

**Arrêt du 15 avril 2011**

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

COMPOSITION      Président suppléant :      Bernhard Schaaf  
                         Assesseurs :                Bruno Kaufmann, Bruno Boschung  
                         Greffier-rapporteur :      Alexandre Vial

PARTIES            **X., recourant**, représenté par Me Gonzague Villosz, avocat, rue de la  
                         Lécheretta 8, case postale 31, 1630 Bulle,

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE FRIBOURG**,  
rte du Mont-Carmel 5, case postale, 1762 Givisiez, **autorité intimée**,

OBJET              Assurance-invalidité

Recours du 7 avril 2008 contre la décision du 19 février 2008

**c o n s i d é r a n t e n f a i t**

A. X., né en 1959, ressortissant portugais, domicilié à \_\_\_\_, marié et père de deux enfants nés en 1983, respectivement en 1996, n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle. Depuis 1990, il a travaillé auprès de l'entreprise Y. SA, à \_\_\_\_, en tant que chauffeur-livreur. Souffrant de problèmes de dos, il a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale, de manière continue depuis le 30 mai 2002. Il n'a plus repris d'activité professionnelle par la suite.

Par demande du 13 juin 2002, il a requis auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), à Givisiez, la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession ainsi que l'allocation d'une rente.

En 2004, sur mandat de l'OAI, une expertise multidisciplinaire – rhumatologique et psychiatrique – fut réalisée à la Polyclinique Médicale Universitaire (ci-après: PMU), à Lausanne, fonctionnant comme centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: COMAI).

Par décision du 13 décembre 2004, confirmée par décision sur opposition du 9 mars 2006, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 38% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par courrier daté du 29 juin 2006, reçu le 10 juillet 2006, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une "*demande de réouverture du dossier*", au motif que son état de santé psychologique s'était péjoré. Il y a joint une attestation médicale établie le 30 juin 2006 par le Service psychosocial, à \_\_\_\_.

Le 21 août 2007, sur mandat de l'OAI, une expertise psychiatrique fut réalisée par le Dr A., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique O., à \_\_\_\_, fonctionnant comme COMAI.

Dans son projet de décision du 20 novembre 2007, l'OAI lui a nié le droit aux prestations. Il a considéré, sur la base de l'expertise précitée, que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail était dès lors entière. En outre, s'agissant de l'aspect somatique, il n'a relevé aucune modification objective postérieure à l'expertise effectuée en 2004 à la PMU.

Dans ses observations du 27 décembre 2007, l'assuré s'est opposé audit projet. Il a allégué que celui-ci se fondait sur un état de fait contradictoire et a remis en cause la "*crédibilité*" de l'expertise du Dr A.. En conclusion, il a requis principalement la mise en œuvre d'une contre-expertise, subsidiairement l'octroi d'une rente AI entière.

Le 4 février 2008, le Dr A. a rendu un rapport d'expertise complémentaire.

Par décision du 19 février 2008, l'OAI a confirmé son refus de prester. Il y a joint une copie du rapport complémentaire précité.

B. Contre cette décision, X., représenté par Me Gonzague Villos, avocat à Bulle, interjette recours auprès du Tribunal cantonal en date du 7 avril 2008. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation et à la mise en œuvre d'une contre-expertise. En substance, il continue de contester les conclusions de l'expertise du Dr A., alléguant que

celle-ci ne répond pas aux exigences jurisprudentielles. Il reproche en outre à l'OAI de n'avoir nullement motivé sa décision.

Le 15 mai 2008, il s'est acquitté d'une avance de frais de 800 francs.

Dans ses observations du 7 juillet 2008, l'autorité intimée maintient sa décision et propose le rejet du recours.

Dans ses contre-observations du 14 août 2008, le recourant campe sur sa position.

Du 25 août 2008 au 29 décembre 2008, il a été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de \_\_\_\_, puis suivi à l'hôpital de jour jusqu'au 6 février 2009. A cet effet, par courrier du 29 août 2008, il a produit un rapport établi le 25 août 2008 par son médecin traitant, le Dr B., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à \_\_\_\_, ce dont l'OAI a été informé.

Dans ses ultimes remarques du 10 septembre 2008, l'autorité intimée relève que la persistance, voire l'aggravation, de l'état dépressif de l'assuré, telle qu'attestée par le Dr B., semble être étroitement liée au suicide de son frère survenu au mois d'avril 2008. Elle observe qu'il s'agit là d'événements postérieurs à la décision querellée, dont elle n'a pas à tenir compte dans le cadre de la présente procédure. Au surplus, elle campe sur sa position.

Par courrier du 23 septembre 2008, le recourant a requis la suspension de la procédure, afin de permettre à l'OAI de rendre une nouvelle décision sur l'ensemble du cas. Cette requête fut rejetée le 29 septembre 2008, la procédure pendante n'étant pas touchée par les faits nouveaux postérieurs au prononcé de la décision litigieuse.

Par courrier du 30 juillet 2009, il a produit un rapport du 17 avril 2009 du Centre de soins hospitaliers de \_\_\_\_, ainsi qu'un rapport du 26 avril 2009 du Dr B., ce dont l'OAI a été informé.

