

# FR\_GERICHTE 605 2019 309 vom 8. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_309)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 309 du 8 septembre 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 309 del 8 settembre 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 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.

#### E. 1.1

et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Selon l'art. 17 LPGA – applicable par analogie en cas de nouvelles demandes après un refus de rente –, 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). 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).

### E. 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 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.

### **E. 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

### **E. 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 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.). 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).

### **E. 2.3**

D'après l'art. 16 LPGA, 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).

### **E. 2.4**

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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (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 d'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.

### **E. 3**

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 modifié de manière à influencer ses droits. Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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.

### **E. 4**

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 motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 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 des cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

## **E. 5**

La décision attaquée du 10 octobre 2019 a à nouveau refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé cet octroi. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 20 avril 2016, 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 querellée a été rendue, soit le 10 octobre 2019.

### **E. 5.1**

Situation médicale au moment de la décision du 20 avril 2016

#### **E. 5.1.1**

Sur le plan psychique Au moment de la décision du 20 avril 2016, l'autorité intimée s'est basée sur le rapport d'expertise du 1er septembre 2015, complété le 29 février 2016, du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Ce médecin a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail celui d'un trouble de l'adaptation avec perturbation d'autres émotions (F43.23 selon CIM-10). Il a mentionné comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail la notion d'une accentuation de traits de personnalité immature, anxieuse-évitante, impulsive et narcissique (Z73.1). Dans la discussion, l'expert a motivé ainsi le diagnostic d'un trouble de l'adaptation: (Traduction de l'allemand au français) "Tous les symptômes actuellement relevants du point de vue du diagnostic sont apparus de façon clairement réactive à la situation tendue, subjectivement pesante et insatisfaisante au lieu de travail et au licenciement reçu au début octobre 2015, comme le confirme d'ailleurs constamment l'assuré lui-même. Compte tenu de cette apparition indiscutablement réactionnelle des symptômes psychiques allégués dans le cadre d'un conflit professionnel et d'un licenciement ressenti comme injuste et vexant le diagnostic d'un trouble de l'adaptation est justifié dans le sens où la CIM-10 décrit cette notion dans son chapitre F43 comme une réaction intervenant à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel". Le Dr H. \_\_\_\_\_ était de l'avis que "c'était en raison de sa propension à utiliser des mécanismes de Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 défense immatures comme l'idéalisation primitive, la dévalorisation, le refoulement, l'évitement et la projection à comprendre dans le cadre d'une accentuation de certains traits de personnalité n'ayant pas valeur d'un véritable trouble de la personnalité au sens de la CIM-10 que l'assuré avait eu jusqu'à présent de la peine à s'adapter de manière réaliste et constructive à sa situation de vie actuelle et de surmonter ainsi les symptômes du trouble de l'adaptation de façon adéquate. La gravité et le caractère persistant de certains facteurs de stress avec en particulier un licenciement dans un contexte où les perspectives de retrouver un emploi dans le marché du travail sont plutôt faible y ont évidemment contribué". L'expert était d'avis que quand bien même l'assuré décrivait des fluctuations de l'humeur avec moments d'effondrement, angoisse, tendance à la rumination, troubles du sommeil et un certain degré de manque d'élan et d'anhédonie (...) objectivement, ces symptômes anxio-dépressifs résiduels n'avaient déjà depuis longtemps plus qu'une intensité légère ou tout au plus, par intermittence, moyenne. En dépit des plaintes qu'il exprimait de manière véhémence, l'expertisé était ainsi depuis longtemps en mesure de maintenir un rythme journalier tout à fait régulier avec des activités en-dehors de la maison. Il pouvait se lever tôt et pouvait sans difficulté quitter son domicile. Il s'occupait de ses petits enfants, faisait occasionnellement

