

# FR\_GERICHTE 608 2021 8 vom 16. November 2021

FR Kantonsgericht, 2021-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2021\\_8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_8)

FR: FR\_GERICHTE 608 2021 8 du 16 novembre 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2021 8 del 16 novembre 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

### E. 2.1

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou de moins de longue durée (ATF 127 V 294). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

### E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 suppose 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. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 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 doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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.

### **E. 3.1**

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). Selon cette disposition, 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. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

### **E. 3.2**

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14

### **E. 4.1**

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

#### **E. 4.2**

Pour statuer, 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). 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. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

#### **E. 4.3**

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 citées). En outre, 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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).

## **E. 5**

Est en l'occurrence litigieuse le degré d'invalidité retenu par l'OAI, ce qui renvoie à l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

### **E. 5.1**

La décision de l'OAI se fonde sur l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr E. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2020, complétée le 13 juillet 2020. L'on précise, en outre, que la Cour de céans a requis un complément, lequel est daté du 5 octobre 2021. A titre liminaire, la Cour remarque que le recourant remet l'indépendance de l'expert en cause en se référant à un lien web. Ce lien mène à la page d'accueil d'une émission télévisée dont les derniers reportages ne concernent pas des problématiques d'expertises réalisées dans le cadre de procédures d'assurances sociales. L'on peine dès lors à comprendre la pertinence de ce grief. Quoi qu'il en soit, le simple renvoi à un reportage télévisé ne saurait suffire pour contester valablement l'évaluation de l'état de santé d'un assuré par un ou plusieurs experts dans un cas spécifique. Cela étant, l'évaluation du Dr E. \_\_\_\_\_ est basée sur l'étude du dossier assécurologique transmis par l'OAI, lequel comprenait en particulier des imageries ainsi que des rapports médicaux, complété par un échange avec le psychiatre traitant. A ce stade, la Cour prend note de la critique du recourant, selon lequel l'expert n'aurait jamais eu l'intention de prendre en considération ce dernier échange, survenu le 9 avril 2020. Cette affirmation est basée sur le fait que dit échange de courriels avec son psychiatre est postérieur à la date figurant sur l'expertise, soit le 25 mars 2020. Cependant, force est de constater que le contenu de l'échange est résumé dans le texte même de l'expertise (cf. expertise, p. 14). Cela s'explique par le fait que celle-ci est certes datée du 25 mars 2020 mais qu'elle a été envoyée le 16 avril 2020 seulement (dossier OAI, p. 272). Il est dès lors vraisemblable que la date figurant sur le rapport d'expertise consiste en une simple coquille, comme l'admet par ailleurs l'expert dans son complément du 13 juillet 2020 (dossier OAI, p.310). Outre l'examen du dossier, l'expert s'est également entretenu avec l'assuré le 4 mars 2020. A cette occasion, ce dernier a été en mesure de décrire ses troubles ainsi que leurs conséquences sur son quotidien, notamment le fait qu'il n'ait pas été en mesure de garder ses emplois en raison de conflits systématiques avec ses collègues. Il a également pu décrire ses symptômes, tels un mauvais sommeil, une forte anxiété, une tristesse importante, des oublis fréquents ainsi que des colères, protégeant alors sa famille en quittant son domicile pour aller se promener en forêt. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assuré, constatant par exemple l'existence de ruminations, d'une humeur moyennement déprimée ainsi que d'une certaine anxiété. Il a également examiné la situation sous l'angle d'un trouble de la personnalité, relevant la présence d'une intolérance à la frustration provoquant des réactions violentes et impulsives incontrôlables depuis le plus jeune âge, infiltrant l'ensemble de sa vie.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Sur cette base, l'expert retient les diagnostics de "trouble dépressif récurrent d'intensité légère, sans syndrome somatique F33.0" et de "trouble de personnalité de type émotionnellement labile dans sa forme impulsive F60.30". Par ce choix, l'expert écarte d'autres diagnostics figurant dans le dossier, s'expliquant de manière détaillée sur ces problématiques. Par exemple, il écarte le diagnostic de personnalité de type antisociale (F60.20) évoquée par le psychiatre traitant, constatant que le recourant a pleinement conscience de sa responsabilité alors qu'une personnalité de type antisociale aurait tendance à incriminer autrui. De même, il renonce à retenir le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec des aspects impulsifs et des aspects paranoïaques également cité par le psychiatre traitant, admettant l'existence d'une certaine impulsivité mais notant l'absence "de rancune ou de pardon". Par ailleurs, l'expert examine les différents traitements suivis par le recourant jusqu'à ce jour, constatant leur faible posologie et proposant deux pistes de modification médicamenteuse ainsi qu'une intensification de la prise en charge psychologique. S'agissant de la capacité de travail, l'expert se fonde sur les critères posés par la jurisprudence, constatant notamment la cohérence des examens avec les plaintes ainsi qu'en décrivant les capacités, les ressources et les difficultés de l'assuré. Par exemple, il estime que le trouble de la personnalité sera responsable d'une instabilité professionnelle, ce qui se traduit par un besoin d'autonomie, de peu de hiérarchie et du moins de contacts possibles. Il remarque par ailleurs que l'échec des emplois n'est pas corrélé au temps de travail, soulignant l'échec d'emplois exercés à des taux de 25% et de 30%. De ce fait, il doute que le fait de réduire le temps de travail aura une grande incidence sur l'exigibilité d'un emploi. En revanche, constatant que l'ensemble des pistes thérapeutiques n'a pas encore été exploré, il refuse de considérer que les troubles ne sont pas traitables. Il considère, au contraire, qu'ils peuvent être surmontés à l'aide d'une médiation adaptée ainsi qu'en modifiant les thérapies. Tout au plus estime-t-il important de donner au recourant du temps pour que les changements fassent effet. Si, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'explication pouvait être considérée comme peu claire dans les rapports du 25 mars et du 13 juillet 2020, l'expert a par la suite corrigé l'ensemble des imprécisions dans son raisonnement dans un complément du 3 octobre 2021. Il explique ainsi constater que, initialement, le recourant était suivi par un premier psychiatre, lequel prescrivait un traitement adéquat qui aurait à terme permis de juguler les conséquences comportementales du trouble de la personnalité. Cependant, le recourant a changé de psychiatre et le nouveau médecin a modifié le traitement, vraisemblablement en novembre 2016. Ce nouveau traitement était moins adapté. Depuis lors et jusqu'à son propre examen, le Dr E. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail est demeurée à 60%, se référant à l'estimation du Dr D. \_\_\_\_\_ (examen d'août 2018) et à l'absence de modification franche du traitement durant cette période. En revanche, pour l'avenir, il propose de revenir à un traitement proche de celui prescrit par le premier psychiatre en charge de l'assuré. Avec cet aménagement thérapeutique, il estime que le recourant sera en mesure de surmonter ses atteintes, se rattachant en cela à l'évaluation du Dr C. \_\_\_\_\_. Il estime dès lors que la capacité de travail pourra être portée à 100% dès le 1er juillet 2020. A ce stade, la Cour souligne que la question de la mise en œuvre effective du traitement proposé par l'expert peut demeurer ouverte dès lors que, même en tenant compte d'une capacité de travail de 60%, la comparaison des revenus n'aboutit pas à une rente (cf. consid. 7 ci-dessous). Enfin, la Cour constate que la date de l'augmentation de la capacité de travail au mois de juillet 2020 est un pronostic, dans la mesure où l'amélioration retenue découle d'une modification du traitement. Or, la mise en place du nouveau traitement aurait pu justifier de repousser la