Invité à se déterminer en tant que fonds LPP intéressé, à qui la décision attaquée a été notifiée, Swisslife, à Lausanne, a indiqué, le 8 juillet 2010, renoncer à se prononcer sur ledit recours.

Par courrier du 23 novembre 2010, le recourant a produit un nouveau rapport du 17 novembre 2010 du Dr B., ce dont l'OAI a été informé. De même, par courrier du 14 mars 2011, à la demande du Greffier-rapporteur, il a produit un rapport du 5 octobre 2004 du Dr C., spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et de la Dresse D., médecin assistante, à \_\_\_\_, ce dont l'OAI a été informé.

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

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## e n d r o i t

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. Les dispositions légales prévoyant notamment la suppression du principe de la gratuité de la procédure, dispositions introduites dans le cadre de la première partie de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI et entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, sont ici applicables.

Les modifications du 6 octobre 2006 (deuxième partie de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI) de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales principalement dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), s'agissant du droit éventuel à une rente d'invalidité sur une période durant laquelle le droit applicable s'est modifié à plusieurs reprises, les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 19 février 2008 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celles de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et 127 V 466 consid. 1).

3. Tout d'abord, le recourant se plaint d'un défaut de motivation de la décision querellée et, partant, d'une violation de son droit d'être entendu. Selon lui, dite décision ne discute pas pourquoi l'autorité intimée ne retient que la version du Dr A. et écarte celle des autres médecins.

a) Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et l'art. 42, 1<sup>ère</sup> phrase de la loi fédérale 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 LAI, les parties ont le droit d'être entendues. En outre, à teneur de l'art. 49 al. 3, 2<sup>ème</sup> phrase LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b, 122 IV 8 consid. 2c).

En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu leur 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). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans

arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b, 112 Ia 107 consid. 2b).

b) En l'espèce, pour motiver sa décision, l'autorité intimée s'est basée "*notamment*" sur l'expertise psychiatrique litigieuse, qu'elle estime pleinement probante, pour retenir que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique invalidante. Elle a ainsi préféré l'avis de l'expert à celui des autres médecins ayant également examiné l'assuré.

Bien qu'elle n'ait pas développé davantage les raisons de son choix, il est cependant aisé de suivre son raisonnement. En effet, dans son rapport d'expertise du 19 octobre 2007, complétée le 4 février 2008, le Dr A. expose de manière détaillée les raisons l'ayant conduit à se distancier de l'avis de ses confrères. Dans la mesure où l'autorité intimée fait siennes les conclusions dudit expert, elle énonce par là même les motifs pertinents qui l'ont guidée et sur lesquels repose sa décision. Par conséquent, quand bien même sa motivation ne fait pas un état détaillé des différents avis médicaux en présence, ses explications sont suffisantes pour permettre au recourant de saisir la portée de la décision entreprise. Preuve en est que celui-ci n'a d'ailleurs pas été empêché de recourir en connaissance de cause. Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté.

4. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Un degré 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'il 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. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b) 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 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.

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).

En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas. C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison

s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées).

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et non pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 114 V 310, 105 V 156; RCC 1985 p. 469 consid. 2a; RCC 1982 p. 36).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATFA M. [I 946/05] du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV n° 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les références citées).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et

imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA M. précité).

Il sied ici de préciser que la dysthymie peut entraîner une diminution de la capacité de travail mais ne représente pas, à elle seule, une atteinte à la santé invalidante (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [I 649/06] du 13.03.2007 publié *in* SVR 2008 IV n° 8 23).

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive (ATF 127 V 295 consid. 5a *in fine*; Tribunal fédéral, arrêt non publié T. [I 797/06] du 21.08.2007 consid. 4).

d) En vertu de 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, sur demande ou d'office, constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force 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).

En outre, selon l'art. 87 al. 4 du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. 3 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. En d'autres termes, les règles sur la révision s'appliquent par analogie.

Enfin, aux termes de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 1 RAI, l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt: si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a); si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b); s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été

découvert (let. c). A cet effet, il découle de l'art. 29 al. 3 LPGA que la date à laquelle une demande de prestations a été remise à la poste ou déposée auprès de l'autorité est déterminante quant à ses effets juridiques.

e) 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 des preuves. 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 consid. 1c et 1d; RAMA 4-5/1996 n° 256 p. 215 et les références citées). A cet effet, le Tribunal fédéral dit qu'on ne peut se fonder sur la durée seule d'une expertise pour en juger la valeur probante, et que celle-ci ne saurait être remise en cause du seul fait que l'examen de l'assuré n'ait duré que vingt minutes (Tribunal fédéral, arrêt non publié H. [9C\_170/2009] du 06.05.2009 consid. 2.2 et les références citées).

En outre, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI est garantie. En effet, il n'existe aucune raison de conclure à un manque d'objectivité ou à un parti pris des médecins du COMAI qui pourrait mettre en doute la valeur probatoire de leurs expertises. Il convient donc d'examiner ces dernières dans les limites d'une libre appréciation des moyens de preuve et de les prendre en considération pour juger du droit aux prestations (ATF 136 V 376).

