

## **FR\_GERICHTE 605 2019 11 vom 19. Juni 2020**

FR Kantonsgericht, 2020-06-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_11](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_11)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 11 du 19 juin 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 11 del 19 giugno 2020

### **Regeste**

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

### **Volltext**

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2019 11 Arrêt du 19 juin 2020 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux Greffière : Isabelle Schuwey Parties A. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – nouvelle demande – refus d'entrer en matière Recours du 7 janvier 2019 contre la décision du 6 décembre 2018 Tribunal cantonal TC Page 2 de 15 considérant en fait A. Par décision du 6 décembre 2018, confirmant son projet de décision du 24 septembre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations - la troisième - déposée le 12 mars 2018 (date de réception) par A. \_\_\_\_\_, né en 1964, marié, père de cinq enfants, ouvrier dans une entreprise de béton jusqu'à son licenciement pour des raisons économiques en 2008. Après avoir recueilli l'avis de son service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a considéré que, depuis sa précédente décision de refus rendue le 14 juillet 2017 et confirmée par le Tribunal cantonal par arrêt du 22 août 2018 entré en force, qui faisait suite à une précédente demande déposée le 21 janvier 2014, elle-même déposée suite à un premier refus confirmé par le Tribunal fédéral le 2 décembre 2015, les documents médicaux nouvellement produits par l'assuré, en particulier une nouvelle contre-expertise privée établie par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisaient état d'une simple appréciation différente d'un état de fait objectif resté pour l'essentiel inchangé et ne permettaient pas de retenir une modification de sa situation susceptible d'influer sur son droit aux prestations. B. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 7 janvier 2019. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il reprenne l'instruction du dossier. En substance, il allègue que les rapports d'expertise des 9 février, 8 juin et 12 novembre 2018 du Dr B. \_\_\_\_\_, qui atteste d'un état dépressif sévère depuis le mois de janvier 2018, sur la base de nouveaux symptômes de la dépression (anhédonie, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, perte de confiance en soi, sentiments injustifiés, pensées récurrentes de mort, troubles du sommeil et modification de l'appétit), auparavant absents, rendent plausible une aggravation de son état de santé. Il souligne en outre que cet expert a expressément écarté la présence d'incohérences, d'un comportement démonstratif et de recherche de bénéfices secondaires, qui avaient été relevés par les experts précédents. Il se prévaut également d'une appréciation du SMR du 19 avril 2018, selon laquelle la persistance de l'épisode dépressif

sévère diagnostiqué en janvier 2018 pourrait justifier une révision du droit à la rente. Enfin, il précise qu'il consulte désormais hebdomadairement son psychiatre traitant, alors qu'il ne le voyait auparavant qu'une fois par mois. Le 24 janvier 2019, l'autorité intimée conclut au rejet du recours en soulignant que le procédé employé par l'assuré, à savoir le dépôt systématique de demande de révision durant la procédure de recours contre une décision précédente, confine à l'abus de droit. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures 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.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors 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 conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). 2.2. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (arrêt TF 9C\_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 2.2 et les références citées). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, ce dernier ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas

nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt TF 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées); il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande après un refus de prestations entré en force, comme ici.

2.3. Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2). Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI.

L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

2.4. Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance (arrêt TF précité 9C\_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 2.2).

3. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 12 mars 2018. Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 Dans ce cadre, et comme rappelé ci-dessus, l'Instance de céans se borne à vérifier si l'assuré a rendu plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 14 juillet 2017 – confirmée par arrêt du 22 août 2018 de la Cour de céans, entré en force –, et cela jusqu'au moment de la décision de non-entrée en matière du 6 décembre 2018. Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler les motifs ayant conduit l'autorité intimée à rejeter successivement les précédentes demandes déposées les 6 février 2009 et 12 mars 2018.