la cuisine et éprouvait certainement du plaisir dans les contacts avec sa famille et ses petits enfants (...). En même temps qu'il y avait sans doute chez l'expertisé une souffrance subjective, il présentait incontestablement une nette tendance à l'aggravation et à une présentation dramatisée de ses troubles. Le fait de continuer à attester une incapacité de travail entière laquelle n'était médicalement pas justifiée représentait un bénéfice secondaire important dans une situation où il paraissait raisonnablement exigible que l'assuré s'inscrive au chômage. "Du strict point de vue de la psychiatrie d'assurance, la reprise progressive de l'activité antérieure ou de toute autre activité adaptée compte tenu de son âge et de son niveau de formation est dès maintenant possible, initialement à 50% avec une augmentation à 100% au plus tard dès le 01.11.2015 (...) On peut considérer comme très vraisemblable que la reprise d'une activité adaptée aura un effet positif sur l'état de santé de l'assuré. Le pronostic dépendra essentiellement de l'évolution de la situation au plan professionnel. L'absence d'antécédents psychiatriques et le fait que l'assuré ait durant de longues années connu un bon niveau de fonctionnement psycho-social sont à considérer comme des facteurs de pronostic favorable. Les traits de personnalité accentués avec blessure narcissique importante, besoin de reconnaissance et de réparation de même que les perspectives défavorables au plan professionnel compte tenu de l'âge de l'expertisé sont par contre des facteurs plutôt défavorables. Nous soulignerons une fois encore qu'il s'agit ici de facteurs n'ayant pas un caractère malade. Bien entendu, nous ne pouvons pas nous prononcer dans le cadre d'une expertise purement psychiatrique en ce qui concerne les troubles somatiques dont se plaint l'assuré et leur éventuel effet sur sa capacité de travail". Peu avant le complément d'expertise du 29 février 2016, l'assuré avait été hospitalisé à I.\_\_\_\_\_ du 9 au 26 novembre 2015, en mode volontaire, suite à un entretien difficile avec sa conseillère ORP où "[il] se serait senti jugé et humilié, sur quoi il aurait vu son état psychique se détériorer. Le diagnostic retenu a été celui d'épisode dépressif moyen (F32.1), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) ainsi que celui de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) (cf. lettre de sortie du 3 mars 2016 de I.\_\_\_\_\_). Le 12 novembre 2015, il avait ensuite brièvement dû être transféré à J.\_\_\_\_\_ en raison de fortes céphalées avec une hypertension artérielle (180/110 mm Hg) où une insuffisance rénale a été exclue. Tribunal cantonal TC Page 8 de 15

### **E. 5.1.2**

Sur le plan physique Dans son rapport médical du 16 février 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, indique que "Seit 2 Jahren sei ein hoher Blutdruck bekannt, der behandelt werde, aber nie recht habe eingestellt werden können. (...) Als er das Entlassungsschreiben bekommen habe, sei er sofort am nächsten Tag an den Notfall des Spitals Fribourg gegangen, weil er hohen Blutdruck und Thoraxbeschwerden gehabt habe. Er sei lange dort gewesen, erst am Abend nach Hause gegangen, aber nicht über Nacht geblieben. Man habe diverse Untersuchungen gemacht, auch ein EKG. Herausgekommen sei nichts. (...) Kreislaufsystem: Blutdruck 174/109, P 87 regelmässig. (...) A la question de savoir "In welchen Tätigkeiten (z.B Heben/Tragen, Körperstellung/Beweglichkeit, etc.), unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor der Krankheit, ist A.\_\_\_\_\_ eingeschränkt?", le Dr K.\_\_\_\_\_ répond: "Körperlich bestehen keine Einschränkungen". Dans son rapport médical du 17 juin 2015, la Dre F.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail: état dépressif depuis 2014 et hypertension artérielle labile et cardiopathie hypertensive depuis 2007-2008. Elle expliquait que, depuis plusieurs années, le patient souffrait d'une hypertension labile très difficile à contrôler de manière médicamenteuse et associée à une dyspnée d'effort et des douleurs thoraciques

atypiques pour de l'angor. Il avait également été suivi par la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie laquelle avait effectué de nombreuses investigations et notamment une IRM cardiaque de stress effectuée le 1er mai 2015 et qui n'avait pas permis de mettre en évidence une ischémie myocardique à l'effort.

