

FR_GERICHTE 608 2017 280 vom 24. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_280

FR: FR_GERICHTE 608 2017 280 du 24 avril 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 280 del 24 aprile 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

décembre 2010, les experts concluent à ce que les activités habituelles n'étaient plus exigibles pour des raisons somatiques uniquement, en l'absence de diagnostic psychique incapacitant. Par contre, la capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée. Par décision du 22 décembre 2010, s'appuyant sur les expertises précitées, l'OAI a refusé de prester, en l'absence d'aggravation de l'état de santé. Aucun recours n'a été déposé contre cette décision. C. Le 5 août 2013, l'assuré a déposé une troisième requête de prestations auprès de l'OAI, alléguant que ses troubles psychiques s'étaient aggravés. Par décision du 4 décembre 2013, l'OAI a rejeté cette demande de prestations. Le 26 août 2015, cette décision a cependant été annulée sur recours par le Tribunal cantonal (cause 608 2014 10) et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sur le plan psychique. Dans son arrêt, celui-ci avait en particulier retenu que l'OAI n'avait diligenté aucune mesure d'instruction s'agissant des troubles psychiques alors même qu'une aggravation était rendue plausible par le psychiatre traitant. D. Suite à cet arrêt, l'OAI a mandaté le Dr C. _____ pour un nouvel examen de l'assuré. Dans son rapport du 9 juin 2016, l'expert a conclu à l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan psychique. Suite aux objections déposées contre un projet de refus du 27 juin 2016, l'OAI a également fait examiner son assuré par la Dresse E. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, du Service Médical Régional (ci-après: SMR). Dans son rapport du 13 février 2017, celle-ci estime que l'exercice d'une activité adaptée est possible 8 heures par jour, sans diminution de rendement.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Par décision du 24 octobre 2017, reprenant un projet du 23 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de rente. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par CAP Protection Juridique SA, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 21 novembre 2017, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 5 août 2013 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. A l'appui de son recours, il se plaint de ce que l'autorité intimée n'ait pas tenu compte de son âge de 61 ans, lequel imposait qu'elle procède à une analyse globale de la situation et, en particulier, de ses chances de retrouver un emploi. Il demande également à ce que l'autorité intimée procède au calcul de son degré d'invalidité, indiquant que cela n'a pas été fait. Le 8 décembre 2017, il s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 16 janvier 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de

droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 (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. 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 LPG (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Selon dit article, 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. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité 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 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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 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 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 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 pieds 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 22 décembre 2010 qui n'a pas été contestée. Cette décision se fondait alors sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire diligentée auprès du Dr D. _____ et du Dr C. _____. Dans son rapport du 15 décembre 2010, le premier diagnostiquait une "gonarthrose interne gauche [...]" ainsi que des "lombalgies sur discrets troubles dégénératifs" qui, tous deux, influençaient la capacité de travail du recourant. Cependant, si, selon l'expert, les activités habituelles n'étaient plus exigibles, la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée. Pour sa part, dans son rapport du 15 décembre 2010, le second diagnostiquait une "dysthymie (F34.1)" et une "majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)", tous deux sans influence sur la capacité de travail. A ses yeux, il n'y avait pas de limitations au plan psychique, mental ou social dès lors que "les quelques symptômes anxieux et dépressifs dus à la dysthymie [restaient] relativement mineurs et ne [justifiaient] pas une incapacité de travail de longue durée" (cf. dossier OAI, p. 280, 296 et 311). A ce stade, il n'est pas sans intérêt de souligner que, sur le plan somatique, les experts s'écartaient de l'appréciation du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci attestait alors d'une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, alors évaluée à 50% ou 4 heures par jour dans une activité en position assise (dossier OAI, p. 185, 201, 202 et 246). De même, sur le plan psychiatrique, ils ne suivaient pas la thèse du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel attestait d'une incapacité totale de travail en raison d'une amnésie et d'une dépression récurrente (dossier OAI, p. 244 et 252). 5. Il convient d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est, comme il le prétend dans sa nouvelle demande du 5 août 2013, péjoré depuis lors. a) Sur le plan somatique, l'assuré se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr F. _____. Depuis septembre 2013, ce dernier affirme

que "l'état du genou gauche s'est aggravé depuis 2012. Un bilan radiologique effectué en mars 2013 montre une aggravation de l'état dégénératif du genou gauche" et il propose la pose d'une prothèse totale, intervention qui aura lieu en novembre 2016. Il évalue la capacité de travail à 50% dans une activité "sans port de charge et sans station debout de plus de 30 minutes" (dossier OAI, p. 334, 473 et 580). Depuis juin 2017, le médecin fait état d'une nouvelle atteinte au genou droit, indiquant la pose d'une prothèse totale également au genou droit. S'il estime qu'on ne peut exiger de son patient l'exercice d'une autre