3.1. Demande initiale du 6 février 2009 et premier refus Le 6 février 2009, l'assuré, né en 1964, en incapacité de

travail depuis le 28 août 2008 suite à son licenciement par l'entreprise auprès de laquelle il travaillait comme maçon depuis 1985, avait déposé une première demande de prestations AI en raison de troubles physiques (ablation de la vésicule biliaire) et psychiques (état dépressif suite à son licenciement; dossier OAI, pièce 2). Par décision du 23 novembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) avait refusé de lui accorder une rente d'invalidité, se basant notamment une expertise psychiatrique du 22 octobre 2009 réalisée auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, (dossier OAI, pièce 44), qui n'avait retenu aucune atteinte invalidante sur le plan psychique (dossier OAI, pièce 48). Les conclusions de cet expert concordait en outre avec une précédente expertise du 18 février 2009 qui avait été mise en œuvre par l'assureur perte de gain auprès du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, pièce 21, p. 57 ss). Dans le cadre d'un recours contre ce premier refus, l'assuré avait produit une contre-expertise psychiatrique privée du 14 octobre 2010 émanant du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui avait posé le diagnostic d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (dossier OAI, pièce 73). Au vu de ce nouvel élément, l'OAI avait repris l'instruction de la cause (dossier OAI, pièce 88) et une nouvelle expertise avait été mise en œuvre auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, après avoir signalé la très faible collaboration de l'assuré et avoir envisagé une simulation, n'avait retenu aucune pathologie psychiatrique, mais avait évoqué une réaction probable suite au refus des prestations d'assurance (dossier OAI, pièce 113). Sur la base de cette quatrième expertise, l'OAI avait rendu une nouvelle décision de refus le 5 juin 2013 (dossier OAI, pièce 138). La Cour de céans avait confirmé cette décision de refus par arrêt du 25 février 2015 (605 2013 136). Elle avait notamment pris en considération les conclusions concordantes de trois expertises psychiatriques différentes qui avaient exclu la présence d'atteinte invalidante, faute de symptômes psychiatriques objectifs, tout en relevant la conviction d'être invalide de l'assuré, sa non-compliance et sa faible collaboration lors des examens. La Cour avait également souligné la présence de nombreux facteurs extra-médicaux, en particulier la perte de travail survenue en 2008 (dossier OAI, pièce 163). Cet arrêt avait été confirmé par le Tribunal fédéral le 2 décembre 2015 (dossier OAI, pièce 185).

3.2. Situation au moment de la précédente décision de refus du 14 juillet 2017 En parallèle, le 21 janvier 2014, soit environ 8 mois après la précédente décision de refus de prestations, l'assuré a fait valoir une péjoration de son état de santé dès le mois de septembre 2013 (dossier OAI, pièce 159), en s'appuyant notamment sur un rapport du 27 novembre 2013 de Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Réseau fribourgeois de santé mentale, qui attestait d'une péjoration de l'état de santé psychique en septembre 2013 et d'une hospitalisation du 17 septembre au 4 octobre 2013 (dossier OAI, pièce 152, p. 428). Cette aggravation avait ensuite été confirmée par son nouveau psychiatre traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui attestait dans des rapports des 7 mars et 21 septembre 2016 la persistance d'un état dépressif sévère avec idées suicidaires et symptômes psychotiques, accompagné d'un ralentissement psychomoteur, de troubles de l'attention et de la concentration, de troubles mnésiques et mode de pensée persécutoire (dossier OAI, pièces 192 et 198). Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a requis un complément d'expertise auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a confirmé le 13 avril 2017 le diagnostic d'épisode dépressif de gravité légère, ne justifiant aucune incapacité de travail sur le plan médical, et avait notamment relevé un manque d'authenticité, une attitude théâtrale et une « évolution dite sinistrique », soit « lorsque la contestation des décisions

médicales et administratives prennent une place prédominante qui dépasse celle de la souffrance elle-même » (dossier OAI, pièce 203). Le Dr H. \_\_\_\_\_ a contesté l'avis de l'expert dans un rapport du 26 juin 2017, au motif que la réalisation de cinq critères diagnostiques justifiait une qualification « d'intensité sévère » du trouble dépressif et admettait ainsi une capacité de travail de 30% au maximum dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 210). Le 4 juillet 2017, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'OAI, avait toutefois estimé que le rapport du psychiatre traitant n'apportait aucun élément médical objectif nouveau susceptible de remettre en contradiction les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 212). Par décision du 14 juillet 2017, l'OAI a rejeté cette nouvelle demande (dossier OAI, pièce 213).