## **E. 5.2**

Nouvelle demande du 1er juin 2017 Le 1er juin 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en alléguant que son état physique et psychique s'était aggravé.

### **E. 5.2.1**

Sur le plan psychique Les médecins de I. \_\_\_\_\_ ont établi un rapport médical en date du 24 août 2017. Ils y retiennent les diagnostics suivants: F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. F34.1 Dysthymie. Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage. Ils évoquaient une rechute dépressive en avril, dans un contexte de difficultés sociales et financières et décrivaient un homme présentant des symptômes dépressifs persistants, de type asthénie et fatigabilité, ruminations anxieuses, idées suicidaires passives et hypersomnie. Ces symptômes sont aggravés par les problèmes de santé somatique que présente le patient (obésité morbide) et leurs retentissements, dont l'évolution était dépendante des facteurs de stress que vit le patient: difficultés financières et sociales, et problèmes de santé somatiques. Pour le moment, nous pourrions attester d'une évolution vers la chronicité des symptômes dépressifs. Le traitement consistait en une prise en charge médico-infirmière, avec des entretiens réguliers, et une prescription de Ciprexal à 20 mg, plus Trittico à 100 mg par jour. Les psychiatres traitants étaient d'avis que l'assuré était à 100% incapable de travailler. Ils devaient encore adresser à l'OAI une clarification médicale par courriel du 2 novembre 2017 dont il ressort que l'assuré présente une tumeur bénigne (adénome) de l'hypophyse (F35.2). Ils soulignaient la présence d'importantes comorbidités somatiques sévères, influençant l'évolution de la dépression vers la chronicité et décrivaient les limitations fonctionnelles suivantes: les limitations fonctionnelles liées à la dépression sont la fatigabilité, les troubles cognitifs attentionnels, de la concentration et de la mémoire, ainsi que les perturbations du rythme du sommeil. D'autres limitations fonctionnelles existantes, liées aux comorbidités Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 somatiques telles que l'obésité morbide, l'adénome hypophysaire et les pathologies rhumatologiques, sont à voir avec le médecin somaticien. Dans son rapport médical du 16 janvier 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR indique que la problématique psychiatrique étant réactionnelle et sans influence sur la capacité de travail, seule la problématique somatique devait être prise en compte. Dans son rapport médical du 12 décembre 2018, la Dre N. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à O. \_\_\_\_\_ de I. \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que ceux déjà posés par l'institution et mentionnés dans le rapport médical du 24 août 2017. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elle s'exprimait comme suit: Le patient ressent une grande fatigue, il ne travaille plus depuis 2014. Après son licenciement, l'état physique de Monsieur était très bas. Les limitations sont liées à la fatigue psychique et physique, de même qu'à ses maladies somatiques, à l'incapacité à gérer le stress, la nervosité, l'irritabilité qu'il sent monter lors de situations difficiles à affronter. Avec ceci, il ne faut pas oublier la grande tristesse et l'insatisfaction qu'il ressent, de même que les troubles du sommeil s'ajoutant à la fatigue. A souligner également, les troubles cognitifs, attentionnels, de concentration et de mémoire. Elle précise aussi que l'assuré a récemment aussi beaucoup de préoccupations quant à cet adénome hypophysaire lui engendrant de multiples problèmes au niveau sexuel, donnant lieu à des discussions et des conflits avec sa femme. L'OAI a tout

