



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

608 2024 100

## **Arrêt du 28 mars 2025**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

Composition	Présidente :	Daniela Kiener
	Juges :	Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
	Greffier-rapporteur :	David Jodry

Parties **A. \_\_\_\_\_, recourant**

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet Assurance-invalidité – nouvelle demande, capacité de travail et de gain

Recours du 5 juillet 2024 contre la décision du 5 juin 2024

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1979, a effectué sa scolarité obligatoire. Il est au bénéfice d'une attestation de cours de base de distribution, de 2019. Il a exercé diverses activités, parfois en qualité d'indépendant, ultimement à 60%, dans le domaine du tri pour une entreprise de distribution. Il a connu également des périodes d'absence d'activité lucrative et a été soutenu plusieurs années par le Service social.

B. Le 25 mai 2020, il a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI). Au titre de l'atteinte, il indiquait souffrir d'une angoisse massive et d'un isolement social.

Du 3 au 30 mai 2020, le précité est resté confiné du fait du Covid, susceptible d'être à risque du fait de son hypertension; il a repris son activité le 2 juin 2020, sans restriction.

Par décision du 12 octobre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant notamment l'absence d'une incapacité de travail (de 40% au moins en moyenne) durant une année, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert, et que des mesures d'ordre professionnel n'avaient pas été nécessaires afin de sauvegarder les capacités de travail et de gain qui étaient entières. L'assuré n'a pas contesté cette décision.

C. Le 31 janvier 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il indiquait avoir été en incapacité de travail totale du 3 au 30 mai 2020, du 17 décembre 2020 au 3 janvier 2021 et du 4 décembre 2021 au 28 février 2022. Il expliquait être atteint d'un trouble cognitif, probablement depuis l'enfance. Il était suivi par un psychiatre pour cela, ainsi que pour son humeur et son angoisse.

Faisant suite à son projet du 27 mars 2024 auquel l'assuré avait objecté, l'OAI a, par décision formelle du 5 juin 2024, rejeté la demande de prestations, considérant que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. Selon l'expertise en psychiatrie mise en œuvre, ses capacités de travail et de gain étaient entières. Le dernier examen neuropsychologique de 2023 ne retenait aucun trouble cognitif incapacitant. Les tests étaient dans les normes notamment en termes de mémoire, et l'assuré était en mesure d'utiliser ses compétences cognitives en particulier pour des jeux de tactique en réseau et pour des tâches de microinformatique effectuées à domicile. L'intolérance au bruit apparaissait de manière fluctuante et il pouvait s'adapter à certains bruits, notamment lors des jeux, 2 à 3 heures par jour (bruit de tirs et de chars). Ces difficultés étaient présentes depuis l'enfance et ne l'avaient pas empêché d'exercer une activité lucrative. De plus, le service de neuropsychologie de B. \_\_\_\_\_ avait décidé de ne pas réitérer un test. L'expertise avait tenu compte de l'ensemble de la situation tant médicale qu'en phase de réadaptation, et devait par conséquent se voir reconnaître une pleine et entière force probante.

D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Syndicom, recourt auprès du Tribunal cantonal, le 5 juillet 2024. Il conclut, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il relève que son employeur a résilié les rapports de travail le 17 octobre 2023. De nombreux médecins ont attesté son atteinte à la santé existant depuis plusieurs années. Les mesures professionnelles entreprises ont confirmé l'existence de limitations invalidantes malgré sa bonne volonté. L'OAI ne pouvait se fonder sur la seule expertise psychiatrique. Une nouvelle expertise et un complément d'instruction doivent être mis en œuvre.

Le recourant verse l'avance de frais de CHF 800.- requise dans le délai imparti.

Dans ses observations du 13 août 2024, l'OAI se réfère à la motivation de sa décision et au dossier pour conclure au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

Appelé en cause, l'assureur LPP indique, le 22 août 2024, ne pas avoir de remarques à formuler.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties.