Enfin, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [I 19/02] du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [9C\_201/2007] du 29.01.2008), 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.

5. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable, de manière à influencer son droit à la rente, et, au préalable, si la cause a été suffisamment instruite. Il s'agit donc de comparer son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision initiale du 13 décembre 2004 – confirmée par décision sur opposition du 9 mars 2006 – avec celui qui était le sien au moment de la décision litigieuse du 19 février 2008, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation.



A cet effet, il ressort du dossier médical notamment ce qui suit:

a) Situation initiale lors de la décision du 13 décembre 2004, confirmée le 9 mars 2006:

Dans son rapport du 16 février 2001, son médecin traitant, le Dr E., spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à \_\_\_\_, expose ce qui suit: *"En conclusion, ce patient présente des lombalgies prenant un caractère invalidant depuis décembre de l'année passée [2000] correspondant cliniquement à un syndrome trophostatique lombaire et radiologiquement à des troubles dégénératifs ainsi qu'à une double hernie discale au niveau L4-L5 et L5-S1. Malgré le traitement habituel et la mise au repos, persistance des lombalgies toujours décrites comme invalidantes, ce qui malheureusement constitue un mauvais signe pour la suite des événements"*.

Dans son rapport du 19 juillet 2002, son médecin traitant, le Dr F., spécialiste FMH en médecine générale, à \_\_\_\_, pose les diagnostics suivants, existants depuis 2000, avec répercussions sur la capacité de travail: *"Lombo-sciatalgies S1 G récidivantes, invalidantes sur troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire"*. Il atteste une aggravation de l'état de santé de son patient ainsi qu'une incapacité de travail totale à vie à partir du 30 mai 2002 en tant que chauffeur-livreur de meubles. Il considère toutefois que toute autre activité à positions variées et sans port de charges lourdes est exigible à temps complet avec une diminution de rendement de 50%.

Dans un rapport d'entretien téléphonique du 11 février 2003 entre l'OAI et le Dr F., il est mentionné que *"Dr F. me confirme au téléphone que l'assuré peut travailler dans un travail adapté avec un horaire de 100%, mais il pense qu'il aura un rendement de 70-80% (à évaluer) à cause des douleurs du dos persistantes"*.

Dans son rapport du 28 juillet 2003, le Dr F. atteste que l'état de santé de son patient s'aggrave depuis mars 2003. Ceci étant, il continue de considérer que toute autre activité à positions variées et sans port de charges lourdes, respectant certaines limitations fonctionnelles, est exigible à temps complet avec une diminution de rendement de 50%, par exemple comme concierge ou magasinier. A cet effet, il précise que *"le pronostic pour le maintien d'une capacité de travail de 50% est favorable pour autant qu'un reclassement puisse avoir lieu au plus vite possible"*.

Dans leur rapport d'expertise multidisciplinaire du 7 juillet 2004, la Dresse H., spécialiste FMH en médecine interne, la Dresse I., spécialiste FMH en médecine interne, le Dr J., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse K., psychiatre, tous rattachés à la PMU, à Lausanne, posent les diagnostics suivants, avec influence essentielle sur la capacité de travail: *"Cervico-lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs (M54); trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de lombalgies et cervicalgies (F45.4); dysthymie (F34.1)"*. A cet effet, leur appréciation du cas est telle: *"Les examens radiologiques mettent en évidence quelques éléments organiques, à savoir une arthrose cervicale C5-C6 d'intensité moyenne, de discrets troubles statiques lombaires et une ébauche d'arthrose des plateaux supérieurs de L4 et de L5 (...). Ces constatations peuvent expliquer en tout cas en partie les limitations fonctionnelles et les douleurs constatées à l'examen clinique. Toutefois, la présence, tant lors de l'examen par l'interniste que par le rhumatologue, de signes comportementaux selon Kummel et Waddel, mettent sur la piste d'un trouble somatoforme douloureux persistant de l'appareil locomoteur. La longue évolution des douleurs persistant depuis en*

*tout cas janvier 2001, les signes comportementaux de Waddel, l'impact des douleurs sur la vie quotidienne de Monsieur X., la résistance des douleurs aux traitements entrepris, la fatigue associée, vont également dans le sens d'un syndrome de la douleur chronique. Dans le contexte du syndrome douloureux chronique, nous avons demandé une évaluation psychiatrique. On relève que les circonstances d'apparition des lombalgies sont peu claires et l'on ne peut pas mettre en évidence de facteurs de stress psychosocial particulier à l'origine du syndrome douloureux (...). Cependant, l'évolution des douleurs, en particulier leur intensité non expliquée entièrement par un processus physiologique, évoque le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant également au plan psychiatrique. Nous n'avons pas les critères anamnestiques ou cliniques pour poser le diagnostic d'état dépressif constitué, selon la CIM-10, cependant la symptomatologie est assez importante pour que l'on retienne le diagnostic de dysthymie". Enfin, s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, ils émettent les conclusions suivantes: "Ainsi, globalement, nous ne retenons qu'un faible degré d'incapacité de travail, de 30% dans quelque activité que ce soit, en relation avec le vécu douloureux chronique et la dysthymie, et une contre-indication en ce qui concerne les travaux physiquement lourds, comme il sera décrit plus bas (en raison du problème rhumatologique). Nous rejoignons l'avis du médecin traitant, le Docteur F., qui note que dans un travail adapté, Monsieur X. devrait pouvoir fournir un horaire à 100% mais avec un rendement diminué de 20 à 30% (...)".*

