

FR_GERICHTE 605 2018 232 vom 10. Oktober 2019

FR Kantonsgericht, 2019-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_232

FR: FR_GERICHTE 605 2018 232 du 10 octobre 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 232 del 10 ottobre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

janvier 2012, il a travaillé comme vendeur auxiliaire, à un taux oscillant entre 15 et 20% (revenu mensuel d'environ CHF 700.-). De 2011 à 2013, il a également exercé à titre accessoire une activité de courtier en assurances, en tant qu'indépendant. B. Le 5 décembre 2012, suite à un entretien de détection précoce avec une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 10), le recourant a déposé une demande de prestations AI, mentionnant comme atteinte à la santé une « tumeur vertébrale » existant depuis 2004 (dossier AI p. 21). L'ostéoblastome en question avait fait l'objet d'une première excision en 2004, puis d'une excision complémentaire en 2007. Suite à ces opérations, le recourant a continué à ressentir des douleurs importantes. Une hernie discale a ensuite été diagnostiquée, sans indication opératoire (dossier AI p. 43). Suivant l'avis de son Service médical régional (dossier AI p. 73), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Fribourg a requis en mars 2013 la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne générale, neurochirurgie, oncologie médicale, psychiatrie et psychothérapie), confiée à la Clinique E._____. Le 26 janvier 2015, alors que l'expertise pluridisciplinaire n'avait pas encore été réalisée, le recourant a été victime d'un accident de la circulation (collision frontale avec un autre véhicule ayant entrepris un dépassement téméraire, alors que la route était enneigée). Il a subi une fracture multiple, ouverte, de la jambe droite. L'accident est survenu dans le contexte d'un emploi de secrétariat pour une entreprise de déménagement qui a été exercé depuis le 1er janvier 2015 et qui a pris fin formellement le 30 avril 2015, alors que le recourant se trouvait encore en incapacité de travail (voir dossier AI p. 237, 257). L'assureur-accidents s'est acquitté de prestations en lien avec les atteintes physiques subies lors de l'accident, mais a refusé de prendre en charge toute prétention en lien avec les troubles psychiques également invoqués. Statuant sur recours par arrêt du 8 octobre 2018 (cause 605 2017 205), la Ie Cour des assurances sociales a toutefois renvoyé le dossier à l'assureur-accidents pour qu'il procède à un examen global de la situation, tant sur le plan physique que psychique.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Selon le rapport d'expertise établi par les médecins de la Clinique E._____ le 8 mars 2016 (intégrant également un volet de chirurgie orthopédique suite à l'accident du 26 janvier 2015), le recourant présentait pour l'essentiel des pathologies dégénératives lombaires sans corrélation radioclinique, une dégénérescence discale L5 à S1 en partie à l'origine d'une raideur lombaire débutante mais sans autre symptomatologie, deux hernies discales considérées comme asymptomatiques, un état scléreux postopératoire S1 et S2 sans retentissement neurologique attestable, ainsi qu'un

