

FR_GERICHTE 608 2017 216 vom 7. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_216

FR: FR_GERICHTE 608 2017 216 du 7 mars 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 216 del 7 marzo 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

août 2014 refusé l'octroi de mesures de réadaptation. Par décision du 18 novembre 2014, confirmant un projet du 6 octobre 2014, il a rejeté la demande de rente, estimant que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie invalidante. Cette décision n'a pas été contestée. Entretemps, du 12 novembre au 10 décembre 2014, l'assuré a travaillé en tant qu'employé d'exploitation à temps plein auprès de D._____ SA. Les activités exercées depuis lors auprès de divers employeurs ont été régulièrement interrompues. B. Le 14 décembre 2014, en état d'ébriété marqué, l'assuré a été victime d'une chute qui a eu notamment pour conséquence un traumatisme cranio-cervical (TCC) et une fracture au niveau du sinus droit. Le 24 mars 2015, il a déposé une nouvelle demande de prestations devant l'OAI, en raison notamment d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), d'un trouble anxieux généralisé (TAG) ainsi que d'un traumatisme crânien de niveau 2 ayant mené à une aggravation de son état général. Dans ce cadre, l'assuré a bénéficié de séances de "job coaching" et de "coaching individuel". Avis pris auprès de son SMR, par décision du 16 août 2017, reprenant un projet du 28 avril 2017, l'OAI a derechef rejeté la demande de rente, considérant que la situation n'avait pas changé de manière durable depuis sa dernière décision. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 15 septembre 2017 concluant, avec suite de frais et dépens, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis le 25 mars 2015 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mesure d'instruction complémentaire. A l'appui de son recours, il se plaint du fait que l'OAI se soit uniquement basé sur les rapports présents au dossier et un rapport sur dossier du SMR, sans diligenter de mesure d'instruction telle qu'un examen par un médecin SMR ou un expert. A cet égard, il soutient avoir maintes fois expliqué que son état de santé psychique l'empêchait de travailler à temps plein, incapacité reconnue par l'assurance-chômage qui l'a déclaré inapte au placement. Il se prévaut également de l'avis de son psychiatre traitant, lequel affirme que son patient ne possède une capacité de travail résiduelle que de 50-60%. Enfin, il conteste la valeur probante de l'avis du médecin SMR.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Le 28 septembre 2017, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 24 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours. A l'appui de sa position, il relève que le dossier de l'assuré comporte une multitude de pièces médicales et permet de se faire une idée précise de son état de santé et de ses limitations. Fondé sur un dossier complet, il estime que l'avis du médecin SMR est

probant et peut être suivi. Enfin, il conteste la pertinence des rapports émis par le psychiatre traitant. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). b) 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 d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 d'ordre psychique (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). 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). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit

se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique 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. Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules 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). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

(ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 3. Pour pouvoir décider, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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

E. 29

janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). c) Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 4. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. Le point de départ temporel pour résoudre cette question correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Il s'agit ici de la décision du 18 novembre 2014. L'office avait alors retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie invalidante (dossier OAI, p. 134) en se fondant essentiellement sur un rapport du Dr E. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR. Le médecin y relevait que les affections psychiatriques attestées étaient présentes depuis l'enfance mais n'avaient pas empêché l'assuré de faire une scolarité normale, d'obtenir un CFC d'informaticien et de travailler dans ce domaine. En l'absence de péjoration de l'état de santé, le médecin ne voyait pas quelles étaient les raisons médicales pour une incapacité durable de travailler, soulignant que les

problèmes de motivation ne pouvaient pas être assimilés à une maladie (rapport du 11 juin 2014, dossier OAI, p. 125). A ce stade, il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'à la même époque, le psychiatre traitant du recourant, le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquait un "trouble anxieux dépressif mixte [...] F41.3 existant au moins depuis le début de l'école primaire", un "TOC [trouble obsessionnel compulsif] actuellement à prédominance obsessionnelle F42.0 (apparu avant l'école primaire)" et un "TDAH en cours de réévaluation (diagnostiqué [...] en 2007)". En raison de ces diagnostics, il attestait d'une capacité de travail de 50% dans un "travail non stressant, progressif [et] basé sur ses intérêts" (rapport du 2 juin 2014, dossier OAI, p. 117).