Il sera fait état des arguments, invoquées 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Dans le cadre du "développement continu de l'AI", la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), 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), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, ont, notamment, été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). Cas échéant, ces changements devront être observés ici.

2.2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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).

2.3. 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 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

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). On conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique 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. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

2.4. 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). 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 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).

2.5. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait

en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

2.6. 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).

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). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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).

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 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).

La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). 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).

2.7. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

2.8. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b).

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de 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 et réf. citées). Une communication, au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

3.

Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assuré à des prestations AI. Il sied plus particulièrement de déterminer si, depuis la première décision de refus de rente entrée en force, son état de santé s'est dégradé notablement, de manière à influencer sa capacité de gain.

3.1. Lorsqu'il a rendu la décision du 12 octobre 2020, entrée en force, l'OAI a retenu une pleine capacité de travail, et noté en particulier qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail de 40% au moins en moyenne durant une année.

3.2. Dans le cadre de la seconde demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise en psychiatrie, confiée à la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. son rapport du 15 mars 2024, dos. OAI 291).

Pour son appréciation, l'experte-psychiatre s'est fondée sur l'étude de l'ensemble du dossier asséculogique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été en particulier mentionnée. Elle a fait état de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assuré et des observations cliniques réalisées. Elle ne s'est pas contentée de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. L'experte a livré ses constatations objectives obtenues lorsqu'elle a examiné personnellement l'assuré et observé son comportement. Elle a analysé en particulier ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire qu'elle a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris quant aux éventuelles options thérapeutiques à proposer. L'expertise remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, son contenu doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant.

3.3. Sur le plan matériel, l'experte n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Sans cet effet, elle a mentionné une utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1).

L'assuré se plaignait principalement de troubles mémoriels qui l'empêcheraient d'effectuer sa tournée de distribution et d'une hypersensibilité aux bruits, apparue en 2020, au retour au travail post-Covid. Il se sentait soutenu et encouragé par sa compagne, avec laquelle il était depuis 9 ans. Il assurait tous les actes de la vie quotidienne, chaque jour. Il relatait une situation financière obérée, avec des poursuites et un remboursement d'aide social dû. Sa compagne l'aidait financièrement. Il aimait jouer à des jeux sur ordinateur en ligne environ 5 heures par jour.

L'experte relevait que l'assuré était sans antécédents psychiatriques avant le Covid, en 2020. Il expliquait avoir d'abord eu une période d'incapacité de travail, attestée par son médecin traitant, en lien avec le risque supposé entre l'hypertension artérielle et l'infection Covid; par la suite, il aurait eu de la peine à reprendre le travail, puis avait été licencié avec effet à fin janvier 2024. C'est en décembre 2022 qu'un psychiatre lui a diagnostiqué un burn-out et attesté une incapacité de travail.

Aucun élément saillant ne ressortait sous l'angle de la personnalité. L'expertisé était notamment en mesure d'effectuer des démarches médicales pour défendre ses intérêts relativement à la résiliation de son contrat de travail. Il n'était pas porteur d'un éventuel trouble spécifique de la personnalité F60. Un épisode caractérisé F32 n'était pas retenu non plus; il avait une capacité hédonique conservée ainsi qu'une modulation affective efficace. Aucune problématique anxieuse ou dépressive ne ressortait de l'anamnèse. Les résultats du test sanguin montraient une consommation excessive d'alcool lors des 2 à 3 semaines avant le prélèvement, ce qui coïncidait avec une utilisation nocive, toutefois sans argument en faveur d'un syndrome de dépendance alcoolique. Cette consommation

apparaissait maîtrisée mais probablement minimisée. Il n'y avait pas de décompensation psychiatrique.

