

FR_GERICHTE 608 2017 39 vom 30. Oktober 2017

FR Kantonsgericht, 2017-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_39

FR: FR_GERICHTE 608 2017 39 du 30 octobre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 39 del 30 ottobre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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.). 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). 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. Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11

E. 3

a) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge 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). b) 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 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). c) 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). La jurisprudence a néanmoins 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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).

E. 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 désormais justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si un renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire est nécessaire. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux prévalant lors du refus initial de rente du 30 juillet 2004, confirmé sur opposition le

E. 5

Dans sa décision du 18 janvier 2017, l'OAI a considéré que le recourant ne présentait aucune atteinte invalidante. A titre liminaire, la Cour souligne que, selon une jurisprudence récente, la surveillance secrète porte atteinte au respect de la vie privée, en l'absence d'une

base légale suffisamment claire et détaillée permettant d'observer les bénéficiaires de rentes de l'assurance invalidité et de l'assurance-accidents (arrêt TF 9C_806/2016 du 14 juillet 2017 consid. 4). Toutefois, il est en principe admissible d'exploiter les résultats de la surveillance (et de ce fait, d'autres preuves fondées sur celui-ci) à moins qu'il ne résulte de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalent sur les intérêts publics (arrêt TF 9C_817/2016 du 25 septembre 2017 consid. 3.3.1). Cela étant, le rapport de surveillance n'a manifestement pas été essentiel à la survenance du présent litige. Dans ces circonstances, la Cour renonce à procéder à une telle pesée d'intérêt. Le rapport de surveillance rendu par la société F. _____ le 1er mars 2016 est écarté du dossier et il n'en sera pas tenu compte dans le cadre de la solution du présent litige. a) Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est référée à l'expertise du Dr G. _____ du 17 octobre 2016. L'expert y fait état des diagnostics, non invalidants, de "syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)", de "dysphorie/dysthymie (F34.1)", d'"accentuation de certains traits de personnalité, ici surtout sous forme de défenses caractérielles (Z73.1)" et de "majoration de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0)". Selon l'expert, "théoriquement, du point de vue psychiatrique, l'activité exercée en dernier lieu est exigible et ceci depuis toujours" (dossier OAI, p. 46). Pour rédiger cette expertise, le Dr G. _____ avait le dossier asséculo-logique du recourant à sa disposition. Sur ce point précis, force est d'emblée de constater que l'expert ne fait qu'une référence marginale aux conclusions du rapport de surveillance rendu par la société F. _____ le

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 1er mars 2016. Celles-ci n'apparaissent pas avoir influencé l'avis de l'expert-psychiatre lequel semble déjà établi avant qu'il ne mentionne l'"observation dans la réalité" comme une "recherche élargie" relativisant "les éléments évoqués par l'assuré". Cette prise en compte très marginale ne saurait invalider les conclusions de l'expert, lesquelles semblent essentiellement fondées sur le dossier médical et ses propres observations lors d'un entretien avec le recourant. Le 1er septembre 2016, en présence d'un traducteur, l'expert a en effet pu rencontrer le recourant pour un entretien de 2h30 avec son épouse. Outre un examen clinique de celui-ci, lequel comprenait la passation de différents tests d'hétéro-évaluation, l'expert lui a fait remplir un questionnaire d'autoévaluation ainsi que procédé à des analyses sanguines. Ces dernières démontraient un taux des substances prescrites inférieur à la fourchette thérapeutique, ce qui indique une mauvaise compliance. Pour sa part, à l'occasion de l'entretien du 1er septembre 2016, le recourant a pu décrire ses problèmes à l'expert, sur les plans médicaux, sociaux, personnels et familiaux. Il a en particulier pu préciser le déroulement des crises de violence, lesquelles le conduisent à s'éloigner de son domicile pour protéger ses proches. Sur ce point précis, ses allégations selon lesquelles le recourant aurait tu son adolescence confrontée à la guerre (cf. courrier du 7 février 2017, dossier OAI, p. 13) peinent à convaincre, en particulier dans un contexte de majoration des symptômes. Outre que celles-ci, très vagues, n'ont été présentées que 30 ans après leur prétendue survenance, force est de constater qu'aucun élément au dossier n'atteste que le recourant ait été soldat à l'âge de 16 ans comme il le prétend. Au contraire, le recourant a affirmé au Dr G. _____ qu'il n'avait pas fait l'armée en raison de vomissements. Au Dr D. _____, il a dit s'être marié avec une femme qu'il ne connaissait pas "pour avoir des bras pour travailler" et trois enfants sont nés jusqu'en 1983 (cf. dossier OAI, p. 145). Au demeurant, en l'absence de tout détail, l'affirmation selon laquelle "son camarade de combat [aurait] été tué à ses côtés" alors qu'il avait 16 ans ne semble que peu plausible. En effet, son pays d'origine, bien que politiquement instable, n'apparaît pas avoir vécu de conflit entre 1981 et 1983. En particulier, il n'est pas fait mention d'opération