5. Il convient d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est, comme il le prétend dans sa nouvelle demande du 24 mars 2015, péjoré depuis lors. a) Dans sa décision du 16 août 2017, l'OAI considère qu'aucun élément médical au dossier n'apporte une modification durable des précédentes constatations et que la capacité de gain du recourant demeure entière dans son activité d'informaticien (dossier OAI, p. 463). A nouveau, l'OAI se fonde sur un rapport du Dr E. _____, lequel soutient que la symptomatologie s'est clairement et objectivement améliorée depuis la dernière décision, que l'anxiété médicalement attestée est présente depuis l'enfance mais qu'elle n'a pas empêché l'assuré de terminer sa scolarité en section pré-gymnasiale et d'obtenir un CFC et que l'activité d'informaticien est entièrement exigible. Il soutient que le recourant souhaite changer d'activité par convenance personnelle, ce qui n'a pas valeur d'atteinte à la santé au sens de l'assurance- invalidité (rapports des 13 avril et 4 juillet 2017, dossier OAI, p. 404 et 461).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Il convient d'emblée de tenir compte du fait que le Dr E. _____ est spécialiste en anesthésiologie. Un avis médical sur une problématique d'ordre psychiatrique émis par un non spécialiste doit être appréhendé avec prudence, ainsi que la Cour l'a rappelé à plusieurs reprises tant à l'égard des médecins du SMR (cf. not. arrêts TC 608 2016 261 du 31 juillet 2017 consid. 5c, 608 2016 120 du 9 juin 2017 consid. 3b/bb) que des généralistes traitants (cf. not. arrêts TC 608 2016 108 du 11 avril 2017 consid. 5b/aa). On ne saurait en effet oublier que, de jurisprudence constante, l'existence – et par conséquent l'absence – d'une atteinte à la santé psychique suppose un diagnostic émanant d'un psychiatre. Au demeurant, le rapport d'un médecin SMR qui, comme en l'espèce, ne se fonde pas sur un examen clinique ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou de proposer des investigations complémentaires. Cela est d'autant plus le cas lorsque ledit médecin n'est pas spécialiste dans la problématique examinée. Dans ces circonstances, pour être retenues, les affirmations du médecin du SMR doivent être confirmées par les autres pièces du dossier.

b) Dans le cadre du diagnostic différentiel, la Dresse G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, privilégie le diagnostic d'"anxiété généralisée" présent "depuis l'enfance" à celui de "trouble de la personnalité évitante" qui se serait révélé depuis le "début de l'âge adulte". Quel que soit le diagnostic retenu, elle souligne que l'atteinte a pour effet que son patient souffre des limitations suivantes: "anxiété et soucis excessifs" difficiles à contrôler, lesquels sont associés à "une agitation, une fatigabilité, des difficultés de concentration" et entraînent "une souffrance cliniquement significative". L'assuré lui ayant été adressé uniquement dans la perspective d'examiner les possibilités de prise en charge thérapeutique, la doctoresse ne quantifie cependant pas la capacité de travail du recourant. Au contraire, alors même qu'elle est expressément interrogée par l'autorité intimée sur ce point, elle refuse de se prononcer précisant que "cela dépendra de la réponse du patient au traitement" (rapport du 30 mars 2016 et du 10 novembre 2016, dossier OAI, p.

