

FR_GERICHTE 608 2022 77 vom 21. September 2022

FR Kantonsgericht, 2022-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_77

FR: FR_GERICHTE 608 2022 77 du 21 septembre 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2022 77 del 21 settembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

mai 2017. Cette décision n'a pas été contestée. Le 29 août 2018, l'assuré, souffrant toujours d'une sclérose en plaques, a déposé une deuxième demande de prestations. Par décision du 13 novembre 2018, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur sa requête. Cette décision n'a pas non plus été contestée. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 7 janvier 2019, également en raison de sa sclérose en plaques. Après avoir notamment mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, l'OAI lui a, par décision du 21 avril 2022, octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1er juillet 2019. Il lui a reconnu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée. Les revenus de valide et d'invalidé ont tous deux été fixés sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (tableau TA 1 Tirage Skill Level, total homme niveau 1). Celui de valide s'élevait à CHF 68'376.30 et celui avec invalidité à CHF 30'769.35, compte tenu d'une réduction au titre de désavantage salarial de 10%. Partant, le degré d'invalidité était de 55%. Le montant de la rente a été calculé sur la base de l'échelle de rente 40 et d'un revenu annuel moyen de CHF 11'472.-. Il s'élevait à CHF 539.- du 1er juillet 2019 au 31 décembre 2020 et à CHF 543.- dès le 1er janvier 2021. L'OAI a encore précisé que des mesures d'ordre professionnel n'entraient pas en ligne de compte, les conditions et exigences n'étant pas remplies. B. Le 24 mai 2022, A. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière calculée sur la base d'une échelle de rente supérieure à l'échelle 40 et d'un revenu annuel moyen supérieur à CHF 11'472.-, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, il allègue tout d'abord une violation de son droit d'être entendu du fait que la décision attaquée n'indique pas de façon claire et exhaustive la manière dont le montant de la rente a été calculé, que l'OAI ne s'est pas prononcé sur ses objections du 28 décembre 2021, qu'il n'explique pas pourquoi il a utilisé le niveau 1 du tableau TA 1 Tirage Skill Level, et enfin qu'il ne justifie pas la non application de l'art. 28b al. 2 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) dès le 1er janvier 2022. Ensuite, il conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et soutient qu'il ne peut travailler sur le marché équilibré du travail, celui-ci ne connaissant pas d'activités lucratives non qualifiées dans le domaine de la production et des services correspondant à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le revenu sans invalidité ne saurait être inférieur à CHF 83'500.- et, à supposer que le taux d'invalidité soit de 55%, la quotité de la rente devrait également être de 55% compte tenu du fait que, dès le 1er janvier 2022, elle correspond au taux

d'invalidité lorsque celui-ci est compris entre 50% et 69% (art. 28b al. 2 LAI). A la même date, le recourant dépose une requête d'assistance judiciaire totale (608 2022 78), qu'il retire par courrier du 7 juin 2022. La requête a été rayée du rôle le 9 juin 2022. Le 17 juin 2022, il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Dans ses observations du 28 juillet 2022, l'OAI conclut au rejet du recours. Il explique tout d'abord en détails comment le montant de la rente a été calculé et soutient que l'expertise pluridisciplinaire, basée sur un examen circonstancié et dûment motivée, a pleine valeur probante. Quant au revenu de valide, il relève que la capacité de travail était entière durant les années de formation et que l'échec de celle-ci est dû à des facteurs extra-médicaux, de sorte qu'il est vraisemblable que le recourant aurait exercé, sans atteinte à la santé, une activité dans l'industrie légère et les services sans formation. Pour terminer, l'autorité intimée estime que c'est bien l'ancien système de rente qui doit être appliqué au cas d'espèce, en vertu des dispositions transitoires de la loi. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Le recourant invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendu, du fait que la décision attaquée n'indique pas de façon claire et exhaustive la manière dont le montant de la rente a été calculé, qu'elle n'explique pas l'utilisation du niveau 1 du tableau TA 1 Tirage Skill Level, qu'elle ne justifie pas la non application de l'art. 28b al. 2 LAI dès le 1er janvier 2022 et enfin que l'OAI ne s'est pas prononcé sur ses objections du 28 décembre 2021. Autrement dit, il se plaint d'un défaut de motivation de la décision litigieuse. 2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre; la motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés; il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité

particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1). 2.2. En l'espèce, la Cour constate que les éléments à la base du calcul de la rente – durée de cotisations prises en compte, nombre d'années de cotisations selon la classe d'âge, échelle de rente applicable, revenu annuel moyen déterminant, durée de cotisations pour le revenu annuel moyen – figurent dans la décision. Les seuls éléments non développés sont la manière de calculer la durée des cotisations prises en compte et celle fixant l'échelle de rente, qui ressortent toutefois de la législation fédérale. La décision n'explique ensuite pas directement l'utilisation du total, niveau 1 du tableau TA 1 Tirage Skill Level. Ce choix dépend toutefois de l'activité adaptée et des limitations fonctionnelles qui figurent au début de la décision et du niveau de formation du recourant, informations dont celui-ci avait déjà connaissance. Elle prend par ailleurs implicitement position sur les objections du 28 décembre 2021, mettant en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, en retenant la capacité de travail et les limitations qui en résultent. Enfin, l'autorité intimée n'a pas fait mention du nouvel art. 28b al. 2 LAI, relatif à la quotité de la rente, en vigueur dès le 1er janvier 2022. Cet élément ne suffit cependant pas à admettre une violation du droit d'être entendu. En effet, quand bien même l'on peut regretter que la décision ne soit parfois qu'insuffisamment motivée, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la Cour de céans, qui a plein pouvoir de cognition, sur tous les éléments soulevés, de sorte que l'éventuel vice doit être considéré comme guéri. Pour ces motifs, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par l'assuré doit être rejeté. 3. Dans le cadre du "développement continu de l'AI", notamment la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2535). 3.1. En particulier, l'art. 28 al. 2 LAI a été abrogé et remplacé par l'art. 28b LAI concernant la détermination de la quotité de la rente. Celle-ci est désormais fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détermine la quotité de la rente pour un taux d'invalidité entre 40% et 49%.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 La lettre b (adaptation des rentes en cours pour les bénéficiaires âgés de moins de 55 ans) des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 prévoit cependant que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à son entrée en vigueur, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. 3.2. Par conséquent, le grief du recourant relatif à l'absence d'application de l'art. 28b al. 2 LAI à partir du 1er janvier 2022 doit être rejeté, dès lors que, âgé de 34 ans, il n'avait pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de la modification, que son droit à la rente est né le 1er juillet 2019 et que son taux d'invalidité n'a pas subi de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. 4. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 4 mai 2021, allègue qu'il est totalement incapable de travailler et soutient que de toute manière aucune activité lucrative dans le domaine de la production et des services correspondant à ses limitations fonctionnelles n'existe sur le marché équilibré du travail. Il estime encore que le revenu sans

invalidité ne saurait être inférieur à CHF 83'500.-, et que, lors du calcul du montant de sa rente, le revenu moyen déterminant doit être supérieur à CHF 11'472.- et l'échelle de rente supérieure à 40. 4.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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). 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). 4.2. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 4.3. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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. 4.4. 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). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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). 4.5. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). En outre, le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en

considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Par ailleurs, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale 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. 5b/aa-cc; arrêt TF 9C_537/2019 du 20 février 2020 consid. 2.2). Enfin, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2; 126 V 75; arrêts TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3; 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; I 724/02 du 10 janvier 2003). 4.6. La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4). 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 LPGA), 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'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, 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 LPGA 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, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). 4.7. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque notamment la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies; d'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision (au sens de l'art. 17 LPG) est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Lorsqu'il dépose une nouvelle demande, l'assuré doit ainsi rendre plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2). Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit la prestation d'assurance (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3; 133 V 108 consid. 5.3). 5. Il n'est pas contesté que le recourant a vu son état de santé se péjorer depuis le 30 mai 2017, date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente et lui refusant toute prestation, au point d'avoir désormais droit à une demi-rente d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 La question litigieuse est par conséquent celle de savoir si son état de santé s'est détérioré de manière à lui donner droit à une rente entière au lieu d'une demi-rente. 5.1. Le recourant conteste tout d'abord la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 4 mai 2021 et le fait qu'il serait capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement de 50%. Il estime au contraire être totalement incapable de travailler. 5.1.1. Cette expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de C._____. Elle a été réalisée par la Dre D._____, spécialiste en neurologie, le Dr E._____, médecin praticien, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G._____, neuropsychologue. Dans leur évaluation consensuelle du 4 mai 2021, les experts diagnostiquent une sclérose en plaques de type poussée-rémission, des épisodes de migraines, des troubles urinaires et des troubles neuropsychologiques légers à moyens. Ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes: fatigue avec caractère d'imprévisibilité affectant l'endurance physique et intellectuelle globale, participant au ralentissement et diminuant le rendement de 50% dans toute activité; troubles cognitifs mnésiques, attentionnels et exécutifs entravant la reprise d'une formation de type employé de commerce ou supérieure et menant à la préservation d'une capacité de travail dans une activité manuelle simple telle que détaillée dans le volet neuropsychologique de cette expertise; discrète atteinte neurologique sensitivo-motrice de l'hémicorps gauche affectant le port de charge et la dextérité fine de la main gauche; troubles sphinctériens induisant la nécessité d'une privacité adéquate (WC accessibles à proximité immédiate du poste de travail). La capacité de travail tant dans l'activité habituelle (activité simple de type commis de bureau) que dans une activité adaptée (activité manuelle simple) est de 100% avec diminution de rendement de 50% depuis mai 2015 en raison des troubles exécutifs et du ralentissement tels qu'objectivés par l'examen de 2019. Ils relèvent par ailleurs que les ressources sociales sont pauvres en-dehors du cercle familial, que les capacités de communication, d'adaptation et d'endurance sont affectées par les troubles neuropsychologiques et la fatigue et que des incohérences ont été relevées dans les résultats des tests psychométriques. 5.1.2. A titre liminaire, soulignons que l'expertise a été correctement établie et est conforme aux réquisits jurisprudentiels. Les experts se sont en

effet basés sur le dossier médical complet du recourant et l'ont examiné personnellement avant d'établir leur rapport. L'assuré a pu s'exprimer à chaque moment. Les conclusions sont par ailleurs claires et bien motivées. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assuré et est le résultat d'exams complets. Par ailleurs, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions des experts pour les motifs suivants. Tout d'abord, les différents médecins de l'assuré ne se prononcent pas sur sa capacité de travail (cf. notamment rapports du 28 novembre 2018 du service de neurologie de H._____, dossier OAI p. 130; du 28 juin 2019 et du 6 novembre 2019 du département des neurosciences cliniques de I._____, dossier OAI p. 295 et 367; du 18 septembre 2020 de la Dre J._____, spécialiste en neurologie, dossier OAI p. 602), à l'exception du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant du recourant, et du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré. Les rapports de ces deux médecins ne sont cependant pas de nature à remettre en cause les résultats de l'expertise pluridisciplinaire car ils sont non probants. Ainsi, le Dr K._____