date (théorique) de l'amélioration évoquée par l'expert, laquelle ne pouvait manifestement pas se faire du jour au

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 lendemain. Toutefois, le psychiatre traitant refuse – encore à ce jour – de suivre les recommandations de l'expert. Or, en l'espèce, repousser la date d'amélioration n'aurait, ainsi qu'il a déjà été évoqué, aucune incidence sur le droit aux prestations (cf. consid. 7 ci-dessous). Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, convaincante et bien motivée, remplit les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

## **E. 5.2**

Ainsi qu'évoqué ci-avant, dans son rapport d'expertise, le Dr E. \_\_\_\_\_ précise et complète l'appréciation des deux autres experts interrogés par l'assurance perte de gain, le Dr C. \_\_\_\_\_ et le Dr D. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 28 octobre 2016, complété le 10 février 2017 (dossier OAI, p. 45 et 101), le Dr C. \_\_\_\_\_ retenait déjà les diagnostics invalidants de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'une intensité légère, sans syndrome somatique" (F33.0) et de "trouble de la personnalité émotionnellement instable, type impulsif" (F60.30). Expurgeant de son appréciation la situation de vie privée compliquée, un certain isolement social, des contraintes financières et des perspectives encore très incertaines sur le marché du travail, ce premier expert considérait que "l'assuré sera[it] capable, en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités, de reprendre le travail progressivement dès à présent, débutant à 50%, avec une augmentation à 100% à partir du 1er janvier 2017 au plus tard". Vu l'organisation pathologique de la personnalité de l'assuré, il recommandait que celui-ci exerce une activité avec peu d'exigences sur le plan social. Pour sa part, dans son rapport du 4 septembre 2018 (dossier OAI, p. 165), le Dr D. \_\_\_\_\_ citait également les diagnostics invalidants de "trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique" (F33.0) et de "trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif" (F60.30). Pour sa part, il relevait que la crainte principale "de l'assuré résid[ait] dans l'aspect impulsif et incontrôlable de son trouble de la personnalité qui lui [faisait] redouter un débordement de violence lors d'un passage à l'acte et de commettre l'irréparable en tuant quelqu'un", admettant cependant que cet aspect "n'entr[ait] pas directement dans les critères de détermination de la capacité de travail". Dans ce contexte, il soulignait que "la seule limitation fonctionnelle retenue ce jour [est] donc une angoisse anticipatoire d'un acte violent impulsif hétéro agressif". Compte tenu de cette limitation, il proposait une reprise du travail à un taux de 60%. L'on constate ainsi que, si les deux experts de l'assurance perte de gain s'accordent sur les diagnostics, leur appréciation de la capacité de travail diffère. Cette différence d'appréciation est liée au fait que, entre les deux expertises, le traitement du recourant a été modifié. Cela étant, c'est bien cette différence d'appréciation qui a conduit l'OAI à diligenter sa propre expertise auprès du Dr E. \_\_\_\_\_, laquelle – ainsi qu'on l'a vu – tranche cette problématique d'une manière convaincante et argumentée. Ce raisonnement est particulièrement explicite dans le rapport complémentaire du 3 octobre 2021, l'expert indiquant ainsi ce qui suit: "L'introduction du risperdal à la posologie de 2 mg par le [psychiatre traitant] (vraisemblablement en 08/16 date de début de la prise en charge par ce confrère) est une prescription adaptée au regard du diagnostic de trouble de [la] personnalité par les guidelines. En revanche, cette prescription n'a pas été poursuivie sur un temps suffisamment long pour juguler les conséquences comportementales du trouble de [la] personnalité (RM du 11/16 mentionnant une prescription d'abilify à la place de la risperdal).

Ce dernier fut repris à l'occasion d'un changement de thérapeute (11/17?) par le [nouveau psychiatre] mais à doses insuffisantes".

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 En d'autres termes, on constate que les appréciations des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ vont dans le même sens que celle du Dr E. \_\_\_\_\_, renforçant de ce fait cette dernière appréciation.

### **E. 5.3**

Le recourant se prévaut de l'avis de ses médecins traitants, renvoyant essentiellement aux rapports de son psychiatre, le Dr G. \_\_\_\_\_. Depuis le début de son suivi, celui-ci retient les diagnostics invalidants d'"évolution déficitaire d'un trouble dépressif récurrent (F33) associé à un trouble mixte de la personnalité (F61), voire à une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62)". En raison de ces diagnostics, il atteste d'une incapacité de travail totale. Celle-ci est liée aux nombreuses restrictions qu'il retient – à savoir: "instabilité marquée de l'humeur, irritabilité, impulsivité, fatigabilité, seuil de tolérance à la frustration bas, perte de la confiance en soi, déconditionnement global depuis 2 ans" – lesquelles se manifestent par des conflits et des tensions interpersonnelles, des accès de colère/agressivité, un risque d'absentéisme élevé ainsi qu'un manque d'adaptation (rapport du

### **E. 5.4**

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la capacité de travail de l'assuré est restreinte depuis le mois d'avril 2016. Depuis lors, mais au plus tard depuis novembre 2016 (date de la prise en charge par le Dr G. \_\_\_\_\_), elle doit être évaluée à 60%, tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée. Puis, depuis le 1er juillet 2020 et l'introduction d'un traitement adapté, la capacité de travail doit être considérée comme entière. 6. Dans la décision litigieuse du 7 octobre 2016, l'OAI est parti du principe que son assuré ne "souffr[e] pas d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 4 de la loi sur l'assurance-invalidité" de sorte qu'il a considéré la capacité de travail et de gain comme entière. Au vu des pièces du dossier, cette conclusion apparaît un peu courte. Certes, depuis le 1er octobre 2020, le degré d'invalidité est nul, l'assuré devant se voir reconnaître une capacité de travail entière également dans ses anciennes professions. En revanche, ainsi qu'on l'a vu, la capacité de travail de l'assuré était, auparavant, restreinte. Il convient dès lors de procéder au calcul du degré d'invalidité pour cette période. 6.1. Selon l'art. 28 al. 1 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 6.2. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce

qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 6.3. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citées). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 6.4. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 U 130 p. 270 s. consid. 4a; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). Le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt TF 9C\_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité

à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). 7. Ainsi que retenu ci-avant, du mois d'avril 2016 au mois de juin 2020, la capacité de travail du recourant est estimée à 60%. Depuis le 1er juillet 2020, la capacité de travail doit être considérée comme entière. 7.1. Le recourant a quitté ses précédents emplois après des "pertes de contrôle" et des "bagarres" avec ses collègues, supérieurs, comptables, fournisseurs et clients. De l'avis d'experts, ces disputes sont la manifestation de son trouble psychique. Le Dr E. \_\_\_\_\_ souligne ainsi: "Le trouble de [la] personnalité sera responsable d'une franche instabilité professionnelle (tel qu'on peut le constater), de difficultés relationnelles importantes avec ce comportement agressif, d'une instabilité émotionnelle et surtout d'une impossibilité à s'intégrer à une équipe".

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 On peut dès lors admettre que, s'il n'avait pas été atteint à sa santé, l'assuré aurait continué de travailler auprès de ses précédents employeurs. Dans ce contexte, s'agissant du revenu de valide, la Cour se réfère aux précédents revenus de l'assuré. Dans la mesure où la dernière activité salariée consistait à travailler dans le magasin tenu par son épouse – ce qui pourrait impliquer un revenu non représentatif – la Cour va plutôt se référer aux revenus moyens de l'assuré entre 2011 et 2015 selon son extrait de compte individuel AVS, à savoir CHF 52'371.- (dossier OAI, p. 64). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 53'202.65, indices de 2204 pour 2013 et 2239 pour 2016, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, Hommes). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 53'202.65. 7.2. S'agissant ensuite du revenu d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1\_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que le TA1, niveau de compétences 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant sur le marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C\_830/2017 du 16 mars 2018 consid. 5; 8C\_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C\_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétences 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ces domaines, absence influençant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires). Ce montant doit prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2016 (CHF 66'803.40, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail de 60% médicalement attestée par les experts-psychiatres interrogés, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 40'082.05. 7.3. Partant, pour la période allant du 1er avril 2017 (6 mois après le dépôt de la demande de prestations en octobre 2016) au 30 septembre 2020 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé, la comparaison des revenus de valide (CHF 53'202.65) et d'invalidé (CHF 40'082.05) aboutit à une perte de gain qui se monte à CHF 13'120.60. Cela correspond à un degré d'invalidité de 24.66%, soit 25% (cf. ATF 130 V 121). Dès le 1er octobre 2020, en présence d'une capacité de travail de 100% dans toutes les activités, le revenu d'invalidé dépasse manifestement le revenu de valide. Le degré d'invalidité est donc

nul. Indépendamment de la période concernée, le recourant ne peut dès lors pas se voir reconnaître de droit à une rente. En effet, une perte de gain inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. La prise en compte d'un revenu de valide plus élevé, par exemple fondé sur le seul revenu de l'année 2015 (CHF 56'434.-; cf. dossier OAI, p. 64) ou sur le gain assuré auprès de l'assurance-chômage (CHF 62'532.00; cf. dossier OAI, p. 42), n'aurait pas d'impact sur le droit à la rente. De même, la

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 prise en considération d'une réduction supplémentaire du revenu statistique au titre de désavantage salarial n'apparaît pas avoir d'impact notable sur le calcul du degré d'invalidité. En effet, celle-ci ne saurait dépasser 5% compte tenu de la situation concrète de l'assuré, lequel est âgé de moins de 40 ans, étant rappelé que l'éloignement du marché du travail n'est pas un facteur d'abattement (cf. arrêt TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6) et qu'il n'y a pas lieu de tenir compte une seconde fois de limitations qui ont déjà été prises en considération sous l'angle médical (arrêts TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1; 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). Enfin, les conditions pour procéder à une comparaison en pourcents n'apparaissent ici pas remplies. En effet, il a été possible de déterminer des revenus de valide et d'invalides précisément (cf. ATF 104 V 135 consid. 2b). L'on rappelle que, en principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (cf. arrêt TF 9C\_584/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3 et les références citées).

## **E. 8**

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 d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 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 son avance de frais. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 novembre 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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