Dans leur rapport du 5 octobre 2004, le Dr C., spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse D., médecin assistante, tous deux rattachés à la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Fribourg, posent les principaux diagnostics suivants: *"Cervico-lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs. Troubles somatoformes douloureux persistants sous forme de cervico-lombalgies. Etat dépressif".* Ils exposent qu'*"en raison d'un sentiment de désespoir, avec troubles du sommeil, anxiété diurne et nocturne, ruminations anxieuses, irritabilité, idées suicidaires émergentes, le patient a été présenté au Dr Q., psychiatre consultant, qui conclut au vu des symptômes cliniques à un épisode dépressif sévère, vraisemblablement réactionnel à sa situation socio-économique précaire (...). Nous vous laissons le soin d'évaluer le taux d'incapacité de travail à distance selon l'évolution du point de vue psychiatrique".*

b) Après la décision du 9 mars 2006, la situation a évolué de la façon suivante:

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2006, le Dr F. atteste que l'état de santé de son patient s'est aggravé et émet un pronostic défavorable. A cet effet, il note les changements suivants dans les diagnostics: *"Etat dépressif avec suicidalité élevé. Depuis août 2004, M. X. est suivi pour ce même diagnostic au centre psychosocial de \_\_\_\_\_. Vers la fin 2005 on constate une aggravation. A partir de janvier 2006 le patient fait part des pulsions suicidaires qu'il peine à contrôler. On constate une thymie de plus en plus triste. Il y a également, au début de l'année 2006, quelques poussées de lombosciatalgies (...). Le status musculo-squeletal n'est pas changé. Il y a une nette aggravation de l'état psychique du patient à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, date à partir de laquelle on peut attester une incapacité de travail de 100%".*

Dans leur rapport du 2 octobre 2006, sur la base d'un traitement ayant débuté le 28 septembre 2004, la Dresse G. et le Dr L., tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Service psychosocial, à \_\_\_\_\_, posent les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail: *"Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2)"* existant depuis août 2004, et *"Trouble*

*somatoforme douloureux persistant de l'appareil locomoteur (F45.4)" existant depuis janvier 2001. A cet effet, ils relèvent que son état de santé s'aggrave et que "toute sa problématique psychique est mise sur le compte de ses douleurs et de la non reconnaissance de sa maladie par l'AI et toutes les conséquences économiques". Ceci étant, ils attestent que "depuis le 28.09.2004, date de la 1<sup>ère</sup> consultation au service psychosocial de \_\_\_ (Dresse M.), nous l'avons considéré comme en incapacité de travailler de 100% sur le plan psychiatrique".*

Dans leur rapport d'expertise psychiatrique du 19 octobre 2007, le Dr A., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et M. N., psychologue FSP et neuropsychologue, de la Clinique O., à \_\_\_, ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, ils posent le diagnostic suivant, mais sans répercussion sur la capacité de travail: *"F68.0: Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques"*. A cet effet, ils relèvent ce qui suit: *"Vif, sthénique et euthymique, il est d'emblée difficile de comprendre comment on peut le [l'assuré] considérer comme dépressif. Bien au contraire, lorsqu'il est prolix, il devient revendicateur, accusant les services sociaux de leur faible contribution financière, rendant l'Autre responsable de sa situation socio-économique précaire"*. Ils poursuivent: *"Il doit mettre en place toute une kyrielle de plaintes afin de soutenir ses allégations d'invalidité. Il développe donc une névrose de rente, seule manière qu'il a trouvée pour signaler qu'il n'est pas d'accord avec les conclusions de l'assurance-invalidité, refusant de reconnaître sa souffrance somatique"*. En outre, les experts précités expliquent que *"le diagnostic de dysthymie ne peut pas être retenu, le trouble n'ayant pas pris place au début du jeune âge adulte. Le tableau clinique s'explique par des traits de personnalité non pathologiques. L'expert ne peut qu'infirmier le diagnostic d'épisode dépressif car il n'y a pas au moins deux des trois critères majeurs nécessaires pour évoquer un tel diagnostic"*. De même, ils observent qu'*"il y a actuellement de multiples incohérences entre les plaintes alléguées et les constatations objectives. L'exploré met aussi en place un phénomène de résistance afin d'être perçu non pas comme il est réellement, mais comme il souhaite être perçu. Il y a donc majoration de symptômes physiques pour des raisons étrangères à l'AI avec un point de départ psychologique, à savoir des traits de personnalité histrioniques et hypocondriaques (...). On doit infirmer la présence d'un trouble de la personnalité car le comportement revendicateur n'est pas présent depuis le jeune âge adulte. En outre, il est réactionnel à la situation sociale et économique de l'intéressé, facteur étranger à l'AI. Un syndrome douloureux somatoforme n'est pas retenu car l'expertisé ne répond à aucun des critères A, B ou C de la somatisation"*. Par ailleurs, ils estiment que *"le pronostic est néanmoins favorable puisque, comme l'aura compris le lecteur, non seulement il n'existe pas de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur l'activité professionnelle, mais de plus, les différents diagnostics antérieurs mis en exergue dans les rapports médicaux à disposition de l'assurance-invalidité ne peuvent plus être retenus actuellement. Bien que cela soit difficile, surtout compte tenu d'un long déconditionnement et d'un manque profond d'anticipation positive au retour en emploi, l'expertisé peut encore faire des efforts psychiques pour surmonter ses plaintes"*. Enfin, s'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, ils émettent les conclusions suivantes: *"Une capacité professionnelle à 100%, soit huit heures par jour, est donc exigible de sa part sur le plan psychique, et il semble que cela a toujours été le cas"*. En conséquence, ils considèrent que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 100%, soit huit heures par jours. Enfin, ils relèvent qu'*"il n'y a aucune diminution de rendement à objectiver. L'absence de motivation à l'exercice professionnel ne peut pas être considérée comme limitative sur le plan médical"*.

