

FR_GERICHTE 608 2021 89 vom 25. November 2021

FR Kantonsgericht, 2021-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_89

FR: FR_GERICHTE 608 2021 89 du 25 novembre 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2021 89 del 25 novembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

avril 2015 et assuré auprès d'elle durant cette période. Elle est d'avis que l'incapacité de travail qui a causé l'invalidité est survenue le 1er octobre 2015 alors que le recourant n'était plus assuré auprès d'elle. Si l'on devait retenir que les problèmes de santé avaient commencé déjà en 2012, il faudrait constater qu'il n'était pas encore assuré auprès d'elle. De plus, tant la connexité matérielle que la connexité temporelle n'auraient pas été interrompues par l'engagement du recourant auprès de D. _____ GmbH. 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 en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 en droit 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 que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux 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. 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.). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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. 2.3. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 2.4. 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical,

ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 2.5. Selon l'art. 17 al. 1 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. 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). 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 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 citée; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 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 6 de 10 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a maintenu la demi-rente d'invalidité perçue jusqu'alors par le recourant. Pour répondre à cette question, il faut déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 28 février 2019, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 7 avril 2021. 3.1. Pour rendre sa décision du 28 février 2019, l'autorité intimée s'était essentiellement basée sur une expertise psychiatrique du 14 décembre 2017 du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, p. 344ss). L'expert pose le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble bipolaire type I depuis 2012 en rémission partielle depuis février 2016 (F31). Il retient un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), une dépendance éthylique actuellement abstinente depuis février 2016 (F10.20), une dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25) et un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90) comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail. Il relève ensuite que le trouble affectif bipolaire évolue avec des limitations fonctionnelles significatives surtout depuis 2012, dans le sens d'épisodes dépressifs sévères et maniaques entre 2012 et 2014, en rémission totale entre août 2014 et avril 2015, avec des rechutes significatives maniaques et dépressives sévères entre mai 2015 et janvier 2016 et en rémission partielle depuis février 2016. L'évolution est aggravée par une dépendance éthylique, actuellement abstinente depuis février 2016, et une dépendance au cannabis utilisation continue, mais avec une diminution des consommations depuis février 2016. L'expert retient des limitations fonctionnelles significatives mais modérées en lien avec le trouble bipolaire en rémission partielle, à savoir des troubles modérés de la concentration, sans fuite d'idées, sans aboulie, avec un ralentissement moteur modéré, sans agitation, avec un isolement social partiel mais pas total. Il indique également que la situation pourrait être améliorée en mettant en place un sevrage au cannabis et un suivi psychiatrique hebdomadaire centré sur le trouble de la personnalité émotionnellement labile avec un monitoring régulier des toxicodépendances. S'agissant de la capacité de travail, il retient qu'elle est nulle entre 2012 et juillet 2014 ainsi qu'entre mai 2015 et janvier 2016 en lien avec des rechutes significatives maniaques et dépressives sévères, de 100% sans diminution de rendement entre août 2014 et avril 2015 et de 50% sans baisse de rendement dans une activité adaptée sans stress et sans relations hiérarchiques complexes dès février 2016. Il précise encore que la dernière profession est adaptée, mais uniquement dans un environnement sans stress et sans hiérarchie complexe. 3.2. Depuis cette décision octroyant une demi-rente, la situation a évolué de la manière suivante. Une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 29 octobre 2020 (dossier OAI, p. 107ss). L'expert diagnostique un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, sans symptômes somatiques (F31.30), évoluant depuis 2012,