### 3.3. Recours et arrêt du Tribunal cantonal du 22 août 2018

Dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision, l'assuré avait ensuite produit une nouvelle contre-expertise privée établie le 9 février 2018 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui attestait d'un « trouble dépressif récurrent sévère entre janvier 2010 et décembre 2011, de septembre 2013 à décembre 2016 et de janvier 2018 à l'heure actuelle, entrecoupé de rémissions partielles dans le sens d'épisodes dépressifs légers », périodes durant lesquelles les expertises réalisées en 2012 et 2017 par le Dr F. \_\_\_\_\_ avaient justement été réalisées, ce qui confirmait ainsi le diagnostic d'épisode dépressif léger posé en 2012 et 2017 par cet expert (dossier OAI, pièce 235). Ce nouvel expert confirmait désormais la réalisation de trois critères majeurs selon la CIM-10, à savoir une tristesse de degré anormal durant au moins deux semaines, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables, ainsi qu'une réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité (expertise, p. 28). Il soulignait cependant la présence de facteurs externes influençant négativement le tableau, tels que la situation socio-économique défavorable de l'assuré, son âge et son déconditionnement (p. 39). En conclusion, il estimait que la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée après 12 mois, après mise en place d'un traitement adéquat (p. 43). Le 19 avril 2018, le Dr I. \_\_\_\_\_ du SMR s'était positionné sur cette nouvelle contre-expertise en affirmant que celle-ci ne constituait qu'une appréciation différente d'une même situation médicale.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 s'agissant de l'incapacité de travail attestée durant la période visée par la décision querellée. Il avait par ailleurs constaté que « l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé, il devrait être réévalué dans 12 mois, selon la conclusion de l'expert. En cas de persistance d'une atteinte incapacitante à l'issue de ce délai, elle pourra faire l'objet d'une nouvelle demande » (dossier OAI, pièce 240). La Cour de céans a rejeté le recours par arrêt du 22 août 2018 (605 2017 192; dossier OAI, pièce 247), en considérant notamment qu'une aggravation de la gravité du trouble dépressif depuis la dernière décision du 5 mai 2013, n'était pas établie. Elle avait tout d'abord considéré que le rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et, dans un contexte de possible simulation évoqué par l'expert, elle avait préféré ses conclusions face à celles, contraires, des médecins traitants, qui reposaient sur les seules plaintes du patient et ne permettaient ainsi pas d'établir une réelle péjoration de la situation par rapport à celle qui prévalait lors du précédent refus de rente. En outre, la Cour avait estimé que la contre-expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, établie plus de quatre ans et demi après le début de l'aggravation alléguée (soit dès le mois de septembre 2013) et se fondant principalement sur les déclarations de l'assuré lui-même pour déterminer les périodes durant lesquelles le trouble dépressif devait être qualifié de grave, ne permettait pas non plus de remettre en question les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ et ne constituait qu'une nouvelle appréciation médicale d'une situation qui