Dans son rapport du 17 décembre 2007, son médecin traitant, le Dr B., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du Service psychosocial, à \_\_\_\_, atteste que l'assuré est suivi dans leur service depuis le 28 septembre 2004, en raison d'un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F33.2). Il décrit que *"le patient présentait un fort sentiment de culpabilité des malheurs qui arrivent à sa famille et développe à nouveau des idées suicidaires très intenses. Il vivait dans un retrait social quasi complet, car il ne supportait plus aucune stimulation. Sentant une profonde auto dévalorisation, il passe ses journées chez lui à ruminer des idées noires et suicidaires. Sa seule motivation à s'accrocher à la vie est sa fille cadette âgée de 10 ans (...)"*. Il relève qu'à partir du début novembre 2007, *"Monsieur X. présente à nouveau une nouvelle recrudescence des symptômes dépressifs, cette fois réactionnelle à sa prise de connaissance des conclusions de l'expertise effectuée par le psychiatre expert à \_\_\_\_ au mois d'août, qui à notre étonnement n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique proprement dit, sauf le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)"*. Il relève que *"Monsieur X. conteste les conditions d'examen effectué par l'expert et ses conclusions. Il se sent profondément blessé et non reconnu dans sa souffrance, ce qui a provoqué un nouvel épisode dépressif sévère, nécessitant de nouveau une intensification de son suivi médico-infirmier dans notre service. Dans ce contexte, il demeure toujours dans une incapacité de travail totale et ceci pour une durée indéterminée"*.

Dans son complément d'expertise du 4 février 2008, le Dr A. répond aux critiques émises par l'assuré et expose en particulier les raisons l'ayant conduit à exclure le diagnostic de son médecin psychiatre traitant: *"Je tiens à mettre en avant le caractère très vraisemblablement parcellaire du rapport [du 17 décembre 2007] du Dr B., médecin traitant du patient. On verrait mal comment celui-ci puisse mettre en avant la dimension réactionnelle et revendicatrice excessive de son patient sans s'aliéner la confiance de ce dernier (...). Je conclus donc que le rapport médical du Docteur B. du 17 décembre 2007 est à prendre avec réserve, non pas que mon confrère ne soit pas compétent, bien au contraire, mais le fait que sa position l'oblige à adopter une trop grande réserve pour que l'on puisse considérer son rapport comme véritablement objectif au centre d'une expertise"*.

c) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que la cause est suffisamment instruite pour lui permettre de trancher. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner – comme requis par le recourant – une nouvelle expertise ou une contre-expertise.

aa) Sur le plan somatique, il ressort du dossier médical que l'assuré souffre de problèmes de dos depuis l'année 2000, notamment d'une double hernie discale. A cet effet, en particulier, le rapport d'expertise multidisciplinaire du 7 juillet 2004 fait état de cervico-lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs, ayant notamment pour origine des éléments organiques (arthrose, troubles statiques). Il rejoint, complète et confirme ainsi l'avis du Dr E. du 16 février 2001 et celui du Dr F. du 19 juillet 2002. En outre, il est avéré qu'en date du 7 juillet 2004, lorsque le rapport d'expertise précité fut établi, l'assuré disposait d'une capacité de travail totale, avec une diminution de rendement de 30%, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, ces diagnostics, de même que la valeur probante de l'expertise, ne sont à ce jour pas remis en cause par le recourant qui, d'ailleurs, n'a pas contesté la décision sur opposition du 9 mars 2006 sur lesquels elle se fonde.

Hormis les "*quelques poussées de lombosciatalgies*" relevées par le Dr F. dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2006, la Cour de céans constate qu'aucun élément au dossier ne laisse apparaître une aggravation des problèmes dorsaux du recourant depuis le prononcé de la décision initiale. Dans la mesure où son status ostéo-articulaire et rhumatologique reste superposable avec celui décrit par les experts de la PMU en 2004, il sied de retenir que son état de santé ne s'est pas modifié, du moins notablement, dans l'intervalle. Au demeurant, on notera qu'une péjoration des problèmes purement somatiques de l'assuré n'est ni documentée, ni rendue vraisemblable, ni même alléguée par ce dernier, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'y intéresser davantage.

bb) Sur le plan psychique, le litige porte essentiellement sur la valeur probante de l'expertise psychiatrique réalisée en 2007 par le Dr A. et le neuropsychologue N..