Le suivi médical était une visite mensuelle auprès du psychiatre traitant, sans traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), ce qui correspondait à ce que nécessitait son état de santé. Il n'y avait pas de traitement psychopharmacologique, mais uniquement un relevant de la phytothérapie (Relaxane 1 cp en réserve). L'assuré présentait une faible motivation pour retrouver un emploi ainsi qu'une faible envie de se mobiliser relativement à une réadaptation professionnelle.

S'agissant du bilan neuropsychologique de 2020, l'experte relevait en particulier des tests en mémoires de travail montrant une capacité à recopier ce que faisait l'interlocuteur, par mimétisme. Quelques difficultés apparaissaient, possiblement en lien avec celles initiales d'apprentissage dans un contexte de faible niveau intellectuel maternel allégué et d'une possible faible stimulation éducative. Cependant, l'assuré avait pu développer un certain nombre de ressources et avait correctement fonctionné depuis son enfance jusqu'à présent. Lors des tests de 2023, deux hétéro-questionnaires n'avaient pas été effectués; deux auto-questionnaires pratiqués n'étaient pas significatifs, en l'absence d'une corrélation clinique. La fatigabilité évoquée après 1h30 de tests correspondait à une fatigue habituelle. Les scores de mémoire étaient dans les normes. Si la tâche lecture était en dessous de celles-ci, cela pouvait correspondre aux difficultés d'apprentissage lorsqu'il était enfant. Une moins bonne attention auditive que visuelle était trouvée, ce qui ne correspondait pas à la plainte de l'assuré de ne pas arriver à mémoriser visuellement des boîtes aux lettres pour son travail. Globalement, les scores étaient ainsi dans les normes, à l'instar de l'IRM cérébrale réalisée en 2023, normale (selon relecture radiothérapique).

Ces tests faits à 3 ans d'intervalle – sans que ne soit mis en évidence un facteur aggravant depuis le premier – ne montraient pas de trouble cognitif incapacitant. Le syndrome post-commotionné allégué par le psychiatre traitant, survenu à 10 ans, n'avait pas engendré de suivi médical ni eu d'impact fonctionnel jusque-là. L'experte se montrait d'accord avec une évaluation de légère à modérée pour l'atteinte cognitive. Il n'existait pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de l'existence chez un assuré bénéficiant de bonnes relations familiales et amicales, et qui ne présentait aucune entrave fonctionnelle relativement aux tâches ménagères. Il possédait plusieurs passions, dont les jeux sur PC, le bricolage, y compris en microinformatique, et l'actualité.

L'examen était dans la norme, et en conclusion, l'experte ne retrouvait aucune psychopathologie spécifique et incapacitante. La capacité de travail était entière depuis toujours sur le plan psychiatrique, de 100% dans l'activité habituelle ou dans toute autre. L'incapacité de travail était nulle. L'assuré était en mesure de travailler quotidiennement au maximum de l'horaire exigible. Sans perte de rendement. Une activité adaptée pour des motifs psychiatriques n'était pas requise. L'évolution était celle d'une absence de psychopathologie spécifique. Le pronostic était favorable.

L'experte notait trois incohérences: la première, celle entre les plaintes de défaut de mémorisation et les compétences évaluées lors du bilan neuropsychologique, que ce soit en 2020 ou en 2023. Les scores de la mémoire, notamment, étaient dans la norme. La deuxième, il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant ressortant du dossier; seule une atteinte cognitive légère à modérée d'origine indéterminée était mentionnée. Malgré que l'atteinte était possiblement en lien avec un trauma crânien qui serait survenu, à 10 ans, il était constaté que l'assuré n'avait jamais été hospitalisé du fait de l'accident, ni suivi médicalement, en particulier pas par des neurologues, ni fait



l'objet d'un bilan post-trauma; l'expertisé rapportait avoir alors connu des blocages du dos, sans autre répercussion, notamment pas neurologique ou psychiatrique. Troisièmement, la plainte d'intolérance au bruit apparaissait vague à l'anamnèse; en outre, certains bruits étaient dits non gênants, tels ceux des jeux ordinateurs auxquels il s'exposait au moins 5 heures par jour selon ses dires.