n'avait pas fondamentalement changé. La Cour avait notamment constaté que les déclarations de l'assuré quant au déroulement de ses journées n'avait pas réellement évoluées depuis les deux expertises du Dr F. \_\_\_\_\_, en 2012 et en 2017, et jusqu'à celle du Dr B. \_\_\_\_\_ en février 2018 : « En 2012, l'expert F. \_\_\_\_\_ relevait que "l'assuré estime qu'il n'est pas bien et ne peut pas travailler" et "passe sa journée couché à regarder la télévision". En 2016, les déclarations du recourant sont similaires: il "estime qu'il ne peut pas travailler", il "ne se lève pas avant 10- 11 heures. Il prend son café, mange un peu de pain. L'assuré passe ses journées à fumer sur le canapé et à regarder la télévision, mais sans faire de bruit. Il affirme ne jamais sortir de chez lui, ou très rarement (...) C'est son épouse qui s'occuperait de toutes les tâches ménagères et des repas". Les déclarations faites au Dr B. \_\_\_\_\_ en 2018 sont d'ailleurs similaires: "il se réveille, puis il prend le petit-déjeuner. Il occupe le reste de son temps sur le canapé à ne rien faire. Parfois, il regarde la télévision mais sans suivre vraiment ce qui se passe, et il refuse de se promener avec ses enfants le samedi alors qu'auparavant il le faisait. Il conduisait la voiture sur de courts trajets en 2017, mais plus actuellement et il allait ponctuellement sur internet en 2017" » (arrêt du 22 août 2018, consid. 5.2.3). La Cour avait ainsi estimé que dans la mesure où ces deux experts, sur la base d'observations identiques, avaient pourtant formulé des conclusions différentes, l'appréciation du nouveau contre- expert ne constituait qu'une appréciation médicale différente d'une situation inchangée et n'avait ainsi pas à être privilégiée face à celle de l'expert F. \_\_\_\_\_, dont la première expertise avait été considérée comme particulièrement probante par les autorités judiciaires amenées à trancher les recours successifs interjetés par l'assuré contre le refus initial de rente (consid. 5.2.3). Finalement, la multiplicité des expertises psychiatriques mises en œuvre – à l'époque, déjà 6 expertises émanant de 5 spécialistes différents – ainsi que le dépôt systématique de demandes de révision quelques mois à peine après les refus de rente avaient conduit la Cour à renoncer à Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 mettre en œuvre une nouvelle expertise visant à départager ces avis contradictoires, dans un contexte qualifié de « névrose de rente »: « Il convient au contraire de retenir que l'aggravation alléguée ne constitue en réalité que l'"évolution sinistrosique", ou névrose de rente, dans laquelle le recourant était déjà engagé à l'époque, qui avait déjà été relevée par plusieurs rapports médicaux dans le cadre du refus de rente initial et pour laquelle la responsabilité de l'assurance-invalidité, aujourd'hui encore, ne saurait être engagée. A cela s'ajoute le fait que le recourant ne semble jamais avoir envisagé la moindre reprise d'une activité professionnelle, même durant les périodes durant lesquelles, aux dires mêmes de l'expert B. \_\_\_\_\_, il se trouvait en rémission et bénéficiait d'une pleine capacité de travail, sans aucune diminution de rendement. Le fait que des demandes de révision matérielle soient systématiquement déposées quelques mois à peine après la notification du refus de rente par l'autorité intimée, ainsi que la multiplicité des expertises psychiatriques auxquelles le recourant s'est soumis, ne fait que confirmer cette recherche effrénée de reconnaissance assécurologique. Un renvoi pour nouvelle expertise en vue de départager l'opinion des experts F. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ serait dès lors manifestement dénué de tout sens, dans un tel contexte. » (consid. 5.3). Cet arrêt, non contesté, est entré en force.