A la lecture de dite expertise, la Cour de céans constate qu'elle est concluante en tous points. Le travail fourni par les auteurs est en effet de qualité. Ceux-ci se sont fondés sur l'ensemble du dossier médical constitué par l'OAI. Ils ont procédé à un examen personnel de l'assuré, lequel a manifestement duré – contrairement à ce qu'allègue ce dernier dans son recours – bien plus d'une heure. Sur ce point, le Dr A. s'est d'ailleurs clairement expliqué, dans son complément d'expertise du 4 février 2008, sur les conditions dans lesquelles s'étaient déroulés les entretiens médico-psychologiques. Par ailleurs, les conclusions des experts sont claires, motivées et conformes aux critères de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). De même, leur motivation pour retenir tel ou tel diagnostic ou interpréter tel ou tel résultat est détaillée et convaincante. En particulier, ils démontrent pourquoi ils ont exclu les diagnostics de dysthymie et de syndrome douloureux somatoforme – retenus par les experts de la PMU – ainsi que celui d'épisode dépressif – soutenus par les Drs B., G. et L.. Enfin, ils expliquent que le comportement de l'assuré est réactionnel à sa situation sociale et économique, facteur étranger à l'AI. La Cour se rallie à cette expertise.

Ceci étant, l'avis opposé des autres médecins ayant examiné l'assuré ne permet pas de remettre en cause la valeur probante de cette expertise. En effet, en particulier, le rapport du 5 octobre 2004 des Drs C. et D., posant notamment les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistants et d'état dépressif, traite pour l'essentiel des problèmes neurologiques et ostéo-articulaires du recourant. Il n'émane d'ailleurs pas de spécialistes en psychiatrie ni ne décrit de status psychiatrique précis faisant référence à un système reconnu de classification des maladies. Le seul paragraphe qui y est consacré au volet psychiatrique rapporte que l'épisode dépressif sévère que connaîtrait l'assuré serait vraisemblablement réactionnel à sa situation socio-économique précaire. Il laisse ainsi clairement apparaître l'existence de facteurs étrangers à l'AI, ce qui sera d'ailleurs confirmé par le Dr A.. Enfin et surtout, les Drs C. et D. ne se prononcent pas sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

Quant au rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2006 du Dr F., posant le diagnostic d'"*état dépressif avec suicidalité élevée*", il est succinct et sommairement motivé. En sus, ni l'anamnèse ni les plaintes de l'assuré n'y sont consignées. Enfin et surtout, il n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie et, d'ailleurs, ne décrit pas de status psychiatrique précis conforme aux standards de l'OMS. Enfin, il doit être lu avec toute la retenue qu'impose la jurisprudence à cet effet, vu la relation de confiance qui s'instaure généralement entre un médecin traitant et son patient.

Pour leur part, dans leur rapport du 2 octobre 2006, les Drs G. et L., tous deux psychiatres, posent certes des diagnostics conformes à la CIM. Ils effectuent également une anamnèse de l'assuré et décrivent ses plaintes. Toutefois, leur rapport n'est à l'évidence ni d'une exhaustivité ni d'une précision égalables à l'analyse du Dr A. et du neuropsychologue N.. Il ne saurait dès lors mettre en doute l'opinion et les conclusions desdits experts. Au contraire, en se basant exclusivement sur les plaintes subjectives de l'assuré et en relevant que la problématique psychique de celui-ci est mise sur le compte de ses douleurs, de la non reconnaissance de sa maladie et de toutes ses conséquences économiques, les Drs G. et L. font également état de facteurs étrangers à l'AI.

De même, le rapport du 17 décembre 2007 du Dr B. met en exergue – lui aussi – la présence de facteurs étrangers à l'AI. En effet, il expose en substance que, se sentant profondément blessé et non reconnu dans sa souffrance, l'assuré a présenté une recrudescence de symptômes dépressifs réactionnelle à sa prise de connaissance des conclusions de l'expertise du Dr A.. Ceci étant, il se contente de relever que son patient conteste les conditions et les conclusions de l'expertise. Il ne développe cependant pas davantage les raisons pour lesquels le diagnostic de *"majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)"* – retenu par le Dr A. – devrait être écarté au profit de son propre diagnostic d'*"épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F33.2)"*. Enfin, émanant de l'un des médecins traitants de l'assuré, ce rapport doit être lu avec toute la retenue qu'impose la jurisprudence à cet égard.