militaire en relation avec le coup d'état de 1980 (la constitution actuelle du pays ayant été adoptée en 1982), I. _____ (attentats contre des civils les 7 août 1982 et 16 juin 1983) ou J. _____ (qui s'engage dans la lutte armée alors que le recourant avait dépassé ses 18 ans, soit deux ans après l'enrôlement militaire allégué). Partant, la Cour retient qu'en ayant accès au dossier médical du recourant, l'expert a été en mesure de posséder une connaissance complète de l'anamnèse et du contexte médical. En outre, il a pris en considération les plaintes du recourant et a procédé à des examens complets. Dans le rapport d'expertise, le Dr G. _____ examine de manière détaillée les points litigieux. Par quelques points de réflexion, il indique notamment les motifs de ses désaccords avec les autres médecins ayant examiné l'assuré, le Dr D. _____, le Dr H. _____ et le Dr K. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. S'agissant de ses propres conclusions, celles-ci sont dûment motivées et reposent tant sur l'historique (procédural et médical), l'anamnèse, les plaintes du recourant que les constatations cliniques. Sur ce point précis, l'expert classe méthodiquement les notions issues de l'expertisé de celles issues de ses propres observations, faisant la distinction lorsque l'auto-évaluation ou l'hétéro-évaluation, seules ou ensemble, sont prises en compte. Cette liste met clairement en évidence une discordance entre ce qu'évoque l'assuré et ce que l'expert constate.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Dès lors qu'elle est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, le rapport d'expertise du Dr G. _____ a pleine valeur probante.

b) A ce stade, force est de constater que des discordances entre les constats objectifs des médecins et les plaintes du recourant – lesquelles tendent à confirmer la thèse d'une majoration des symptômes – ainsi que la présence de facteurs extra-médicaux à l'invalidité sont mentionnées depuis de nombreuses années dans le dossier du recourant. On peut ainsi relever qu'en 2003 déjà, le Dr L. _____, spécialiste FMH en neurologie, suspectait que "la nervosité du patient [était] un facteur important dans la genèse de ses plaintes" (dossier OAI, p. 382). Pour sa part, en 2005, le Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, soutenait ce qui suit: "genau so wie bei den Spezialisten, die den Patienten bereits vor mir untersucht haben, besteht auch bei mir eine Diskrepanz zwischen den Befunden, die Beschwerden des Patienten und dem Ansprechen auf die vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen". Le médecin était persuadé que "psychosoziale Faktoren spielen eine wesentliche Rolle bei der Chronifizierung und bei der jetzigen Ausprägung der Beschwerden" (dossier OAI, p. 269). En 2012, le Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, conseillait une prise en charge pluridisciplinaire au centre psychosocial en raison de "l'intrication des problèmes sociaux et psychiatriques chez ce patient" (dossier OAI, p. 272). Enfin, en 2016, suite à un examen neuropsychologique, E. _____ relève que "les performances observées sont inhabituelles [...]. Ainsi, l'assuré échoue à un test très simple de dénomination tel un aphasique alors qu'il s'exprime aisément avec l'interprète. Lors de l'échange conversationnel ou lors de ses déplacements, il présente une vitesse d'exécution cliniquement normale alors qu'au testing, les délais de réponse lors d'épreuves automatisées et/ou qui ne nécessitent aucune réflexion sont souvent extrêmement longs [...]. Aux tests de mémoire épisodique, les résultats sont tellement faibles, comme s'il souffrait d'une amnésie alors que le rappel de faits autobiographiques récent est possible. A une épreuve de mémoire à long terme, le score est par ailleurs inférieur à celui qu'on obtient si on fournit les réponses au hasard. De plus, à un test de validation de symptômes, les résultats sont tellement faibles qu'ils sont compatibles, selon les études scientifiques, avec une simulation". Elle conclut dès lors que "les résultats du bilan neuropsychologique sont invalides". Ces éléments vont dans le droit sens des