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 activité, il admet tout de même qu'il n'existe pas de limitation fonctionnelle à une activité en position assise (dossier OAI, p. 596). On relèvera d'emblée que les conclusions du Dr F. _____ figurent dans des rapports médicaux extrêmement succincts, s'approchant même de la pure assertion. Or, le médecin n'avait déjà pas été suivi par l'expert ayant examiné une première fois l'assuré en décembre 2010, le Dr D. _____. De même, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, estimait en décembre 2009 déjà que la diminution de rendement retenue par le Dr F. _____ n'était justifiée que par une "auto-appréciation du patient, dont la subjectivité ne permet[tait] raisonnablement pas de conclure dans ce sens" (dossier OAI, p. 207). Dans ces circonstances, les conclusions du Dr F. _____ doivent être appréciées avec une certaine réserve. De surcroît, force est de constater que dans ses différents rapports, la Dresse E. _____ ne rejoint que marginalement l'avis du Dr F. _____. En effet, interrogée sur la problématique somatique du recourant, la doctoresse estime que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité d'ouvrier, mais demeure entièrement apte à effectuer une activité adaptée, soit sans station debout, sans mouvement itératif contraignant pour le rachis lombaire, sans port itératif de charges supérieures à 5 kg, sans déplacements répétés (y compris montées ou descentes), sans travail à genou et sans vibrations (dossier OAI, p. 557). Interrogée une nouvelle fois suite aux plaintes du recourant quant à son genou droit, la doctoresse maintient ses conclusions, estimant que la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas réduite par les nouveaux troubles allégués (dossier OAI, p. 615). Les conclusions de la Dresse E. _____ sont fondées tant sur l'étude du dossier asséurologique – par le biais duquel la doctoresse a été en mesure de saisir l'historique et le contexte médical – que sur ses propres observations à l'occasion d'un entretien le 13 février 2017. A cette occasion, elle a, en particulier, procédé à un examen complet du recourant, s'appuyant en outre sur l'imagerie médicale à sa disposition. Pour sa part, l'assuré a pu décrire ses troubles et les douleurs constantes au genou gauche, tant diurnes que nocturnes, y compris depuis la pose d'une prothèse totale. La doctoresse s'est concentrée sur les gonalgies gauches, les dorso-lombalgies et – marginalement – des douleurs à l'épaule gauche, seuls troubles dont se plaignait initialement le recourant. Admettant l'existence de limitations en lien avec ces troubles, la doctoresse estime quand même qu'il est exigible que le recourant exerce à temps plein une activité adaptée. Ainsi, il apparaît que le rapport de la Dresse E. _____ remplit les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur ses conclusions. Enfin, la Cour constate que l'activité adaptée retenue ménage tant le genou gauche que le genou droit nouvellement atteint. Il s'agit, en effet, d'une activité sédentaire, réalisée essentiellement en position assise et sans port de charges, de sorte qu'une nouvelle atteinte au genou droit n'apparaît pas avoir un impact quant à la capacité de travail. C'est ce que retient, au demeurant, la Dresse E. _____ dans un complément du 17 octobre 2017 (dossier OAI, p. 615). Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour retient que – bien que les deux opérations du genou aient occasionné une péjoration temporaire – la