déficit de mobilité du genou droit, de la cheville droite et du pied droit, en lien avec deux interventions chirurgicales faisant suite à l'accident de janvier 2015. Quant au plan psychique, aucun diagnostic n'était retenu, le tableau clinique correspondant tout au plus à un syndrome d'accompagnement des douleurs et d'incertitudes concernant l'avenir et l'état de santé (voir dossier AI p. 725 ss). Les experts ont ainsi retenu, à partir du 12 septembre 2015 au plus tard pour tenir compte des conséquences à court terme de l'accident de janvier 2015, une capacité totale dans une activité adaptée, excluant en particulier la station debout prolongée, la station assise prolongée, la position en porte-à-faux lombaire, le port de charges très lourdes, la position accroupie, la conduite d'un véhicule professionnel, ainsi que la conduite d'engins vibrants (dossier AI p. 735). C. Par projet de décision du 7 avril 2016, l'Office de l'assurance-invalidité a retenu que le recourant ne souffrait pas d'atteinte invalidante avec incapacité de travail et de gain durable dans les différentes activités qu'il avait exercées jusqu'alors. Il a dès lors envisagé de rejeter la demande de rente (dossier AI p. 740). Suite à des objections formulées par le recourant le 10 juin 2016, par l'intermédiaire d'un précédent mandataire, faisant notamment état d'une incapacité de travail totale perdurant depuis l'accident de janvier 2015, pour des causes tant physiques que psychiques, des renseignements complémentaires ont été requis de la Clinique E._____. Dans un rapport du 5 septembre 2016 signé de son seul medical manager, celle-ci a confirmé les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 mars 2016 (dossier AI p. 828). Parallèlement à cette démarche, plusieurs rapports médicaux émanant de psychiatres traitants et du médecin-conseil de l'assureur-accidents ont été produits au dossier, faisant état d'une hospitalisation, posant plusieurs diagnostics en lien avec des troubles psychiques et attestant une incapacité de travail totale (dossier AI p. 848, 865). Prenant en compte ces éléments, sur proposition de son service médical régional (dossier AI p. 1038), l'Office de l'assurance-invalidité a alors organisé une nouvelle expertise, uniquement sur le plan psychiatrique, confiée à un psychiatre indépendant. Par décisions incidentes du 15 mars 2018 et du 10 avril 2018, faisant suite à des contestations formulées par le recourant, l'Office de l'assurance-invalidité a confirmé la désignation de l'expert psychiatre et refusé d'écarter du dossier l'expertise pluridisciplinaire réalisée auparavant par les médecins de la Clinique E._____ (dossier AI p. 1095, 1102). Le 28 juin 2018, l'expert psychiatre a rendu son rapport. Il a posé plusieurs diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. Il a estimé en particulier que l'activité d'étudiant paraissait trop exigeante pour que le recourant puisse l'exercer encore avec une quelconque chance de succès et que sa capacité de travail résiduelle était limitée à 20% dans une activité adaptée, prenant en considération de plusieurs limitations, un temps de présence maximal de deux heures par jour et un rendement global de l'ordre de 80% (dossier AI p. 1115). Le rapport d'expertise n'a pas été transmis au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 Par courrier du 17 juillet 2018, faisant suite à une nouvelle intervention du mandataire du recourant se référant à des décisions et communiqués de presse remettant en cause la validité des expertises réalisées par la Clinique E._____, l'Office de l'assurance-invalidité a indiqué que le recourant aurait tout loisir de se positionner durant la phase d'objection qui allait suivre le projet de décision (dossier AI p. 1177). Par deux courriers distincts du 13 août 2018, l'expert psychiatre a complété son rapport à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité. Il a notamment précisé que les troubles dont souffrait le recourant entraînaient, déjà au moment où il a accompli des études en Turquie, une incapacité de travail de 20% au moins. Ces courriers n'ont pas non plus été transmis au recourant (dossier AI p. 1182, 1185). D. Par