conclusions du Dr G._____. c) Cela étant, le recourant soutient que le rapport d'expertise du Dr D._____ du

E. 9

octobre 2014 possède également une pleine force probante, de sorte que des mesures d'instruction complémentaires devraient être diligentées. Dans son rapport d'expertise du 9 octobre 2014, le Dr D._____ diagnostique un "trouble dépressif majeur, épisode isolé, gravité sévère avec caractéristiques psychotiques probables F32.3 (296.23)", une "agoraphobie sans antécédents de trouble panique F40.00 (300.22)", une "phobie spécifique F40.2 (300.29)", une "personnalité borderline F60.31 (301.83)" avec des "traits paranoïaques", "un fonctionnement intellectuel limite R41.8 (V62.89)" et une "personnalité fruste à fonctionnement alexithymique". En raison de ces diagnostics, il affirme que le recourant est totalement inapte au travail. Selon lui, "à l'heure actuelle, la priorité absolue est aux soins. En effet,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 idéalement, l'expertisé devrait être soigné en milieu hospitalier, tenant compte de la gravité de son état" (dossier OAI, p. 145). Tout comme le Dr G._____, le Dr D._____ se base sur le dossier asséculo-logique ainsi qu'un entretien avec l'assuré et son épouse du 16 septembre 2014. Lors de cet entretien, l'assuré et son épouse ont pu décrire les troubles dont il souffre et, plus particulièrement, son impulsivité et les moyens de la contrôler. Pour sa part, l'expert lui a fait passer des tests d'auto-évaluation (Beck 26) et d'hétéro-évaluation (Hamilton 21), dont il découle une dépression sévère. Il appert ainsi qu'il a réalisé des examens complets de l'assuré. Toutefois, force est de constater que le psychiatre s'appuie essentiellement sur les dires du recourant, au détriment de facteurs objectivables. Cela est notamment reconnaissable dans le cadre de l'examen des symptômes permettant de diagnostiquer un épisode dépressif majeur, condition nécessaire pour diagnostiquer un trouble dépressif majeur (cf. DSM IV TR, p. 403ss et 426ss). Par exemple, l'expert y affirme ainsi que "l'expertisé présente [...] de nombreux symptômes du spectre dépressif-anxieux majeur dont entre autres une suicidabilité latente ainsi que des équivalents suicidaires probables" (critère A9). Or, cette tendance au suicide n'est fondée que sur l'affirmation du recourant selon laquelle "il évite de conduire sa voiture en raison de ses idées suicidaires passées" alors même qu'aucun élément de l'historique médical ne laisse apparaître de tels symptômes. On peut aussi relever que le diagnostic d'agoraphobie et de phobie spécifique sont émis car le recourant déclare qu'il "ne supporte pas bien la foule et souffre de vertige". Même dans l'application de tests d'hétéro-évaluation (Hamilton 21), les réponses dont fait mention le psychiatre apparaissent influencées de manière non négligeable par les seules affirmations du recourant, lesquelles devraient pourtant être appréciées avec réserve, qui plus est lorsqu'une majoration des symptômes est, comme en l'espèce, mentionnée depuis de nombreuses années. Cela remet clairement en question la valeur probante de l'expertise. Certes, le Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, a confirmé, dans un premier temps, la valeur probante de l'expertise (rapport du 20 mai 2015, dossier OAI, p. 141). Il est cependant revenu sur sa position et a proposé la mise sur pied d'un examen neuropsychologique (rapport du 26 novembre 2015, dossier OAI, p. 137). Son avis, contradictoire, ne saurait dès lors permettre de confirmer ou d'infirmer la valeur probante de l'expertise du Dr D._____. d) Enfin, force est de constater que, dans leurs différents rapports médicaux, les médecins traitants du recourant n'examinent pas la question de la capacité de travail de manière détaillée. On peut d'emblée remarquer que le Dr K._____