3.4. La Cour soutient l'appréciation faite par l'experte des bilans neuropsychologiques effectués. Elle relève notamment que, selon celui de 2023, les difficultés étaient dites globalement légères; ce n'est qu'en intégrant la capacité fonctionnelle selon les éléments *auto-rapportés* qu'il était considéré qu'elles étaient *susceptibles* d'être plus marquées. Et il est peu probable que des séquelles – non établies – du traumatisme crânien, probablement un TTC léger, puissent expliquer ces difficultés. On pointera plutôt à cet égard la consommation d'alcool, même si elle semble plus contrôlée désormais, avec une certaine influence possible aussi sur la fatigabilité alléguée. Quant aux jeux sur ordinateur pratiqués durant des heures, quotidiennement, on admettra aussi un défaut de cohérence dans les plaintes de l'assuré dans la mesure où ils réclament manifestement une certaine acuité concentrative, mais aussi de la mémoire, ne serait-ce que pour l'aspect tactique et stratégique; or, l'assuré ne se plaint ni de fatigabilité les concernant, ni de défaut cognitif. Il en va de même de l'acquisition de connaissances informatiques, y compris dans le changement de pièces (microinformatique). La capacité fonctionnelle apparaît au demeurant *légèrement limitée* uniquement. Aucun problème de mémoire n'a été mis en évidence durant l'expertise. A titre d'exemple, l'experte relevait que, lors de l'évocation des tests neuropsychologiques, l'assuré s'était spontanément rappelé qu'ils n'avaient pas été identiques et avait donné des précisions à cet égard. Outre les explications fournies par l'experte quant à l'aspect vraisemblablement initial des difficultés cognitives, on peut y lier des déménagements fréquents avec la mère. Quoi qu'il en soit, l'atteinte cognitive présentée, objectivement essentiellement légère, est sans effet sur la capacité de travail.

Quant à l'hypersensibilité aux bruits alléguée, outre son caractère fluctuant (impliquant notamment une survenance indéterminable), on relèvera un caractère vague dans la description de l'atteinte; en particulier, on ignore pourquoi elle est soudainement survenue, au retour au travail en 2020, sans que dans le même temps, une pathologie psychiatrique ne soit retenue. En outre, l'assuré s'adapte à certains bruits, tels ceux de jeux d'ordinateurs, auxquels il se soumet pourtant des heures durant, ou celui régnant dans des lieux publics (bistrot où il prend un café quotidiennement avec son père, centres commerciaux où il accompagne sa compagne malgré cette gêne décrite).

Enfin, on notera que toute problématique incapacitante d'humeur, d'anxiété ou de personnalité, notamment, est exclue de façon convaincante par l'experte; et que le psychiatre traitant n'en diagnostique pas non plus. On soulignera aussi la légèreté du traitement psychiatrique nécessaire.

3.5. Au vu de ce qui précède, sur la base également de l'absence d'uniformité des prétendues limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, ceux des tâches domestiques et des loisirs n'étant aucunement touchés, c'est à raison que sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, l'experte-psychiatre a retenu l'absence de toute psychopathologie incapacitante ou invalidante.

A ce stade, la Cour fait sien le seul diagnostic posé de consommation d'alcool nocive pour la santé, sans influence sur la capacité de travail (le psychiatre traitant partage cet avis), ainsi que les conclusions de l'experte quant à l'absence de toute psychopathologie. Il n'y a partant aucune incapacité de travail à retenir, la capacité est totale (100%), à plein temps et sans perte de rendement, ce tant du point de vue de l'activité professionnelle que de celui des activités de ménage.

4.

Doit encore être déterminé si des pièces médicales jettent un doute sur l'expertise et ce qui précède.

4.1. L'assuré n'en a produites aucune pour la période postérieure à cette dernière. Les examens et consultations supplémentaires qu'il a réclamés ont été refusés lorsqu'il est apparu qu'aucun élément nouveau ne les fondait et que l'OAI ne les demandait pas.