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 mentionne, dans ses rapports du 22 mars 2019 et du 27 avril 2020 (dossier OAI p. 193 et p. 410), une incapacité totale de travail, qu'il ne motive que peu, voire pas du tout. Il se réfère de plus à chaque fois au rapport du 28 novembre 2018 du service de neurologie de H._____ précité, qui indique toutefois que la capacité de travail ne pourra être examinée notamment qu'après un suivi psychiatrique. Il se contredit de plus dans son rapport du 22 mars 2019 en attestant d'une incapacité totale de travail tout en n'excluant pas une activité professionnelle à évaluer par l'OAI et, le 27 avril 2020, il estime nécessaire d'avoir un avis pluridisciplinaire de I._____ pour évaluer la situation de l'assuré. Quant au psychiatre traitant, s'il diagnostique le 18 novembre 2019 et le 6 mai 2020 un trouble dépressif récurrent épisode moyen à sévère (F33.11, F33.2), il se base également sur des diagnostics et des symptômes somatiques, qui sont hors de sa spécialité, pour retenir une totale incapacité de travail (dossier OAI p. 344 et p. 417). Au surplus, le psychiatre ne suit plus le recourant depuis le 10 décembre 2019 (date du dernier contrôle); par ailleurs, l'on s'étonne de ce qu'un trouble dépressif récurrent épisode moyen à sévère n'ait pas entraîné la prescription de médicaments (cf. expertise psychiatrique p. 544). Force est ensuite de constater que l'assuré se méprend en soutenant que les experts partiraient de la prémisse erronée d'une exagération des symptômes. Celle-ci a toutefois été constatée par chacun d'eux, chaque spécialiste ayant personnellement évalué la cohérence et la plausibilité telle qu'elle ressort de son propre examen: la Dre D._____ relève la difficulté de mesurer exactement l'ampleur des déficits cognitifs découlant de la sclérose en plaques, des éléments incohérents dans les tests neuropsychologiques, déjà rapportés dans l'évaluation neuropsychologique de novembre 2018, étant à nouveau présents (dossier OAI p. 486); le Dr E._____ observe que la fatigue est un symptôme subjectif dont aucun caractère objectif n'a pu être visualisé: absence de bâillement et de signe d'hypovigilance, l'assuré pouvant garder le focus pendant toute la durée de l'examen, échelle de somnolence d'Epworth avec un score à 7/24 témoignant de l'absence de dette de sommeil, etc. (dossier OAI p. 521); quant au neuropsychologue, il explique précisément les signes d'exagération de symptômes, notamment dans les tâches tout venant de mémoire et d'attention, et surtout dans deux tâches de validation de symptômes (dossier OAI p. 581s); enfin, le Dr F._____ ne relève pas de véritable incohérence, mais souligne que l'assuré reste assez perplexe lorsqu'il a essayé d'approfondir certains thèmes, par exemple le futur (dossier OAI p. 548). Les experts n'ont ensuite nullement minimisé les troubles dont souffre le recourant.

Celui-ci ne précise d'ailleurs pas ce qui lui permet de l'affirmer. Au contraire, leur ampleur a été à chaque fois évaluée sur la base du dossier médical complet, les indications personnellement fournies par l'assuré et les observations faites lors de l'expertise. De ce fait, il n'était pas nécessaire pour les experts de contacter en plus les différents médecins du recourant, dont les rapports figurent au demeurant au dossier. Quant à l'image faussée qui serait donnée de lui par l'indication que les échecs professionnels ou dans ses études sont dus à son absentéisme et à ses mauvaises notes, ainsi que par l'exagération des symptômes, force est de constater que cette image n'a pas d'influence sur la question litigieuse. Quoiqu'il en soit, l'assuré lui-même indique avoir été licencié pour ces mêmes raisons (cf. notamment expertise pluridisciplinaire dossier OAI p. 481, p. 512, p. 593; rapport du 29 novembre 2018 de H. _____, service de neuropsychologie et aphasiologie, dossier OAI p. 130; 1er entretien et évaluation intervention précoce du 6 septembre 2016, dossier OAI p. 73). De plus, la première demande de prestations avait été rejetée car il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante (dossier OAI p. 91), alors qu'il avait déjà été licencié pour échec scolaire et absentéisme (cf. 1er entretien du 6 septembre 2016 précité). Quant à l'exagération des symptômes,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 elle a bel et bien été constatée, comme relevé ci-dessus. Force est donc de constater que l'image donnée correspond aux constatations faites précédemment.