qui est à l'origine des limitations fonctionnelles durables entraînant une incapacité de travail de 50%. Il retient également les diagnostics suivants, sans influence sur la capacité de travail: perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) depuis l'enfance, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) depuis l'adolescence, dépendance éthylique actuellement abstinent depuis février 2016 (F10.20) et dépendance au cannabis actuellement abstinent depuis deux ans (F12.20). Les limitations fonctionnelles consistent en des troubles de la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 concentration sans fuite d'idées mais avec une certaine anhédonie et un isolement partiel, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur modéré. Il indique que le traitement psychothérapeutique a stabilisé de façon favorable l'humeur et que, depuis l'expertise de décembre 2017, il n'y a pas eu de décompensation du trouble de personnalité borderline. Il y a quelques comportements impulsifs verbaux et quelques comportements physiques (claquer une porte) limités. S'il n'y a pas eu de comportement auto ou hétéro dommageable caractérisé, il existe par contre toujours une fragilité émotionnelle. L'assuré a des habilités pour réaliser les activités quotidiennes limitées par une psychopathologie, mais dispose de ressources personnelles limitées: il est capable de communiquer, est rationnel, a de la difficulté à respecter un cadre et à s'adapter, manque de flexibilité psychique, peine à s'organiser, n'est pas endurant psychologiquement, a peu de capacités relationnelles et ne dispose pas d'un réseau social personnel. L'expert ajoute que l'incapacité de travail est de 50%, sans diminution de rendement, depuis l'expertise psychiatrique du 14 décembre 2017, et que l'activité habituelle dans la construction métallique est adaptée, avec cependant une certaine souplesse dans la gestion des horaires, la réalisation des tâches sur indication de la hiérarchie, avec vérification par celle-ci et correction des éventuelles erreurs par l'expertisé, ainsi qu'une valorisation des réussites par la hiérarchie. Dans son complément d'expertise du 12 janvier 2021 (dossier OAI, p. 77), le Dr F._____ indique qu'il ne se distancie pas des derniers écrits du psychiatre traitant, qui retient également dans son rapport du 26 mars 2020 une incapacité de travail de 50%, mais ajoute que les rapports médicaux de celui-ci sont dépourvus d'analyse des activités quotidiennes, ne s'appuient pas sur une analyse des ressources de l'assuré et ne comportent pas d'analyse de la cohérence. Le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre traitant du recourant, atteste le 26 mars 2020 d'un état de santé stationnaire et d'un trouble bipolaire en rémission avec des signes résiduels. Les consultations ont lieu une fois par mois, la capacité de travail est de 50% et il convient d'éviter le bruit et le stress (dossier OAI, p. 187). Figurent encore au dossier trois rapports du Dr G._____ postérieurs à la décision litigieuse, mais concernant également la période antérieure à celle-ci. Le psychiatre indique le 24 avril 2021 que le trouble bipolaire de l'assuré se manifeste par des épisodes maniaques, dépressifs et mixtes. Les épisodes maniaques sont caractérisés par des idées sub-déliantes, mystiques, messianiques et de complot, une excitation psychomotrice et une insomnie sans fatigue. Les épisodes dépressifs sont quant à eux caractérisés par une baisse de l'énergie et de l'élan vital, une préoccupation anxieuse et une hypersomnie. Il ajoute que les périodes intercritiques ne sont pas de bonne qualité et que le recourant vit une baisse progressive de son fonctionnement dans les domaines social, cognitif et familial, ainsi que dans les loisirs. Le dernier épisode pathologique est très récent et n'est pas encore résolu complètement, l'assuré présentant encore des signes importants (excitation psychomotrice, tachypsychie, logorrhée, idées de grandeur et de toute puissance) qui durent depuis deux mois (dossier OAI, p. 50). Le 28 avril 2021, il mentionne que les consultations ont lieu une fois par mois ou plus si nécessaire et que l'intensité des troubles dépend du moment où

l'assuré est examiné en raison de leur capacité épisodique. L'évolution est négative car les épisodes intercritiques sont de mauvaise qualité avec baisse du fonctionnement cognitif, social et personnel. S'il est d'accord avec le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type compulsif bien compensé posé par l'expert, il relève que seul le trouble bipolaire est à l'origine de l'incapacité de travail de l'assuré, qui ne peut pas travailler 4h par jour car la rémission complète après le dernier épisode maniaque sévère avec des éléments psychotiques, survenu récemment, n'est pas encore atteinte. Il n'est en effet pas en mesure de surmonter ses troubles et de reprendre une activité. Il a des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 limitations dans les domaines de la vie conjugale, familiale et sociale, ainsi que dans les loisirs, mais les performances sont variables (dossier OAI, p. 51). Le Dr G. _____ atteste enfin le 5 mai 2021 que le recourant a subi depuis le 1er mars 2019 un épisode dépressif sévère et deux épisodes maniaques sévères. La durée moyenne d'un épisode est difficile à évaluer, mais probablement de deux à trois semaines. Le dernier épisode a commencé la première semaine de mars et il existe un risque de récurrence (dossier OAI, p. 57). Enfin, le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin du SMR, a constaté que le recourant s'est acquitté de son obligation de réduire le dommage en attestant mensuellement un suivi psychiatrique et en se sevrant du cannabis (rapport du 3 décembre 2020, dossier OAI p. 401). 3.3. De l'avis de la Cour, l'expertise du Dr F. _____ a pleine valeur probante sur le plan formel dès lors qu'elle est conforme aux réquisits jurisprudentiels. L'expert s'est en effet basé sur le dossier médical complet du recourant et l'a examiné personnellement avant d'établir son rapport. L'assuré a pu s'exprimer à chaque moment. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assuré et est le résultat d'examens complets. Il prend également en compte l'avis des médecins traitants. Les conclusions sont de surcroît claires et bien motivées. Par ailleurs, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expert pour les motifs suivants. L'expert-psychiatre et le Dr G. _____ s'entendent tout d'abord sur le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, à savoir un trouble affectif bipolaire (F.60.30) qui avait déjà été retenu dans l'expertise du 14 décembre 2017. Tous deux attestent également de la présence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) bien compensé qui n'a pas d'influence sur la capacité de travail et qui était également présent en 2017. L'expert mentionne encore comme diagnostics, sans une telle influence, une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), une dépendance éthylique – actuellement abstinent depuis 2016 (F10.20), ainsi qu'une dépendance au cannabis – actuellement abstinent depuis deux ans (F12.20). Ces diagnostics étaient déjà retenus par l'expertise de 2017 comme étant également sans influence, avec la différence que la dépendance au cannabis n'est plus présente. A ce sujet, le sevrage recommandé par cette première expertise, mis en place et conduit avec succès, n'a pas permis de modifier significativement les limitations fonctionnelles antérieurement présentes, selon le Dr F. _____ (expertise, dossier OAI p. 125). Enfin, le psychiatre traitant ne retient pas d'autres diagnostics que le trouble bipolaire et le trouble de la personnalité et ne remet pas en cause ceux posés par l'expert. Le recourant dispose également de ressources personnelles limitées qui n'ont que peu évolué. Ainsi, l'expertise de 2017 attestait d'un isolement partiel et indiquait que le recourant arrivait notamment à lire, à faire les courses et une partie du ménage, à conserver des liens sociaux, à gérer son quotidien, à conduire (dossier OAI, p. 374). Fin 2020, le Dr F. _____ relève qu'il peut communiquer et est rationnel. Il entretient la pelouse dans la mesure de ses possibilités, conduit parfois sur de courts trajets, cuisine et fait régulièrement le repas du