d'abord eu l'intention de refuser l'octroi de toute rente d'invalidité à l'assuré mais, suite aux objections de ce dernier, il a fait mandater une expertise psychiatrique auprès du Dr D.\_\_\_\_\_. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a rendu son expertise le 20 juin 2019. Il note qu'il est en présence d'un patient très obèse qui pourra rester assis dans le fauteuil pendant un entretien d'un peu plus de 3 heures sans qu'il observe des changements de position paraissant motivés par une recherche d'antalgie (cf. page 20 de l'expertise). L'expert pose les diagnostics de : trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) selon le CIM-10 et accentuation de traits de personnalité narcissiques, frustes et immatures (Z73.1) (cf. p. 22 de l'expertise). Il motive ces diagnostics (cf. p. 22-24 de l'expertise) en précisant que le tableau qu'il a observé correspond dans une large mesure à celui qui a été décrit de manière précise et détaillée par le Dr H.\_\_\_\_\_ en 2015. Il mentionne qu'un diagnostic d'épisode dépressif ne peut pas être retenu car les critères de la nomenclature ne sont pas remplis à satisfaction. En effet, d'une part, il y a peu de signes objectifs de la dépression à l'examen et, d'autre part, on discerne dans la description que donne l'assuré de sa vie au quotidien des éléments incompatibles avec le critère souvent ignoré voulant qu'un diagnostic d'épisode dépressif ne peut être posé que si les symptômes persistent de façon constante pendant au moins deux semaines (quasiment toute la journée, presque tous les jours selon la métrique proposée par le manuel DSM-5). Il estime donc que la problématique a gardé un aspect typiquement réactionnel, l'assuré restant aujourd'hui encore confronté à une situation objectivement difficile après avoir perdu son emploi et devant faire de plus face à des problèmes de santé physique qui se sont multipliés et qui, pour autant qu'ils ne soient pas en eux-mêmes invalidants – il n'est pas compétent pour en juger – diminuent encore sa chance de trouver un emploi sur le marché du travail privilégiant jeunesse, flexibilité, rendement et formation. Il ajoute que l'assuré a été un élève peu doué et peu intéressé par l'école, il a redoublé à plusieurs reprises mais il peut néanmoins compter sur une bonne maîtrise de l'expression orale et sur une bonne intelligence pratique. Il a exercé divers emplois non-qualifiés avant son dernier emploi Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 auprès de C.\_\_\_\_\_. L'expert reconnaît que le comportement abusif que l'assuré décrit de la part de son chef représentait un défi difficile à maîtriser et que l'assuré a eu de la peine à y répondre de manière constructive (cf. p. 25 de l'expertise). Il évoque que "le développement d'un syndrome métabolique peut avoir en partie été causé par l'exposition prolongée à un niveau élevé de stress négatif. Une hypertension artérielle labile peut avoir joué le rôle d'une caisse de résonance venant amplifier les répercussions au plan somatique des symptômes anxieux réactionnels à la situation difficile au lieu de travail. Il est possible qu'un prolactinome longtemps non-reconnu ait contribué à la réaction anxio-dépressive de l'assuré et aux difficultés qu'il rencontrait. Réagissant à des situations de tension et de frustrations par des crises hypertensives, il a souvent dû quitter son travail pour raison de santé. Il a développé après un licenciement vécu comme une blessure narcissique d'autant plus douloureuse qu'il a d'emblée réalisé n'avoir objectivement que peu de chances de retrouver un emploi, un trouble de l'adaptation avec des symptômes anxieux et dépressifs, trouble qui a tendance à évoluer de manière chronique fluctuante dans une situation restant objectivement difficile et précaire" (cf. p. 25 de l'expertise). "De nouveaux problèmes de santé physique ainsi qu'une obésité devenue progressivement importante sont venus s'ajouter au facteur de l'âge pour limiter encore ses possibilités de reprendre pied dans le monde du travail. Le tableau actuel sur le plan psychiatrique est dans une large mesure superposable à celui décrit par le Dr H.\_\_\_\_\_ en 2015, il n'y a donc pas eu de péjoration significative de l'affection