366 et 387). Si la psychiatre ne tranche pas la question de la capacité de travail, force est de constater qu'elle atteste de la présence de troubles depuis l'enfance, respectivement le début de l'âge adulte. Elle relève en outre que "le patient présentait une anxiété et des soucis excessifs [...] depuis plusieurs années" et que les "symptômes [lui] semblent à mettre en lien avec le vécu subjectif". A aucun moment – à l'exception de ceux où elle fait référence aux dires du patient – elle ne soutient que ces troubles auraient évolué, en particulier en relation avec les événements du 14 décembre 2014. La Dresse G. _____ atteste donc de la présence d'atteintes à la santé invalidantes. Mais elle souligne également que ces atteintes sont anciennes et antérieures à la décision initiale de refus du 18 novembre 2014. Ainsi, si la psychiatre ne partage pas l'avis du Dr E. _____ s'agissant de l'impact des troubles sur la santé du recourant, elle le rejoint par contre lorsqu'il soutient que l'état de santé ne s'est pas notablement modifié depuis 2014. Cela ne rend pas vraisemblable l'existence d'une modification notable de la capacité de gain au sens d'une révision du droit à la rente. c) Il convient encore de souligner que, dans ses différents rapports médicaux, le Dr F. _____ adopte une approche pleine de contradictions qui se retrouvent tant dans la démarche d'observation clinique que dans les conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Ainsi, dans un premier temps, retenant toujours des diagnostics de "trouble anxieux dépressif mixte" de "TOC à prédominance obsessionnelle" et de "TDAH" ainsi que celui de "modification d'attitude suite à un traumatisme crânien", le médecin atteste d'une situation améliorée et ne donne pas de contre-indication à la poursuite de l'activité d'informaticien, à l'exception d'une réserve quant à la capacité de résistance, la solidité de l'amélioration devant être confirmée (rapport du 10 avril 2015, dossier OAI, p. 160). Quatre mois plus tard, sans pour autant motiver les raisons de ce revirement, le psychiatre atteste d'un état de santé tout autre et soutient que son patient n'est plus en mesure de travailler, émettant même des réserves sur l'exercice futur d'une activité adaptée dont la nature "reste à définir" (rapport du 6 juillet 2015, dossier OAI, p. 274). Par la suite, constatant que son patient exerçait une activité, il a précisé que celle-ci n'était réalisable qu'avec la prise régulière et à contrecœur de benzodiazépine, en plus de son traitement continu de prégabaline et d'escitalopram. Mais, en même temps, il pense que son patient est tout à fait en mesure de faire une nouvelle formation, voire même d'obtenir un "gain accessoire, comme le font beaucoup d'étudiants" (rapports des 31 décembre 2015, 5 août 2016 et 14 juin 2017, dossier OAI, p. 361, 363 et 430). Par ailleurs, le médecin atteste, pour la même période, de deux états de santé fondamentalement différents. Ainsi, alors que, dans ses rapports d'avril 2015, il affirmait que son patient allait mieux, il précise ensuite qu'"il semble être revenu à une sorte de phobie de tout ressenti physique" depuis décembre 2014 (dossier OAI, comparer p. 160 à la p. 363). Enfin, au moment même où le psychiatre attestait d'une incapacité de travail totale, le recourant était en mesure de suivre des séances de coaching dans le cadre d'une "mesure d'Outplacement", d'effectuer des stages, notamment auprès d'une institution sociale, et de postuler auprès de diverses écoles et employeurs potentiels (dossier OAI, comparer p. 361 aux p. 298 et 316). Il y a donc une discrédence claire entre les dires du médecin et les actes de son patient. Ces nombreuses critiques qu'on peut porter à l'égard de l'avis du Dr F. _____ – toutes n'ayant par ailleurs pas été expressément relevées par la Cour – justifient que ses conclusions soient écartées. d) Quant au Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, celui-ci fait état des diagnostics de "troubles anxieux chroniques, TOC, troubles de l'attention existant depuis plusieurs années en constante aggravation" et de "TCC avec fracture [au sinus] avec réactivation post traumatique du syndrome anxieux et TOC", faisant en cela référence aux

