a plus évolué depuis la dernière révision d'office de 2013, mais le maintien à cette époque du quart de rente s'était décidé au terme d'une très brève instruction qui se fondait sur un rapport médical pas particulièrement étayé du médecin traitant de l'époque et qui datait du mois de juin 2013. Dite instruction ne saurait ainsi à l'évidence venir infirmer les conclusions de l'expert H. _____.

E. 10.2

La modification de l'état de santé réside par ailleurs dans le fait que, selon ce dernier expert, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les Dr C. _____ et E. _____ ne peut plus être retenu actuellement, dès lors que les signes et mimiques de douleurs ne sont plus présentes : « Actuellement, Monsieur situe les douleurs dans le dos et aux deux épaules. (...) À l'examen clinique, le comportement algique est quasi inexistant. (...) Il ne présente qu'une légère boiterie mais par ailleurs il se meut normalement. Enfin, la médication antalgique est réduite (...). Dans ces conditions, l'on ne peut pas parler de douleurs intenses. Il ne ressort pas qu'actuellement les douleurs constituent la préoccupation essentielle de l'assuré (par exemple, elles ne figurent pas parmi les plaintes spontanées). Ainsi, il n'apparaît pas, à l'analyse du déroulement du quotidien, que la journée de l'assuré soit organisée en fonction des douleurs qu'il présente ; l'inactivité est en lien avec une amotivation d'origine dépressive. Ce qui précède signifie que la majorité des critères, essentiels, du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont en ce moment pas vérifiés et qu'un tel diagnostic ne doit pas être posé » (expertise p. 18, dossier AI, p. 744).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Il s'agit là, d'une évolution du tableau médical, qui explique également pourquoi l'on peut souscrire à l'idée d'une aggravation de l'état de santé, avec l'apparition, désormais, d'une atteinte psychiatrique invalidante susceptible d'engager plus encore la responsabilité de l'assurance- invalidité.

E. 10.3

Au vu de ce qui précède, l'expertise ne saurait constituer une simple nouvelle appréciation médicale d'un état de fait inchangé. Par ailleurs et dans la mesure où l'expertise de la clinique B. _____ réalisée à l'époque était entachée d'un doute (au vu de la jurisprudence spécifiquement liée à son cas et exposée sous pt. 5.3) et qu'elle devrait ainsi être écartée du dossier, le rapport d'expertise du Dr H. _____ ne peut plus guère être qualifié de « nouvelle appréciation médicale » non susceptible en soi de prouver l'existence d'un changement important des circonstances, puis qu'elle devient la seule expertise, dans ce dossier, après celle réalisée beaucoup plus tôt encore par le Dr C. _____. Il y aurait même lieu de la considérer, dans ces circonstances toutes particulières, comme un moyen de preuve nouveau susceptible de fonder grief à révision formelle du jugement de 2011 de la Cour, au raisonnement grandement induit par les conclusions rétroactivement grevées d'incertitudes de l'expertise B. _____.

E. 11

L'on peut ainsi suivre les conclusions de l'expert H. _____, qui ne sauraient être infirmées pour l'un ou l'autre des motifs évoqués par l'OAI, à savoir, parce que le recourant serait atteint d'une dysthymie invalidante, ce qui ne semble pas être le cas, ou parce que son état de santé n'a pas évolué depuis 2008, respectivement depuis le mois de juin 2013, ce qui paraît bien au contraire être le cas. La seule volonté de ne pas augmenter le quart de rente, qui peut se déduire du courrier adressé par l'OAI à l'expert H. _____, envoyé avant même que ses conclusions ne soient soumises au SMR, ne saurait enfin justifier le rejet de la nouvelle demande. Il convient par conséquent de désormais prendre en compte le fait que la capacité de travail résiduelle du recourant ne se monte plus aujourd'hui qu'à 35% (100%, moins les 65% d'incapacité retenus par l'expert). La décision est dès lors annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour le service d'une nouvelle rente augmentée, au taux d'invalidité calculé sur la base d'une capacité de travail résiduelle de 35%. C'est dans ce sens qu'est admis le recours.

E. 12

L'OAI succombant, des frais de justice de CHF 800.- sont mis à sa charge. Dans le même temps, l'avance consentie par le recourant lui est restituée. Il n'est enfin alloué aucune indemnité de partie, ce dernier ayant agi seul, avec l'assistance de sa fille.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision est annulée, la cause renvoyée à l'OAI. L'OAI fixe le droit à la rente sur la base d'une capacité de travail de 35%. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. L'avance de frais du recourant lui est par conséquent restituée. 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 12 juin 2019/mbo Le Président :
La Greffière-stagiaire :

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