psychiatrique ces dernières années" (cf. p. 25 de l'expertise). Sur cette base, l'expert estime que "la recommandation du SMR préconisant un traitement psychothérapeutique axé sur l'encouragement au développement des ressources existantes de l'assuré et leur mise en œuvre pour une recherche d'emploi est théoriquement pertinente mais difficile à mettre en pratique dans une situation où A. \_\_\_\_\_ est affecté par un certain nombre de facteurs de nature non-médicale limitant de manière importante ses chances de trouver dans le marché du travail une opportunité de mettre en œuvre et concrétiser la capacité de travail médico-théorique qu'on peut lui reconnaître. Il est dans ces conditions compréhensible que les thérapeutes de l'assuré aient continué à soutenir leur patient dans ses démarches pour se voir reconnaître un statut d'invalidé qui soulagerait sans doute la souffrance d'un homme douloureusement affecté par une situation de vie difficile, même si une telle attitude thérapeutique ne favorise évidemment pas la mobilisation des ressources résiduelles de l'assuré" (cf. p. 25-26 de l'expertise). S'agissant du plan endocrinien, l'expert précise que "Des symptômes anxieux et dépressifs accompagnent fréquemment les tumeurs de l'hypophyse produisant de la prolactine. Il était dès lors primordial que la situation au plan endocrinien soit traitée et contrôlée, ce qui paraît le cas maintenant. Là aussi, le traitement devra être poursuivi" (cf. p. 26 de l'expertise). L'expert conclut son expertise en déclarant qu'une activité correspondant au profil des limitations physiques devrait être possible à plein temps, avec une limitation de rendement de l'ordre de 20% (en raison des limitations détaillées dans la section 7.4 [cf. p. 26-27 de l'expertise], notamment une légère diminution de l'endurance, de la flexibilité et des capacités d'adaptation). Cette limitation de 20% rejoint également l'observation faite par l'employeur pour qui le rendement de son employé aurait justifié un salaire de CHF 4'800.- et non plus un salaire de CHF 5'800.-. Ainsi, l'expert estime qu'"un manque de formation, un bagage professionnel restreint, l'âge de l'assuré et le fait qu'il apparaisse manifestement comme un homme atteint dans sa santé ne pouvant plus effectuer de travaux de force limitent de manière importante ses possibilités de retrouver un emploi mais Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 n'interviennent pas dans la détermination de la capacité médico-théorique de travail" (cf. p. 27 de l'expertise).

### **E. 5.2.2**

Sur le plan physique Dans un rapport médical non daté, le médecin généraliste traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_ a attesté une aggravation de l'état de santé somatique de son patient depuis le mois d'avril 2016. Il a diagnostiqué une hypertension artérielle sévère. Dans son rapport médical du 10 août 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_ a mentionné suivre l'assuré depuis le 3 novembre 2016 et lui a diagnostiqué une gonarthrose droite, une arthrose acromio-claviculaire et une rupture des tendons du sus-épineux à l'épaule gauche, laquelle va nécessiter une intervention. Au niveau du genou droit, des douleurs persistent malgré un toilettage méniscal par arthroscopie en février 2017. Selon ce médecin, seule la pose d'une prothèse du genou droit serait susceptible d'amener une récupération à ce niveau. Il devrait également être opéré de l'épaule gauche. Il considère son patient comme incapable de travailler à 100% depuis le mois de novembre 2016. Dans son rapport médical du 16 janvier 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR relève que l'activité lucrative antérieure habituelle de poseur de vitres n'est plus exigible en raison des troubles articulaires dégénératifs mentionnés par le Dr G. \_\_\_\_\_ et ce depuis le début de son suivi le 3 novembre 2016. L'activité adaptée est une activité principalement en position assise, permettant l'alternance des positions assis et debout, sans port de charges de plus de 10 kg (5 kg à gauche), sans travaux en position à genoux ou accroupi, sans déplacements prolongés en terrain plat (200 m à la fois), sans déplacements sur terrain inégal ou en pente, sans utilisation fréquente