conclusions du Dr I. _____, spécialiste FMH en neurologie, qu'il a consulté pour avis. Sur le plan de la capacité de travail, le généraliste estime qu'il "est difficile de dire encore actuellement à quel pourcentage le patient pourrait travailler. Si l'adaptation au lieu de travail permet de lui éviter le plus possible l'anxiété, le travail pourrait être à temps complet". Il atteste d'une capacité de travail entière depuis le 11 janvier 2015, soit près de huit mois avant la rédaction de son rapport (rapport du 2 septembre 2015, dossier OAI, p. 284; cf. ég p. 288). Ainsi qu'il a été relevé s'agissant du médecin SMR (consid. 5a ci-avant), il convient de tenir compte du fait que le médecin traitant est généraliste et que l'examen de problématiques d'ordre psychique sort, dès lors, de son champ de spécialisation. Cela étant, il fait – notamment s'agissant du pronostic et du traitement – une référence expresse au Dr F. _____ dont les conclusions sont, on l'a vu, sujettes à caution. En outre, le médecin n'étaye ses conclusions que de manière sommaire, en particulier s'agissant de la problématique

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 de l'évolution des troubles ainsi que de leur influence sur la capacité de travail de son patient. Enfin, en tant que médecin traitant du recourant, on ne peut pas exclure que son avis, soit, à tout le moins partiellement, influencé par le lien thérapeutique qui l'unit à son patient et pourrait le pousser à prendre parti pour lui (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Partant, la Cour ne s'estime pas liée par les conclusions du médecin généraliste. e) Enfin, J. _____, neuropsychologue au sein de K. _____, retient des diagnostics de "difficultés modérées de mémoire et discrètes difficultés attentionnelle" présentes depuis avril 2015, un "TDAH – troubles anxieux généralisés" et un "TCC récent (14.12.2014)". Précisant qu'il ne lui est pas possible de faire la part de ce qui est dû aux différents diagnostics, elle relève l'existence de difficultés au niveau des capacités d'attention, d'anxiété et de résistance, lesquelles seraient compatibles avec les troubles anxieux. Elle n'examine toutefois pas la problématique de la capacité de travail (dossier OAI, p. 264, 269). Dans ces circonstances, indépendamment du fait que son rédacteur n'est pas médecin, cet avis ne saurait permettre de trancher la question de la présence ou de l'absence d'une péjoration de l'état de santé. 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, s'appuyant sur l'avis de la Dresse G. _____, la Cour constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision lui refusant une rente. Au demeurant il est probable que l'inaptitude au travail retenu par l'assurance-chômage et dont se prévaut le recourant soit, de manière non négligeable, liée à sa conviction d'être invalide, aggravée par l'environnement familial qualifié de "très protecteur et entourant" voire de "générateur d'anxiété" (cf. not. dossier OAI, p. 99, 117, 160, 204, 254, 288, 311 et 366). Dans ces circonstances, on ne peut exclure que son souhait de réorientation professionnelle soit plus lié à une envie de quitter un emploi qu'il estime insuffisamment stimulant (cf. dossier OAI, p. 298) – ce que le médecin du SMR traduit par "convenance personnelle" (dossier OAI, p. 461) – qu'à une inaptitude d'ordre psychiatrique. A cet égard, on constate que l'assuré a été en mesure – en dépit des dires de sa mère, lesquels relèvent plus de l'assertion que de la preuve – de terminer sa scolarité secondaire en section pré-gymnasiale, de réussir un CFC d'informaticien et d'obtenir d'excellents résultats scolaires dans la maturité commencée en septembre 2016. Les facteurs extra-médicaux ne sont pas des motifs justifiant de reconnaître une diminution de la capacité de travail exigible au sens de l'assurance-invalidité. En l'absence de modification manifeste de la capacité de gain, les conditions de la révision ne sont pas remplies et c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une rente au recourant. En l'état du dossier, la cause a fait l'objet d'une instruction suffisante et les requêtes de preuve faites par le recourant – notamment son audition et la

mise sur pied d'une expertise – doivent être rejetées. 7. Le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 7 mars 2018/pte Président Greffier-rapporteur

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