3.4. Situation au moment de la nouvelle demande de prestations du 12 mars 2018 Près de 8 mois après la précédente décision négative de l'OAI du 14 juillet 2017, alors que la procédure de recours contre cette décision était pendante, l'assuré dépose le 12 mars 2018 une nouvelle et troisième demande de révision en invoquant une péjoration de son état de santé psychique à partir du mois de janvier 2018 (dossier OAI, pièce 236). A l'appui de cette demande, il se prévaut des conclusions de la contre-expertise du 9 février

2018 du Dr B. \_\_\_\_\_, qui atteste d'une nouvelle aggravation du trouble dépressif récurrent dès le mois de janvier 2018. Par courrier du 14 mars 2018, l'OAI a refusé d'accéder à cette demande de révision au motif qu'un recours était pendant devant le Tribunal cantonal (dossier OAI, pièce 237). Le 8 juin 2018, l'assuré s'adresse à l'OAI pour lui transmettre un rapport complémentaire du Dr B. \_\_\_\_\_ au sujet de « l'évolution depuis la première expertise privée de février 2018 », et conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière dès le 1er janvier 2018 (dossier OAI, pièce 243). Dans ce nouveau rapport du 8 juin 2018 (dossier OAI, pièce 242), après avoir une nouvelle fois résumé l'ensemble du dossier médical (p. 5-13), puis l'anamnèse personnelle, professionnelle et sociale ainsi que l'évolution de la maladie (p. 13-19), le contre-expert conclut à l'absence de changement « depuis février 2018 au présent » (p. 15) et à « des plaintes identiques en juin 2018 par rapport à février 2018 » (p. 19). Il affirme que l'assuré est « totalement isolé depuis janvier 2018 » et que « la concentration et les capacités cognitives sont peu conservées cliniquement » (p. 20), en indiquant que la diminution des capacités intellectuelle et de concentration observées lors des tests est « congruente aux plaintes subjectives ». Il relève en outre que « l'expertisé ne parvient plus à lire et à conduire la voiture sur de courts trajets comme auparavant et il peut suivre Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 avec difficulté des conversations nécessitant une concentration soutenue sans difficultés, comme lors des entretiens d'expertise » (p. 21). Sur le plan des limitations fonctionnelles, il retient depuis janvier 2018 « des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement, dans le sens d'une tristesse intense, de troubles de la concentration objectivables, d'idées suicidaires passives, d'un ralentissement psychomoteur sévère, d'une aboulie, d'une perte de l'élan vital, d'un isolement social significatif et d'une intolérance au stress » (p. 21). L'expert écarte la présence de symptômes psychotiques (p. 25). S'agissant des critères de la dépression selon la CIM-10, il constate la réalisation de 3 critères majeurs (tristesse, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables, réduction de l'énergie et augmentation de la fatigabilité; p. 26). Il décrit également la réalisation de tous les critères mineurs de la dépression, pour la plupart sur la seule base des déclarations de l'assuré: « l'intéressé décrit une estime de soi en baisse depuis janvier 2018 »; « l'exploré exprime des idées de culpabilité sévère depuis janvier 2018 »; « la concentration est pleinement diminuée (...) et l'assuré n'arrive plus à réaliser des tâches diverses nécessitant de la concentration comme il faisait en 2017 »; « l'expertisé mentionne des idées noires fluctuantes, mais sans projet de passage à l'acte »; « actuellement il existe un ralentissement psychomoteur sévère, sans agitation »; « l'expertisé fait mention de troubles du sommeil »; « l'intéressé décrit une perte de deux kilos. Toutefois, son BMI indique une obésité existant depuis plusieurs années » (p. 27). S'agissant de l'examen psychométrique pour la dépression, le contre-expert mentionne le score de 35 sur l'échelle de Hamilton, correspondant à une dépression sévère. Aucune « manie » n'est en revanche observée (p. 28). De même, la présence de troubles bipolaires, d'un comportement compulsif ou d'état de stress post-traumatique est écartée (p. 29). Sur la base de ces constatations, le Dr B. \_\_\_\_\_ retient « un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques F33.2, depuis janvier 2018 au présent, dans le contexte de traits de la personnalité histrionique Z73.1 » (p. 28). S'agissant de troubles anxieux, l'expert ne constate pas « d'apparition d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété et cela sans raison apparente. Il n'y a pas d'attaques de panique actuellement. On ne révèle pas de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée » (p. 29). Malgré cela, l'examen psychométrique conclut à des scores