ne quantifie ni n'atteste formellement une incapacité de travail. Le fait que même le psychiatre traitant n'atteste d'aucune incapacité de travail affaiblit d'autant plus la valeur probante de l'expertise du Dr D._____. Cela étant, dans son rapport du 28 octobre 2013, le psychiatre diagnostique un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, lequel influencerait la capacité de travail de son patient. Il précise toutefois ne pas "avoir attesté d'incapacité de travail", ajoutant ensuite ce qui suit: "je peux concevoir que l'irritabilité du patient soit conflictuelle avec l'exercice de toute activité professionnelle, mais n'en ai pas la certitude, l'inattention et les oublis dégradant certainement la qualité du travail accompli" (dossier OAI, p. 207). De même, dans ses rapports médicaux des 30 décembre 2016 et 7 février 2017, s'attachant surtout à confronter sa démarche diagnostique à

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 celle du Dr G._____, le Dr K._____ n'examine pas non plus la question de la capacité de travail. Au contraire, il admet que son avis diffère de l'expert-psychiatre car fondé sur des éléments "dont l'expert ne retient pas le caractère probant en l'absence d'éléments plus objectifs" (bordereau recours, pièce 6). Ce motif de divergence est justement ce qui permet de privilégier les démarches du Dr G._____, lequel se fonde sur des éléments plus objectifs que le psychiatre traitant. Pour sa part, dans son rapport le plus récent, daté du 30 juillet 2012, le Dr H._____ atteste d'une incapacité totale de travailler présente depuis 2002 en raison d'un "état anxio-dépressif avec troubles intermittents du comportement". Le rapport médical n'est toutefois que très peu motivé, le généraliste se référant à l'avis d'un "spécialiste en psychiatrie" qui n'est alors pas encore mandaté (dossier OAI, p. 265). Cet avis médical ne convainc donc pas. Enfin, on peut rappeler que, selon la jurisprudence constante, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références). Dans de telles circonstances, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert. e) Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la Cour se rattache aux conclusions du Dr G._____ lequel atteste que, du point de vue psychiatrique, l'activité exercée en dernier lieu est toujours exigible. Il n'y a dès lors aucune aggravation de l'état de santé sur ce plan. S'agissant des plaintes somatiques, aucun médecin ne mentionne d'aggravation. En particulier, le Dr H._____ ne fait état que de diagnostics psychiques et les Drs P._____, spécialiste FMH en dermatologie, et Q._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, n'attestent d'aucune incapacité de travail dans leur domaine (dossier OAI, p. 265, 273 et 274). Quoiqu'il en soit, au vu des considérants qui précèdent, force est de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis le refus initial de rente du 30 juillet 2004, confirmé sur opposition le 5 octobre 2004. En l'absence d'aggravation de l'état de santé ou de changement d'un autre élément qui aurait pu avoir une influence sur le droit à la rente, c'est à juste titre que l'autorité intimée a rejeté la nouvelle demande présentée par le recourant. 6. Le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont toutefois compensés avec l'avance du même montant effectuée par ce dernier. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas alloué 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 du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. 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 30 octobre 2017/pte Président Greffier

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