d'escaliers, sans travaux avec les bras au-dessus de la tête, sans travaux en hauteur, sur des échelles ou échafaudages, est à considérer comme étant adaptée et exigible à 100% sans diminution de rendement. Dans son rapport médical du 6 septembre 2019, la Dre P. \_\_\_\_\_, endocrinologue, indique suivre l'assuré depuis le mois d'avril 2017 suite à la mise en évidence d'un méso-prolactinome responsable d'hypogonadisme. Elle relève que, parmi ses autres problèmes médicaux, il présente "un trouble dépressif de longue date qui a été aggravé par l'hypogonadisme et peu amélioré par la substitution androgénique pour laquelle il est suivi régulièrement". Selon elle, "le syndrome métabolique et le problème hypophysaire peuvent avoir un impact actuellement et sur le long terme. Emprunte du syndrome dépressif prédominant nettement sur les autres symptômes". Dans son rapport médical du 3 janvier 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_ mentionne que l'état de santé de son patient s'est péjoré dans le sens qu'il souffre désormais d'une hypertension artérielle sévère avec hypertrophie ventriculaire gauche concentrique et d'une obésité morbide. En raison de la péjoration de son état de santé, il considère que son patient subit une incapacité de travail de 50% ainsi qu'une diminution de rendement de 50% dans l'exercice d'une activité professionnelle adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Dans son rapport médical du 28 mars 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ atteste que l'état de santé physique de l'assuré s'est péjoré depuis le rapport médical du 17 juin 2015 de la Dre F. \_\_\_\_\_ en raison d'une exacerbation des douleurs au niveau des épaules, des genoux et de la cuisse droite. S'agissant des limitations fonctionnelles, il relève que le port de charges est de plus en plus limité et que le périmètre de marche est de plus en plus restreint. Enfin, il atteste que cette péjoration Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 engendre une incapacité totale de travail dans l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

### **E. 5.3**

Dans son recours, le recourant soutient que son état de santé physique et psychique se serait aggravé. En effet, son médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué une hypertension artérielle sévère, laquelle engendrerait une incapacité de travail. Son chirurgien orthopédique traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, a aussi retenu une péjoration de son état de santé sous la forme d'une gonarthrose droite, d'une arthrose AC et d'une rupture du tendon sus-épineux à l'épaule gauche et a également attesté d'une incapacité totale de travail. Son psychiatre traitant, le Dr Q. \_\_\_\_\_, a relevé une aggravation de son état de santé psychique en raison d'un trouble dépressif moyen.

#### **E. 5.3.1**

Du point de vue psychique, la Cour de céans estime que, depuis la première décision du 20 avril 2016, la situation ne s'est pas péjorée de manière à lui octroyer le droit à une rente d'invalidité. Dans son expertise du 20 juin 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_, après avoir qualifié l'activité adaptée, de "toute activité correspondant au profil des limitations physiques reconnues à A. \_\_\_\_\_ devrait être possible d'un point de vue psychiatrique", a reconnu à l'assuré une diminution de rendement de 20% dans cette activité à l'assuré en raison de limitations telles qu'une légère diminution de l'endurance, de la flexibilité et des capacités d'adaptation. Le rapport médical des médecins de I. \_\_\_\_\_ et celui de la Dre N. \_\_\_\_\_ ne remettent pas en cause les conclusions de cette expertise psychiatrique. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a en effet clairement indiqué et motivé – de façon convaincante – dans son expertise (cf. p. 22-24 de l'expertise) la raison pour laquelle il retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et pas celui d'épisode dépressif. En effet, pour cet expert, le tableau actuel sur le plan psychiatrique est