correspondant à une « anxiété majeure » (p. 30). L'expert retient également le diagnostic de « Z73.1 Traits de la personnalité histrionique non décompensés actuellement », sans répercussion de la capacité de travail (p. 33). Il mentionne en outre « une situation socio-économique défavorable, car l'assuré explique qu'il a du mal à trouver du travail à son âge, en plus d'un important déconditionnement ». Il affirme en outre qu'« il n'y a pas d'exagération consciente des symptômes, mais des avantages primaires, en lien avec des traits de la personnalité histrionique qui décompensent ponctuellement » (p. 34). Il ajoute que « l'assuré décrit qu'il n'arrive pas à se projeter professionnellement. Sa précarité économique et son déconditionnement influencent négativement la situation, mais ne remettent pas en question les diagnostics susmentionnés » (p. 35). Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Enfin, il ne retient « pas de discordances entre le tableau clinique observé au moment de l'expertise, les plaintes de l'assuré et son dossier asséurologique. Il n'y a pas d'exagération consciente des symptômes » (p. 38). En conséquence, il atteste d'une incapacité de travail totale depuis janvier 2018 « en raison des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables » et ajoute à cet égard que « la situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans 12 mois selon l'évolution, après mise en place d'un traitement adéquat comprenant un traitement antidépresseur changé à nouveau (par exemple la fluoxétine avec monitoring sanguin) et une psychothérapie idéalement hebdomadaire ciblant les traits de la personnalité histrionique » (p. 39).

3.5. Soumission au SMR et projet de refus d'entrer en matière du 24 septembre 2018

Invité à se prononcer sur ce nouvel élément, le Dr I. \_\_\_\_\_ du SMR affirme, dans une appréciation du 12 septembre 2018, que « les conclusions des contre-expertises privées du Dr B. \_\_\_\_\_ découlent d'une appréciation différente d'une situation médicale sans changement durable » et qu'« aucune modification de l'état de santé avec effet durable sur la capacité de travail exigible n'est rendue plausible depuis juillet 2017 ». Il relève d'abord que les conclusions de cet expert « reposent en partie sur une batterie de tests psychométriques. Or ces tests sont inutiles, voire susceptibles d'induire en erreur, d'une part parce que les diagnostics psychiatriques reposent exclusivement sur des critères cliniques et pas sur des tests quelconques, selon les classifications internationales (CIM-10 et DSM-5), d'autre part parce qu'aucun test psychométrique n'est scientifiquement validé dans le contexte particulier d'une expertise (les tests sont conçus premièrement pour la recherche clinique) ». Sur le fond médical, il relève que « le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ ne mentionne ni des incohérences, ni un comportement démonstratif, ni une recherche de bénéfices secondaires, contrairement aux rapports des experts D. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Il se contente de mentionner, sur la base du dossier asséurologique, des « traits de personnalité histrionique non décompensés », sans en tenir compte dans son appréciation de la sévérité apparente du tableau clinique. Les répercussions alléguées de l'atteinte à la santé sur les activités quotidiennes, sur la participation aux tâches domestiques et administratives et sur les contacts sociaux sont inchangées depuis plusieurs années, en comparaison avec les données rapportées dans les expertises psychiatriques précédentes. Enfin, on rappellera que, par définition, un trouble dépressif récurrent se caractérise par l'alternance d'épisodes dépressifs, légers, moyens ou sévères, et de périodes sans perturbation significative de l'humeur. La phase aiguë d'un épisode dépressif traité lege artis dure habituellement 6 à 12 semaines jusqu'à sa rémission plus ou moins complète. Cette phase est suivie d'une phase de stabilisation de 3 à 6 mois, avec un traitement d'entretien. La fluctuation de la thymie au cours du temps est donc la caractéristique première du trouble dépressif récurrent. Il ne saurait cependant être question de réévaluer l'état de santé et le droit aux prestations AI à