capacité de travail n'a pas durablement diminuée entre 2010 et 2017 sur le plan somatique.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 b) Sur le plan psychique, l'assuré s'appuie sur l'avis de son psychiatre, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le psychiatre souligne que son patient souffre, suite à une arrestation, d'un "retrait social, une hyper vigilance, des symptômes psychotiques de type paranoïaques, d'un dysfonctionnement cognitif marqué et une modification durable de sa personnalité". Aux dires du médecin, "l'état mental et troubles psychiatriques dont souffre [son patient] ne sont pas compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle". Il demande qu'une expertise "neuro-psychiatrique" soit effectuée (cf. dossier OAI, p. 363 et 466). A ce stade, la Cour rappelle que, dans son jugement du 26 août 2015 (cause 608 2014 10), elle avait déjà émis des réserves à l'égard de l'avis du psychiatre. Elle avait ainsi indiqué qu'il était "manifeste que les affirmations du Dr G. _____ reflètent surtout les affirmations unilatérales de son patient" et que son rapport était "sans valeur probante". Ces considérations peuvent être reprises ici. En outre, contrairement aux indications du psychiatre, l'autorité intimée a effectivement mis sur pied une expertise psychiatrique qu'elle a, à nouveau, confiée au Dr C. _____. Dans son rapport du 9 juin 2016, celui-ci maintient les diagnostics précédemment émis de "dysthymie (F34.1)" et de "majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)" et considère toujours que l'assuré ne souffre d'aucune limitation sur le plan psychique (dossier OAI, p. 437). Cette expertise, qui n'est au demeurant pas remise en cause par le recourant, possède une entière force probante. L'expert s'est en effet basé sur les pièces figurant au dossier assécurologique ainsi que sur un – deuxième – entretien avec l'assuré le 2 juin 2016. A cette occasion, l'expert a pu procéder à un examen complet du recourant et ce dernier a pu, quant à lui, émettre ses plaintes, notamment en relation avec son amnésie. Faisant une description claire et circonstanciée de l'historique et du contexte médical, l'expert a motivé ses conclusions. Il a, notamment, confronté ses propres conclusions à celles du Dr G. _____, qu'il considère comme peu convaincantes. A cet égard, l'expert exclut que l'arrestation ait eu un impact tel qu'allégué par le recourant, ces plaintes étant même qualifiées d'incohérentes. Partant, force est de constater que l'état de santé du recourant n'a pas évolué entre 2010 et 2017 sur le plan psychiatrique. c) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, s'appuyant sur les avis de la Dresse E. _____ et du Dr C. _____, la Cour constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas durablement aggravé depuis la dernière décision lui refusant une rente. A ce stade, on doit enfin constater que l'importante incapacité de travail dont se prévaut le recourant apparaît, de manière non négligeable, liée à sa conviction d'être invalide. Le Dr C. _____ le relève expressément, mentionnant l'existence d'une exagération des symptômes. L'expert relève également de nombreuses contradictions entre les allégations et les limitations quotidiennes, par exemple chez un assuré se prétendant amnésique mais en mesure de se rappeler de nombreux détails de sa vie présente et passée, chez un assuré qui se prétend replié sur soi (angoisse et tension) mais capable de se rendre régulièrement dans des lieux publics (lieux de culte). L'expert évoque même la "production intentionnelle de symptômes", diagnostic qu'il ne peut étayer, "en l'absence d'observation ultérieure du comportement" (dossier OAI, p. 437).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Il s'agit de facteurs dont la valeur invalidante ne peut pas être reconnue (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). A tout le moins, on ne peut pas exclure que ces facteurs extra- médicaux aient conduit le recourant à multiplier les demandes de prestations. Cela n'est cependant pas un motif pour reconnaître une

diminution de la capacité de travail exigible au sens de l'assurance-invalidité. 6. En l'absence de modification de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail, il n'apparaît pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus. L'éventuelle modification du degré d'invalidité ne serait influencée que par des circonstances personnelles et conjoncturelles, lesquelles ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Cela étant, même s'il y avait été tenu de procéder à la comparaison des revenus, comme semble le requérir le recourant, le salaire de valide devrait être déterminé sur la base du salaire que le recourant aurait perçu auprès de son ancien employeur, lequel se montait à CHF 4'325.- en 2007, soit CHF 56'225.- annuellement (dossier OAI, p. 41). Il s'agit du salaire que retenait l'autorité intimée dans sa décision du 21 novembre 2007 (dossier OAI, p. 84), montant que le recourant n'avait, alors, pas critiqué. Ce montant devrait être indexé à l'année 2013, date du dépôt de la troisième demande de prestations, pour atteindre CHF 60'628.65. S'agissant du revenu d'invalidé, il a été retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité légère, sédentaire et en position assise. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la Cour se réfère au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires 2012 (CHF 5'210.-; ESS 2012, TA1_skill_level, total, niveau de compétence 1, hommes). Le montant de CHF 5'210.- est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle en 2013 est de 41,7 heures. Il doit dès lors être augmenté à CHF 5'431.45. Compte tenu de l'augmentation des salaires entre 2012 et 2013, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 5'474.90, soit annuellement CHF 65'698.80. En l'occurrence, on ne saurait tenir compte d'un désavantage salarial supérieur aux 10% retenus dans la décision initiale du 21 novembre 2007 (dossier OAI, p. 84) en raison du seul vieillissement du recourant. A cet égard, on doit relever qu'on ne peut pas suivre le recourant lorsqu'il exige qu'il soit procédé à une analyse globale de sa situation dès lors qu'il est proche de l'âge de la retraite. L'écoulement du temps – qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés – ne peut en soi légitimer l'octroi d'une rente d'invalidité ou son augmentation, après un premier refus ou une allocation seulement partielle d'une rente, en l'absence de toute modification des répercussions de l'état de santé sur sa capacité de travail, comme en l'espèce (cf. arrêt TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 et les références). Son revenu d'invalidé est dès lors de CHF 59'128.90. De la comparaison des revenus de valide (CHF 60'628.65) et d'invalidé (CHF 59'128.90), il apparaît que le recourant ne subit qu'une perte de gain de CHF 1'499.75 qui équivaut à un degré d'invalidité de 2.5%, manifestement insuffisant pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. 7. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. 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 24 avril 2018/pte Président Greffier-rapporteur

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