dans une large mesure superposable à celui décrit par le Dr H. \_\_\_\_\_ en 2015 et il n'y a donc pas eu de péjoration significative de l'affection psychiatrique ces dernières années. En particulier, les critères pour poser le diagnostic d'épisode dépressif ne sont pas remplis en ce sens qu'il n'y a pas de signes objectifs de la dépression, d'une part, et que, d'autre part, les symptômes devant exister pour pouvoir poser un diagnostic d'épisode dépressif doivent persister pendant au moins deux semaines, quasiment toute la journée, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, les rapports médicaux des médecins de I. \_\_\_\_\_ et de la Dre N. \_\_\_\_\_, psychiatres traitants – lesquels posent tous le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen et concluent à l'incapacité de travail totale de l'assuré – ne peuvent être retenus. En effet, d'une part, ils posent un diagnostic erroné. Et d'autre part, ces rapports ne sont pas détaillés, les psychiatres traitants ne motivent pas ou pas vraiment leur évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, ils se basent principalement sur les allégués du recourant et tiennent compte de manière globale de la situation asséculo-logique du patient. Enfin, il ne faut pas perdre de vue qu'ils émanent de médecins traitants, dont on sait d'expérience qu'en cas de doute, ils sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient. Le Dr D. \_\_\_\_\_ relève que l'assuré réagissait – dans le cadre de son dernier travail – par des crises hypertensives quand il se trouvait confronté à des situations de tension et de frustration. Il rappelle toutefois ne pas être compétent pour se prononcer sur les problèmes physiques de l'assuré.

### **E. 5.3.2**

Du point de vue physique, l'assuré allègue dans son recours que son hypertension artérielle se serait aggravée et qu'elle serait invalidante. Il produit à cet effet le rapport médical du 3 janvier 2020 de son médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_. Toutefois, dans son rapport médical datant de 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ avait déjà constaté chez l'assuré une hypertension artérielle Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 élevée (174/109). Cependant, il n'avait pas estimé que celle-ci entravait la capacité de travail de l'assuré. La situation, du point de vue de l'hypertension artérielle, n'a donc pas changé entre la première et la deuxième demande de rente d'invalidité et elle ne s'est ainsi pas aggravée. Il s'agit par conséquent simplement de l'appréciation différente par deux médecins d'une même problématique, le deuxième médecin étant le médecin traitant de l'assuré et étant ainsi plus enclin, en cas de doute, à s'exprimer plutôt dans un sens favorable à son patient. Il n'a du reste nullement motivé l'incapacité de travail de 50% avec un rendement exigible de 50% qu'il a attesté en faveur de son patient dans son rapport médical du 3 janvier 2020. Les problèmes de cardiopathie hypertensive mentionnés par la Dre F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juin 2015 ne sont plus évoqués par les différents médecins appelés à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. L'on peut donc partir du principe que, depuis la dernière décision de l'OAI du 20 avril 2016, ils ne se sont à tout le moins pas péjorés. S'agissant des problèmes ostéo-articulaires de l'assuré au genou droit et à l'épaule gauche, ils ont été diagnostiqués postérieurement à la décision du 20 avril 2016 par le Dr G. \_\_\_\_\_. Ce médecin préconise une prothèse pour le genou droit, laquelle serait susceptible d'apporter une récupération au niveau de ce genou. L'assuré devrait également être opéré de l'épaule gauche. Dans son rapport médical du 16 janvier 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_ a reconnu que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé du point de vue somatique depuis la dernière décision de refus de l'AI. Toutefois, il a tenu compte de cette nouvelle problématique ostéo-articulaire au moment où il a établi quelle était l'activité adaptée exigible et quelles étaient les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il est arrivé à la conclusion qu'une activité adaptée était exigible à 100%, sans diminution de rendement, dès