décision du 29 août 2018, l'Office de l'assurance-invalidité a nié au recourant le droit à une rente. Dans sa motivation, il a d'abord repris le contenu du projet de décision du 7 avril 2016 qui se référait aux conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire selon lequel il n'existait pas d'atteinte entraînant une incapacité de travail et de gain durable. Puis, se référant à l'expertise psychiatrique du 28 juin 2018, il est revenu sur cette position en admettant qu'il existait certes une atteinte invalidante sur le plan psychique, mais que celle-ci limitait déjà la capacité du recourant à travailler/étudier avant son arrivée en Suisse, de telle sorte que les conditions du droit aux prestations n'étaient pas remplies. E. Par recours du 28 septembre 2018 (605 2018 232), le recourant conteste la décision du 29 août 2018, concluant à son annulation et à ce qu'une rente entière lui soit allouée dès le 1er novembre 2013, soit une année après le dépôt de sa demande de prestations. A l'appui de sa position, il fait d'abord valoir en substance que l'Office de l'assurance-invalidité ne pouvait pas statuer avant d'avoir rendu un nouveau projet de décision et que cette autorité aurait au moins dû lui donner la possibilité de se déterminer sur le contenu de l'expertise psychiatrique du 28 juin 2018 et de ses compléments. Sur le fond, il reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir véritablement instruit la question du moment de la survenance de l'invalidité. Il relève quant à lui qu'il n'y a « aucune invalidité constatée médicalement » avant 2012 et que jusqu'en 2011, « l'on ne peut pas parler de douleurs invalidantes ». Enfin, le recourant indique encore que même si l'invalidité était intervenue avant l'entrée en Suisse, il conviendrait d'examiner le droit aux prestations sous l'angle de la convention de sécurité sociale conclue entre la Suisse et la Turquie. Par acte séparé du 28 septembre 2018, le recourant a également déposé une requête d'assistance judiciaire (605 2018 233), demandant que son mandataire soit désigné défenseur d'office. Dans ses observations du 22 octobre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité a conclu au rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision, ainsi qu'à l'expertise psychiatrique du 28 juin 2018 et à ses compléments. Le 2 octobre 2019, le recourant a encore déposé une détermination spontanée, accompagnée de deux rapports de son médecin généraliste traitant. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Le recourant reproche d'abord à l'Office de l'assurance-invalidité d'avoir rendu sa décision sans avoir établi au préalable un nouveau projet de décision suite à la nouvelle expertise psychiatrique réalisée en 2018 et sans lui avoir donné la possibilité de se déterminer sur le contenu de cette expertise et de ses compléments. Ces griefs font tous deux référence au droit d'être entendu du recourant. Il convient de les examiner en premier lieu puisque leur bien-fondé conduirait à lui seul à l'admission du recours. 2.1. L'art. 57a al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20) prévoit que l'Office de l'assurance-invalidité communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Il ajoute expressément que l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42, 1ère phrase, de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1). La procédure de préavis est d'abord régie par l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) qui énonce notamment que les parties peuvent faire part à l'Office de l'assurance-invalidité de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (al. 1).

L'art. 74 RAI complète cette réglementation en disposant qu'une fois l'instruction de la demande achevée, l'Office de l'assurance-invalidité se prononce sur la demande de prestations (al. 1). Il précise que la motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis, telle que décrite ci-dessus, concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (voir ATF 124 V 180 consid. 1c ; 131 V 35 consid. 4.2). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1; 127 V 431 consid. 3d/aa). La violation de ce droit est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 I 68 consid. 2; 126 V 130 consid. 2b et les références). 2.2. En l'espèce, suite aux objections formulées par le recourant le 10 juin 2016 à l'égard d'un premier projet de décision, l'Office de l'assurance-invalidité a repris l'instruction du cas sous l'angle médical. Il a en particulier organisé une nouvelle expertise, reçu le rapport y relatif et demandé à deux reprises des renseignements complémentaires à l'expert. Puis, sans communiquer au recourant ni le rapport d'expertise, ni les compléments apportés par l'expert, il a rendu le 29 août 2018 une décision de refus de rente en se basant sur ces éléments. La question de savoir si un second projet de décision aurait dû être établi avant que la décision de refus de rente ne soit rendue n'est pas déterminante en soi. Ce qui l'est, par contre, c'est qu'en menant de la sorte la procédure de préavis prévue à l'art. 73ter RAI, l'Office de l'assurance-invalidité a rendu sa décision sans permettre préalablement au recourant ni de prendre connaissance du rapport d'expertise et de ses compléments, ni de se déterminer sur ces éléments. Alors même que, par un courrier adressé quelques semaines auparavant, il avait laissé entendre au mandataire de celui-ci qu'un nouveau projet de décision allait être établi et qu'il aurait tout loisir de se positionner durant la phase d'objection qui suivrait. A ces constats s'ajoute que la décision est fondée sur le seul argument que la capacité de travailler/étudier du recourant était déjà limitée lorsqu'il est arrivé en Suisse. Or, une telle motivation n'avait pas été évoquée dans le projet de décision et n'a pas non plus été soumise ultérieurement au recourant. Le recourant ne pouvait ainsi pas s'y attendre et n'a dès lors été mis en mesure ni de s'expliquer sur le constat posé par l'autorité intimée, ni de fournir cas échéant des preuves quant aux faits sur lesquels se fondait cette nouvelle argumentation. En ne communiquant pas au recourant des pièces essentielles du dossier et en ne lui soumettant pas sous une forme ou sous une autre la nouvelle motivation sur laquelle il entendait désormais fonder sa décision de refus de rente, l'Office de l'assurance-invalidité a perdu de vue le but de la procédure de préavis qui est de concrétiser le droit d'être entendu de l'assuré lors de la phase de l'instruction de la demande. Plus spécifiquement, il a contrevenu aux garanties constitutionnelles que constituent le droit pour tout assuré de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de

fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. Envisagées globalement, les violations constatées peuvent être qualifiées de graves, de telle sorte qu'elles doivent conduire à elles seules à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il statue à nouveau dans le respect des droits procéduraux du recourant. 3. Indépendamment du sort déjà scellé du recours, il se justifie d'examiner trois questions litigieuses qui, si elles n'étaient pas traitées dans le présent arrêt, pourraient conduire à de nouveaux recours, allongeant de manière inutile la procédure. La première de ces questions est celle de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire qui a été réalisée en 2015 par les médecins de la Clinique E._____.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 3.1. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater (ATF 144 V 258, consid. 2.3.1), en se référant à l'arrêt TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 auquel le recourant faisait allusion dans son courrier du 29 mars 2018 par lequel il demandait à l'Office de l'assurance-invalidité d'écarter l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2015, que de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de la Clinique E._____ et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne qui était responsable médical du "département expertise" avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. Cela alors que les expertises pratiquées dans ce département avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il a également été insisté sur l'existence d'un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Poursuivant dans le même arrêt (consid. 2.3.2), le Tribunal fédéral a encore rappelé que, en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents. Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure, ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Or les manquements constatés au sein du « département expertise » par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique E._____ soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut pas se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, voir ATF 125 V 351 consid. 3a) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des

circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause. 3.2. En l'occurrence, le rapport relatif à l'expertise pluridisciplinaire effectuée en 2015 par des médecins de la clinique E. _____ a été établi à une époque où le medical manager du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. Il en va de même du rapport complémentaire établi à l'en-tête de cette clinique le 5 septembre 2016, signé du reste par le seul medical manager de celle-ci. En conséquence, en écho à ce qu'a retenu le Tribunal fédéral dans l'ATF 144 V 258 précité (consid. 2.3.2), cette expertise pluridisciplinaire ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la demanderesse aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise pluridisciplinaire initial, voire en a modifié le contenu à l'insu de ses auteurs,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance à ce rapport établi sous l'enseigne de la clinique E. _____. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci. Il en résulte que, reprenant l'instruction de la cause, l'Office de l'assurance-invalidité devra dénier toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2015. 4. La deuxième question qu'il convient d'aborder dans le présent arrêt est celle de l'éventuelle négation du droit du recourant à une rente en raison d'une invalidité préexistante à l'arrivée en Suisse. 4.1. Contrairement à ce que semble retenir l'Office de l'assurance-invalidité dans sa décision du 29 août 2018, le seul constat qu'il existait une atteinte à la santé limitant la capacité de travail au moment de l'arrivée en Suisse n'est pas suffisant pour nier le droit à une rente d'invalidité. En effet, sous le titre « Conditions d'assurance », l'art. 6 al. 2 1ère phrase LAI contient certes la règle selon laquelle les étrangers qui conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit aux prestations seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Selon son texte même, cette règle n'exclut toutefois pas le droit à la rente au seul motif d'une atteinte à la santé préexistante. Au contraire, le critère déterminant est celui de la survenance de l'invalidité. L'assuré doit avoir compté au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse au moment de cette survenance. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b; arrêt TF 9C_1018/2010 consid. 3.2 et les références). Ce moment doit par ailleurs être déterminé séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (voir Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI, version valable à partir du 1er janvier 2014, ch. 1028). 4.2. Conformément au principe général de droit transitoire, selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner la survenance du droit à une rente dans le cas particulier à l'aune des

dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (arrêt TF 9C_1018/2010 consid. 3.1 et la référence). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Aux fins du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de 20 % est déjà considéré comme pertinent en ce sens (arrêt TF 9C_1018/2010 consid. 3.2 et la référence). 4.3. Il convient encore de rappeler que même dans les situations où la survenance de l'invalidité a déjà été admise dans le passé, il reste possible qu'un nouveau cas d'assurance se réalise, à savoir la survenance d'une atteinte qui est totalement différente de celle qui prévalait auparavant et qui est propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2). 4.4. Sur le vu de ce qui précède, il appartiendra à l'Office de l'assurance-invalidité de déterminer dans un premier temps si une invalidité (au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) était déjà survenue avant que le recourant ait compté au moins une année entière de cotisation ou dix ans de résidence interrompue en Suisse. Cas échéant, il vérifiera ensuite si cette invalidité a subi une interruption notable ou si l'évolution de l'état de santé du recourant conduit à reconnaître l'existence de cas distincts de survenance de l'invalidité. Dans cette démarche, l'Office de l'assurance-invalidité devra procéder à une nouvelle appréciation médicale globale, en prenant en considération l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, dans une approche pluridisciplinaire qui intégrera l'expertise psychiatrique réalisée en 2018, en l'actualisant et en la complétant, mais sans accorder de valeur probante à l'expertise réalisée en 2015 par les médecins de la Clinique E._____. 5. Enfin, devra également être résolue pour la période postérieure au dépôt de la demande de rente en décembre 2012 la question de l'existence même d'une invalidité – qui semble être admise par l'Office de l'assurance-invalidité – et plus spécifiquement celle du taux d'invalidité qui n'a à ce stade fait l'objet d'aucun calcul. Cette question devra trouver une réponse en tout état de cause, indépendamment de la question de savoir si le droit à une rente d'invalidité doit être nié au motif d'une invalidité préexistante à l'arrivée en Suisse (voir ci-dessus consid. 4). En effet, dans l'hypothèse d'une telle négation du droit à la rente, le taux d'invalidité pourrait constituer un élément déterminant pour la reconnaissance du droit à des prestations complémentaires, comme semble l'indiquer la Caisse de compensation du canton de Fribourg en se référant à la pratique administrative (voir courrier du 22 février 2019, pièce 3 du bordereau produit par le recourant dans la cause 605 2019 150 qui fait l'objet d'un arrêt séparé de ce jour). Cette démarche de calcul du taux d'invalidité devra être effectuée sur les mêmes bases que celles déjà indiquées ci-dessus, en prenant en considération l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, dans une approche pluridisciplinaire qui intégrera l'expertise psychiatrique réalisée en

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 2018, en l'actualisant et en la complétant, mais sans accorder de valeur probante à l'expertise réalisée en 2015 par les médecins de la Clinique E._____. 6. Il résulte de l'ensemble des considérants qui précèdent que le recours sera admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 6.1. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est entièrement restituée. 6.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité pour ses dépens. Par courrier du 12 juillet 2018, le mandataire du recourant a déposé une liste de frais faisant état d'un total de 21 heures 15 minutes de travail au tarif de CHF 250.- par heure. Sur le vu des opérations effectuées, soit pour l'essentiel le dépôt d'un recours – axé principalement sur une violation du droit d'être entendu et la nécessité d'écarter une expertise non probante – ainsi qu'une brève détermination déposée spontanément, prenant également en considération le caractère volumineux du dossier, l'indemnité due au recourant est fixée à CHF 4'372.60, soit CHF 4'000.- équivalant à 16 heures de travail à CHF 250.-, CHF 60.- de débours fixés forfaitairement et CHF 312.60 de TVA au taux de 7.7%. Cette indemnité est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. 7. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2018 233), devenue sans objet en raison de de l'indemnité octroyée au recourant pour ses dépens, est rayée du rôle. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance- invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. Partant, l'avance de frais, par CHF 800.-, est entièrement restituée au recourant. III. Une indemnité de CHF 4'372.60, y compris CHF 312.60 de TVA, est allouée au recourant pour ses dépens. Elle est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2018 233) est sans objet. V. 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 10 octobre 2019/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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