chaque variation de l'humeur » (dossier OAI, pièce 249). Sur la base de cette appréciation, l'OAI, par projet de décision du 24 septembre 2018, a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision déposée le 12 mars 2018, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision du 14 juillet 2017.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 3.6. Objections et complément d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ A l'appui de ses objections du 30 novembre 2018, l'assuré produit un nouveau complément d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, daté du 12 novembre 2018, confirmant la persistance de l'épisode dépressif sévère diagnostiqué en février 2018, malgré une prise en charge psychiatrique hebdomadaire et une bonne compliance au traitement (changement du traitement antidépresseur et intensification du suivi). Il constate des plaintes et des limitations fonctionnelles identiques à celles mentionnées dans ses précédents rapports. Il confirme la réalisation des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10, déjà évoqués dans son rapport du 8 juin 2018 (tristesse de degré nettement anormal, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, réduction de l'énergie; rapport, p. 4-5) ainsi que des critères mineurs (estime de soi en baisse, idées de culpabilité, concentration pleinement diminuée, idées noires fluctuantes sans projets de passage à l'acte, ralentissement psychomoteur sévère sans agitation, troubles du sommeil, perte de 3 kilos mais obésité persistante; p. 5-6). Il confirme ainsi le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques F33.2 » justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 1er janvier 2018 (p. 6). L'expert prend position sur les critiques du SMR s'agissant du fait qu'il ne s'agirait que d'une appréciation différente d'un même état de fait: « on ne peut partager cette position dans la mesure où j'ai la même position concernant la capacité de travail que les experts psychiatres ayant examiné l'expertisé avant moi au moment de leur examen, mais je décris une aggravation survenue en janvier 2018 selon l'anamnèse. Donc, pour répondre à cette phrase de façon précise, il s'agit d'une appréciation identique du même état de fait avant le 31.12.2017 et une nouvelle appréciation pour un nouvel état de fait commencé en janvier 2018. (...) Nous sommes d'accord que nous n'avons apporté aucun élément d'aggravation depuis juillet 2017, mais nous avons apporté d'éléments objectifs rendant plausibles une aggravation depuis janvier 2018 » (p. 6).

S'agissant des incohérences, comportement démonstratif et recherche de bénéfices secondaires rapportés par tous les précédents experts, il justifie sa position de la manière suivante: « au moment de mes entretiens d'expertise je n'ai pas retenu des incohérences, ni de comportement démonstratif, ni recherche de bénéfices secondaires et ceci est probablement lié à l'existence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis janvier 2018, ce qui n'était pas le cas auparavant. Il est tout à fait probable, que lors des rémissions des épisodes dépressifs, les traits de la personnalité histrioniques de l'examiné prennent le dessus et à ce moment-là il peut montrer des incohérences, un comportement démonstratif et une recherche de bénéfices secondaires. Toutefois, ce n'est pas parce qu'il a montré de tels comportements dans le passé, que l'expertisé ne peut pas faire une rechute dépressive sévère plus tard. (...) Il est probable, tenant compte des expertises précédentes qu'à la fin de l'épisode dépressif sévère actuel, l'assuré puisse montrer à nouveau des comportements incohérents ou une attitude théâtrale » (p. 6-7).

Quant aux répercussions de l'atteinte à la santé sur les activités quotidiennes, considérées comme inchangées depuis plusieurs années par le SMR, il déclare que « selon l'anamnèse réalisée au moment de mes entretiens, l'assuré décrit une nette aggravation depuis janvier 2018 qui n'existait pas auparavant. Il me semble impossible de dire que les expertises précédentes peuvent confirmer ou non les plaintes actuelles, tenant compte du fait qu'elles