le 3 novembre 2016. Les problèmes ostéo-articulaires de l'assuré ont certes connu certaines aggravations depuis la décision du 20 avril 2016 mais ils n'empêchent pas l'exercice à 100% d'une activité adaptée. Là encore, le rapport du 16 janvier 2018 du médecin SMR doit être privilégié par rapport au rapport médical du chirurgien orthopédique traitant. En effet, le rapport de ce dernier est très succinct et n'explique nullement de manière circonstanciée la raison pour laquelle son patient serait totalement incapable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations physiques. Ce document n'explique pas non plus en quoi les limitations fonctionnelles retenues par le médecin SMR dans son rapport médical du 16 janvier 2018 seraient insuffisantes pour établir la capacité médico-théorique de l'assuré. Par contre, le rapport médical du 16 janvier 2018 du Dr M. \_\_\_\_\_ mentionne de manière crédible que, si l'état de santé physique de l'assuré s'est bien péjoré depuis la décision du 20 avril 2016, et qu'il ne peut plus exercer son activité habituelle antérieure comme le reconnaît aussi le Dr G. \_\_\_\_\_, il n'en demeure pas moins qu'une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles indiquées dans le rapport du 16 janvier 2018, est exigible à plein temps depuis le 3 novembre 2016. En avril 2017, une nouvelle affection a été diagnostiquée chez l'assuré sous la forme d'un méso- prolactinome (néoplasme de la glande pituitaire généralement bénin conduisant à une hyperprolactinémie), lequel est responsable d'hypogonadisme (variation du développement sexuel résultant d'une perte de fonction au niveau des gonades [ovaires ou testicules]). Ce mésoprolactinome est traité médicalement par la Dre P. \_\_\_\_\_, endocrinologue, et l'évolution de cette maladie est actuellement bien contrôlée par un traitement médicamenteux et en voie d'amélioration (cf. p. 16 de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2019). Il y a en effet eu une normalisation du taux de prolactine et une régression de la tumeur (cf. p. 22 de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2019, lequel s'est entretenu avec la Dre P. \_\_\_\_\_, cf. p. 2 de l'expertise). Dans son recours, l'assuré prétend que le trouble dépressif a été aggravé par Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 l'hypogonadisme. Dans son rapport du 6 septembre 2019, la Dre P. \_\_\_\_\_ fait effectivement état d'une problématique dépressive, sous-jacente à la problématique du mésoprolactinome et qui a été peu améliorée par la substitution androgénique. S'il est possible que, dans un premier temps, l'hypogonadisme a pu avoir un effet sur les troubles de l'humeur de l'assuré, l'on constate aujourd'hui, à la lumière du rapport de la Dre P. \_\_\_\_\_, que le problème endocrinien de l'assuré est sous contrôle grâce aux médicaments et que sa tumeur hypophysaire a diminué. Le trouble dépressif restant appartient donc bien à la sphère psychique et a été mis en évidence par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 20 juin 2019 comme étant un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, problématique qui a gardé un aspect typiquement réactionnel et qui est encore présent, l'assuré restant aujourd'hui encore confronté à la situation d'avoir perdu son emploi et ayant peine à y faire face du point de vue psychique. Il ressort de ce qui précède que la problématique endocrinienne est sous contrôle et qu'elle n'affecte pas la capacité de travail de l'assuré.

### **E. 5.3.3**

Finalement, à la lecture du dossier, l'on constate que la situation est influencée par de nombreux facteurs extra-médicaux de nature psycho-sociale tels qu'une longue période d'inactivité, des difficultés économiques, des tensions au sein du couple, une fille aînée retournée vivre chez l'assuré avec ses deux enfants, une blessure narcissique suite à la perte d'un emploi occupé depuis longtemps, perte qu'il considère comme une injustice et sur laquelle il fait une fixation. Ces facteurs sont aussi susceptibles d'influencer aujourd'hui de façon déterminante le tableau psychopathologique en place mais ils ne sauraient toutefois

engager la responsabilité plus étendue de l'assurance-invalidité sous l'angle strict de la médecine.

#### **E. 5.4**

Le calcul du taux d'invalidité figurant dans la décision querellée, lequel n'est par ailleurs pas remis en cause par le recourant, peut être confirmé.

#### **E. 5.5**

Au vu de ce qui précède, il y a certes eu une évolution de l'état de santé depuis la précédente décision de refus de rente, mais celle-ci n'est pas suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

#### **E. 6**

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 compensés avec son avance de frais. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)  
Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 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 son avance de frais. 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 8 septembre 2020/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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