soir, fait les courses tôt le samedi matin avec son épouse, qu'il aide pour le ménage. Il lit également de temps en temps et passe environ 3h par jour devant la télévision et autant devant l'ordinateur. Il a par contre des difficultés à respecter un cadre et à s'adapter, manque de flexibilité psychique, peine à s'organiser, n'est pas endurant psychiquement et a peu de capacité relationnelle. Quant au psychiatre traitant, s'il parle de baisse de fonctionnement dans les domaines social, cognitif, familial et des loisirs, il ne la décrit pas et ne

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 donne pas de précisions ("performances variables"), ce qui ne permet pas de mettre en doute les constatations de l'expert. Quant à la capacité de travail, les spécialistes attestent là encore tous deux une capacité de 50% sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Le Dr F._____ précise que l'activité habituelle dans la construction métallique est adaptée avec néanmoins une certaine souplesse dans les horaires, la réalisation des tâches sous surveillance de la hiérarchie et la valorisation des réussites par celle-ci. Le 26 mars 2020, le Dr G._____ retient également une capacité de travail de 50% dans une activité sans bruit et sans stress. Puis, en avril 2021, il indique que l'assuré ne peut pas travailler 4 heures par jour, la rémission complète après le dernier épisode maniaque n'étant pas encore atteinte, sans préciser s'il pourrait ou non travailler moins de 4 heures par jour. Cette incapacité concerne cependant un épisode maniaque récemment survenu et non une période intercritique, et ne remet pas en cause les conclusions de l'expert. S'agissant des limitations fonctionnelles, celles retenues dans l'expertise de 2017 et par le Dr F._____ sont quasiment identiques: troubles modérés de la concentration sans fuites d'idées avec un ralentissement moteur modéré et un isolement partiel. Le Dr E._____ précisait qu'il n'y avait pas d'aboulie ni d'agitation, tandis que le Dr F._____ mentionne une certaine anhédonie. Le psychiatre traitant ne parle quant à lui pas de limitations fonctionnelles, mais décrit seulement les épisodes maniaques et de dépression. Le Dr G._____ indique le 5 mai 2021 que son patient a subi depuis début mars 2019 un épisode dépressif sévère et deux épisodes maniaques sévères. Cependant, on ignore quand ils se sont précisément produits et leur durée. L'expertise psychiatrique n'en faisant pas mention, de même que le rapport du 26 mars 2020 du psychiatre traitant, il y a lieu de considérer qu'ils n'ont pas été suffisamment importants et/ou de longue durée pour influencer durablement la capacité de travail. Les critiques du recourant quant à l'expertise psychiatrique ne sont enfin pas de nature à remettre en cause ce qui précède. En effet, si le Dr F._____ qualifie à une reprise le trouble bipolaire de sévère, il indique également qu'il est partiellement équilibré et permet une activité à 50%. Quant au peu de ressources, ce constat est présent déjà depuis 2017, ce qui n'avait pas non plus empêché le Dr E._____ de retenir également une capacité de travail de 50%. De plus, le fait d'avoir des ressources limitées ne veut pas encore dire qu'elles sont insuffisantes au point d'empêcher toute activité professionnelle. Il en est de même de la baisse de son fonctionnement dans les domaines social, cognitif, familial et dans les loisirs. Enfin, le psychiatre traitant estime la durée moyennes des épisodes de deux ou trois semaines, et non plusieurs mois voire années. De ce fait, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas nécessaire. Force est dès lors de constater que la situation est restée globalement la même depuis la décision du 28 février 2019 et qu'il peut être exigé du recourant qu'il travaille à 50% sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Enfin, au moment où la décision litigieuse a été rendue, l'épisode maniaque qui a débuté début mars 2021 n'avait pas atteint la durée de trois mois, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI n'en a pas tenu compte. Cas échéant, cet épisode pourrait faire l'objet d'une nouvelle demande s'il devait avoir été présent plus de trois mois et avoir influencé la capacité de travail de manière à modifier durablement le

degré d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 4. Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée le 27 mai 2021. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 27 mai 2021. 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 25 novembre 2021/cso Le Président : La Greffière-rapporteure :

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