5.1.3. L'expertise est dès lors en tous points concluante et peut être suivie, de sorte que le Tribunal de céans fait siennes ses conclusions et retient que l'assuré peut travailler à 100% avec diminution de rendement de 50% dans une activité lucrative simple respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'autorité intimée, à savoir activité intellectuelle simple et répétitive, horaire régulier, toilettes à proximité, port de charge maximum de 5kg du membre supérieur gauche et absence de tâches requérant une dextérité fine particulière de la main gauche chez un travailleur droitier.

5.2. Le recourant estime qu'il n'existerait pas, sur le marché équilibré du travail, d'activité lucrative dans les domaines de la production et des services correspondant à ses très importantes limitations fonctionnelles, mais ne le motive pas. Rien n'indique non plus qu'un emploi adapté ne pourrait être trouvé dans ces domaines, dont on doit par ailleurs admettre qu'ils contiennent un très large panel d'activités adaptées à ses limitations, peu nombreuses et somme toute très conventionnelles.

5.3. L'assuré est encore d'avis que le revenu sans invalidité ne saurait être inférieur à CHF 83'500.- et se réfère à la Lettre circulaire AI n° 403 du 17 novembre 2020 de l'OFAS fixant le revenu pris en compte pour l'évaluation de l'invalidité sur la base de l'art. 26 al. 1 aRAI. Cette disposition traitait des modalités de calcul du revenu sans invalidité pour les personnes n'ayant pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de leur invalidité; sa teneur a été modifiée avec effet au 1er janvier 2022. La lettre circulaire précisait quant à elle les montants correspondants. Force est cependant de constater que, la décision litigieuse ayant été rendue en avril 2022, l'art. 26 al. 1 RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 n'est pas applicable en l'absence de dispositions finales sur sa nouvelle mouture qui, selon les principes généraux de droit intertemporel (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), doit partant trouver ici application. Dès lors, le revenu sans invalidité du recourant a été correctement établi par l'autorité intimée sur la base d'un revenu statistique. L'assuré ne mettant pas directement en cause l'utilisation du tableau TA 1 Tirage Skill Level, total, niveau 1 hommes, qui tient au demeurant compte de son absence de formation professionnelle, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Les autres éléments du calcul du degré d'invalidité n'ont enfin pas été contestés. C'est par conséquent à juste titre que l'autorité intimée a retenu un degré d'invalidité de 55% compte tenu d'un revenu sans invalidité de

CHF 68'376.30 et d'un revenu avec invalidité, déduction faite d'une réduction au titre de désavantage salarial de 10% approprié et non contesté, de CHF 30'769.35. 5.4. Enfin, le recourant estime que sa rente doit être calculée sur la base d'une échelle de rente supérieure à l'échelle 40 et d'un revenu annuel moyen supérieur à CHF 11'472.-. Il ne motive cependant pas cette allégation. Quoiqu'il en soit, ces deux éléments ont été établis correctement et conformément aux art. 52 (échelonnement des rentes partielles), 52b (prise en compte des périodes de cotisations accomplies avant la 20ème année de l'assuré) et 52c (périodes de cotisations dans l'année de la naissance du droit à la rente) du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance- vieillesse et survivants (RAVS: RS 831.101), applicables par renvoi de l'art. 32 al. 1 RAI, ainsi qu'aux chiffres 5005ss (durée de cotisations, détermination de l'échelle des rentes et revenu annuel moyen déterminant) des Directives de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 6. Au vu de ce qui précède, une instruction supplémentaire n'est pas nécessaire. Le recours doit être rejeté et la décision du 21 avril 2022 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée le 17 juin 2022. 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 17 juin 2022. 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 21 septembre 2022/cso Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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