4.2. Les pièces antérieures à l'expertise ont été relatées et appréciées dans celle-ci. Parmi ces pièces, on peut notamment examiner celles qui suivent.

Le rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin référente de l'institution chargée de l'orientation et des mesures professionnelles, du 14 septembre 2022 (cf. dos. OAI 172), ne justifie pas de s'écarter de ce qui précède. Il est manifeste que les plaintes de l'assuré ont été reprises de façon importante (par exemple, fort traumatisme crânien, là où un spécialiste en neurologie et une experte en psychiatrie ne verront qu'un trouble léger). Quant au second bilan neuropsychologique qu'elle appelait de ses vœux, il n'a pas donné d'éléments objectifs propres à soutenir les limitations essentiellement alléguées par l'assuré.

Dans son rapport de consultation du 9 août 2023 (cf. dos. OAI 251), la Dre E. \_\_\_\_\_, neurologue, retient comme diagnostic principal une atteinte cognitive légère à modérée d'origine indéterminée en se basant sur l'IRM et le second bilan neuropsychologique. Selon elle, cette atteinte est associée à la fatigue et à une fatigabilité. L'IRM est normale (relecture). Le médecin n'est pas en mesure de déterminer avec précision la capacité de travail, mais considère qu'elle n'est actuellement pas entière et qu'il serait contre-productif de faire travailler l'assuré à 100%, tant sur le plan neurologique (cognitif) que psychique. A noter que la neurologue met l'accent sur la thymie de son patient, hors son champ de spécialité. Tous éléments qui ont été examinés et exclus par l'experte-psychiatre; il n'y a pas là de motif de revenir sur l'avis de celle-ci.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 17 juillet 2023, dos. OAI 242 et 245), psychiatre traitant, retient un syndrome post-commotionnel (F07.2) avec effet sur la capacité de travail. Lequel s'inscrit parmi les troubles organiques de la personnalité (F07.2). Un tel trouble se caractérise par une *altération significative* des modes de comportement *qui étaient habituels* au sujet avant la survenue de la maladie; les perturbations concernent, en particulier, l'expression des émotions, des besoins et des pulsions. Le tableau clinique peut, en outre, comporter une altération des fonctions cognitives. Or, on ne voit pas en l'espèce quel changement notable et durable de personnalité serait intervenu du fait du traumatisme crânien *léger* qu'aurait eu à 10 ans l'assuré. Qui n'a jamais consulté de spécialiste ou même de médecin généraliste après l'accident et jusqu'à tout le moins 2020. Ainsi que vu, ces difficultés légères ont probablement une autre source, initiale, et l'IRM est parfaitement normale – il n'y a donc pas de fondement organique à la prétendue atteinte; tout problème de personnalité a pu être écarté par l'experte au terme de son examen détaillé. En outre, le praticien se réfère, pour arrêter la capacité de travail à 40% au plus, au stage médico-professionnel effectué à Crescendo à ce taux du 22 août au 21 novembre 2022 (cf. dos. OAI 183), reprenant manifestement les seuls dires de son patient quant à une impossibilité de l'augmenter le stage suivant, à 60% (taux initialement tenu) puis 70%. Ce qui ne convainc pas, étant au demeurant souligné que les conclusions tirées de tels stages ne sont en soi pas déterminantes, dès lors que l'intéressé peut en influencer les résultats.

4.3. Au vu de ce qui précède, aucune pièce médicale ne jette un doute sur le contenu et les conclusions de l'expertise psychiatrique. Aucune incapacité de travail ou relativement aux tâches ménagères n'existant, un droit à des mesures professionnelles ou à une rente doit être nié.

5.

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais versée, du même montant. Des dépens ne seront pas alloués.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par l'avance de frais du même montant.
- 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 28 mars 2025/djo

La Présidente

Le Greffier-rapporteur