Par ailleurs, le rapport d'expertise du 7 juillet 2004 de la PMU et celui du 19 octobre 2007 du Dr A. et du neuropsychologue N. ne sont pas – contrairement à ce que semble soutenir le recourant – contradictoires. En effet, d'une part, ils décrivent le status psychiatrique de l'assuré à des moments différents. D'autre part, ils excluent tous deux le diagnostic d'état dépressif. Enfin, indépendamment des divergences quant aux diagnostics, force est de constater que les conclusions des deux rapports d'expertise ne permettent pas de retenir une atteinte invalidante à la santé d'un point de vue purement psychiatrique. En effet, tout au plus, une diminution de 30% de la capacité résiduelle de travail a été prise en compte par les experts de la PMU dans le cadre d'une appréciation globale – tant sur le plan somatique que psychiatrique – de celle-ci. Sur ce point, on rappellera ici que, selon la jurisprudence, la dysthymie – diagnostic posé par les experts de la PMU – ne représente pas à elle seule, comme en l'espèce, une telle atteinte.

Enfin, les rapports des 25 août 2008, 26 avril 2009 et 17 novembre 2010 du Dr B., et celui du 17 avril 2009 du Dr P., établis et remis après la décision litigieuse du 19 février 2008, doivent en principe être exclus de l'examen de la présente cause. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. A cet effet, en particulier, il en ressort que l'aggravation, alléguée par l'assuré, de son état de santé psychique semble étroitement liée au suicide de son frère survenu en avril 2008. Ces faits survenus postérieurement à la décision querellée devront normalement être pris en compte dans le cadre d'une nouvelle décision de l'OAI, comme l'avait déjà constaté à juste titre ledit Office dans ses ultimes remarques du 10 septembre 2008.

cc) Sur le vu de ces éléments, c'est donc à juste titre que l'autorité intimée n'a pas retenu de changements notables dans l'état de fait et s'est ralliée à l'avis du Dr A. et du neuropsychologue N. dans le cadre d'un nouvel examen du droit aux prestations. En effet, dès lors que le rapport d'expertise psychiatrique est – contrairement à ce que

prétend le recourant – en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels et a pleine valeur probante, ses conclusions doivent être suivies. En outre, la Cour de céans constate que, comme relevé ci-dessus, des facteurs sociaux et économiques, étrangers à l'AI, imprègnent manifestement le dossier et contribuent très vraisemblablement aux difficultés rencontrées par le recourant. Or, de tels facteurs ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de travail au sens de la loi. Ainsi, en dépit des souffrances psychiques vécues par l'assuré, on doit nier – d'un point de vue juridique – le caractère invalidant de celles-ci. Enfin, concernant l'aspect purement somatique, aucune modification objective ne permet de revoir la situation suite à l'expertise multidisciplinaire effectuée en 2004 à la PMU. Ainsi, à la lumière des diagnostics susmentionnés, force est de constater que la capacité résiduelle de travail de l'assuré ne s'est pas modifiée dans l'intervalle séparant la décision initiale de la décision attaquée.

6. Toutefois, pour les raisons qui suivent, il s'impose de procéder à une nouvelle comparaison des revenus de valide et d'invalidé dans le cas d'espèce.

a) Dans le cadre de l'art. 17 al. 1 LPGA, même des modifications minimales de l'état des faits peuvent en principe donner lieu à une adaptation dans la mesure où elles mènent à un dépassement de la valeur seuil revêtant de l'importance pour la rente (ATF 133 V 545 consid. 7). Ainsi, par exemple, un changement de 2% du degré d'invalidité peut donner lieu à révision, lorsque le seuil ouvrant le droit à une rente plus élevée (ou plus basse) est franchi (ATF 133 précité consid. 6.2 et les références citées).

b) Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la modification des données statistiques ne conduit pas à une révision de la rente car elles ne reflètent pas les circonstances personnelles de l'assuré, mais constituent des développements économiques généraux avec lesquels les assurés comme les personnes en santé doivent compter (ATF 133 V 545 consid. 7.1 et 7.3; Tribunal fédéral, arrêt non publié W. [9C\_8/2010] du 19.03.2010 consid. 3.1). De même, le seul fait d'un changement de pratique imposé par le Tribunal fédéral (cf. par exemple ATFA U 75/03 du 12.10.2006 consid. 8) pour le calcul – basé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires – du revenu d'invalidé ne justifie pas non plus une révision du droit à la rente AI (Tribunal fédéral, arrêt non publié C. [9C\_696/2007] du 09.11.2009). Il sied ici de souligner que la jurisprudence précitée (ATF 133 V 545 et arrêt 9C\_696/2007) porte sur des litiges ayant pour objet la baisse, respectivement la suppression d'une rente en raison d'une diminution du taux d'invalidité. Enfin, on notera que la Haute Cour admet l'application de conditions moins restrictives lorsque l'adaptation d'une rente a lieu, dans des cas particuliers, en faveur de l'assuré (arrêt précité 9C\_696/2007 consid. 6.2 et les références citées).

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb et les références citées). 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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié K. [U 240/99] du 07.08.2001 *in* RAMA 4/2001 n° U 439 p. 347). A cet effet, lors de l'adaptation du revenu à l'évolution des salaires, il faut faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

d) En l'espèce, s'agissant du revenu de valide, il ressort de la demande de prestations AI du 13 juin 2002 et du questionnaire pour l'employeur du 25 juin 2002 que le recourant percevait un revenu annuel brut, treizième salaire et gratification compris, de 62'295 francs ( $4'765 \times 13 + 350$ ) en l'an 2002. Son droit éventuel à une rente prenant naissance au plus tôt en 2006 – au moment de sa nouvelle demande – il y a encore lieu d'indexer ce montant pour l'année 2006. A cet effet, selon l'Office fédéral de la statistique, les salaires nominaux pour les hommes ont progressé de 4.2% de 2002 à 2006 (cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2009). Le revenu de valide peut donc être estimé à 64'911 fr. 40 pour l'année 2006.

S'agissant du revenu d'invalidé, il doit être déterminé, en l'absence d'activité lucrative effective, sur la base de données statistiques. A cet effet, le salaire brut auquel le recourant peut prétendre dans le secteur privé en Suisse, toutes activités confondues (valeur centrale), s'élève à 4'732 francs par mois (40 heures par semaine; 1/12 du 13<sup>ème</sup> salaire compris), soit 56'784 francs ( $4'732 \times 12$ ) pour l'année 2006 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau de qualification 4 pour les hommes). La durée usuelle de travail hebdomadaire étant de 41.7 heures en 2006 (La Vie économique 11-2010, tableau B9.2), ce chiffre passe à 59'197 fr. 30. En outre, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI, lequel tient compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Il n'y a non plus pas lieu de s'écarter du taux de capacité résiduelle de travail de 70% ( $100\% - 30\%$ ) retenu par l'OAI, lequel tient compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant. Il s'ensuit que son revenu d'invalidé peut être fixé à 37'294 fr. 30 pour l'année 2006.

Il découle de ce qui précède que le taux d'invalidité résultant de cette nouvelle comparaison des revenus est de 42.55% qui, arrondi au chiffre en % supérieur (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), sera fixé à 43%, ce qui donne droit à un quart de rente. Dans la mesure où la nouvelle demande de l'assuré datée du 29 juin 2006 – à laquelle était jointe une attestation médicale datée du 30 juin 2006, et que l'OAI a reçue le 10 juillet 2006 – a, selon la plus haute vraisemblance, été remise à la poste au début du mois de juillet 2006, le recourant aura rétroactivement droit à un quart de rente AI à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, plus éventuels intérêts moratoires, conformément aux art. 88<sup>bis</sup> al. 1 RAI et 29 al. 3 LPGA.

La Cour de céans saisit ici l'occasion de relever que l'OAI, dans sa décision du 13 décembre 2004 retenant un taux d'invalidité de 38%, et confirmée par décision sur opposition du 9 mars 2006 entrée en force, avait calculé le revenu d'invalidé en se basant sur les valeurs statistiques des salaires dans la seule branche de la production (secteur 2). Or, cette pratique jadis tolérée par la Cour ne répond plus aujourd'hui aux exigences jurisprudentielles selon lesquelles il faut se référer à la valeur centrale pour tous les secteurs économiques (total) confondus. Partant, étant donné qu'une nouvelle comparaison des revenus – subséquente à ce changement de pratique – permet le passage à l'échelon d'un quart de rente, il y a lieu de procéder à cette adaptation qui, conformément à la jurisprudence susmentionnée, est faite *in casu* en faveur de l'assuré.

Dans ces circonstances, le recours du 7 avril 2008 est admis dans le sens des considérants et la décision du 19 février 2008 annulée.

7. A teneur de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant



est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En outre, en vertu de l'art. 137 al. 1 du code de procédure et de juridiction administrative du canton de Fribourg (CPJA; RSF 150.1), applicable par le biais de l'art. 61, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, en cas de recours devant une autorité statuant en dernière instance cantonale notamment, l'autorité de la juridiction administrative alloue, sur requête, à la partie qui obtient gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires qu'elle a engagés pour la défense de ses intérêts.

La procédure n'étant plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il convient de condamner l'autorité intimée, qui succombe, au paiement des frais de procédure par 800 francs. Partant, les 800 francs avancés par le recourant lui sont restitués.

Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives du litige, des seules opérations nécessaires effectuées par son mandataire dans le cadre de la présente procédure et de sa liste de frais produite le 17 mars 2011, il se justifie de fixer l'indemnité globale à laquelle le recourant a droit pour ses frais de défense à 2'769 fr. 50, plus 169 fr. 75 de débours, plus 223 fr. 40 au titre de la TVA (7.6% sur 2'939 fr. 25) pour les prestations réalisées jusqu'au 31 décembre 2010, et à 46 francs, plus 29 fr. 50 de débours, plus 6 fr. 05 au titre de la TVA (8% sur 75 fr. 50) pour les prestations réalisées en 2011, soit à un montant total de 3'244 fr. 20, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

### **I a C o u r a r r ê t e :**

I. Le recours du 7 avril 2008 est admis et la décision du 19 février 2008 annulée.

Partant, le recourant a droit à un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, plus éventuels intérêts moratoires.

II. Les frais de justice, de 800 francs, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

III. L'avance de frais de 800 francs effectuée par le recourant lui est restituée.

IV. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à 2'815 fr. 50, plus 199 fr. 25 au titre des débours, plus 229 fr. 45 au titre de la TVA à 7.6% et à 8%, soit à un total de 3'244 fr. 20, mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

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.