ont été réalisées avant janvier 2018 et pas après et qu'à ce moment-là l'expertisé partait régulièrement en vacances, gérait son quotidien sans difficultés objectivables, conduisait régulièrement la voiture, voyait son Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 psychiatre seulement une fois par mois, son traitement antidépresseur n'était pas changé régulièrement, etc. » (p. 7). S'agissant des variations d'intensité du trouble dépressif, qui ne sauraient selon le SMR justifier une révision du droit aux prestations à chaque variation de l'humeur, il se positionne ainsi: « Je partage entièrement l'avis des médecins SMR concernant ce point et je ne sais pas après combien de temps il faut réévaluer un état d'épisode dépressif sévère au sens de l'AI. L'épisode actuel dure depuis janvier 2018 au présent, soit depuis moins qu'une année, mais ceci est nettement plus que 6 mois » (p. 7). Il estime que son appréciation ne remet pas en question les expertises précédentes: « Nous n'avons pas remis en question les expertises précédentes, donc à aucun moment nous n'avons argumenté quant à l'existence d'épisodes dépressifs récurrents sévères dans le passé. Bien au contraire, tenant compte de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ d'épisode dépressif moyen et de celles du Dr F. \_\_\_\_\_, absence de trouble dépressif (expertises réalisées à des moments différents), on peut conclure que depuis janvier 2018 il existe un nouvel épisode dépressif sévère, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent (vu l'épisode dépressif moyen décrit auparavant et ensuite l'absence d'épisode dépressif) » (p. 8-9). S'agissant des critiques formelles du SMR (absence d'interprète et réalisations de tests psychométriques inutiles), il relève que « l'assuré s'exprime uniquement en français sans traducteur et sans difficultés importantes tant avec son psychiatre traitant, qu'avec nous lors des entretiens d'expertise, donc on peut se demander pourquoi on devrait penser que lors d'une expertise psychiatrique il ne pourrait plus parler français (...). Sur le fond, le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère a été uniquement posé sur les critères diagnostiques de la CIM-10 et non pas sur d'autres tests. Ceci apparaît clairement lorsqu'on lit l'expertise. Toutefois, lorsque le diagnostic est posé selon les critères de la CIM-10, on peut préciser l'intensité de la dépression également en utilisant des échelles de type Hamilton par exemple, mais ceci n'est effectivement pas validé dans le contexte de l'expertise. Comme ces tests ont une bonne fidélité inter juge il est au fond rassurant d'arriver aux mêmes données avec ce type de tests en plus et pas à la place des critères diagnostiques qui ont été soigneusement cités et discutés » (p. 9). En conclusion, il confirme la survenance d'une aggravation depuis le mois de janvier 2018, considérée comme non stabilisée: « quant au caractère durable ou non de cette atteinte, il est difficile de se prononcer. A mon avis la situation n'est pas stabilisée, mais ceci n'est pas un argument suffisant pour ne pas réévaluer la situation jusqu'au moment où elle sera stabilisée. Que faire par exemple si le nouvel épisode dépressif sévère de janvier 2018 sera résolutif dans deux ans et qu'au moment de la nouvelle expertise dans deux ans il sera à nouveau en rémission ? Les troubles dépressifs récurrents sont entrecoupés par des périodes plus ou moins longues de rémission et dans cette situation clinique complexe l'évolution est difficilement prévisible et le pronostic mitigé » (p. 10-11).

### 3.7. Soumission au SMR et décision querellée

Ce complément d'expertise a été soumis au Dr I. \_\_\_\_\_ qui, le 5 décembre 2018, confirme sa position au motif que l'appréciation de la situation médicale faite par le Dr B. \_\_\_\_\_ est « basée essentiellement sur les allégations de l'assuré, sans arguments médicaux nouveaux » et que « l'aggravation alléguée ne justifie pas encore une incapacité de travail d'une année » (dossier OAI, pièce 255). Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Par décision du 6 décembre 2018, l'OAI confirme ainsi son refus d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif que l'état de fait est resté identique et qu'il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

### 4. Amenée à statuer

sur la question litigieuse de savoir si le recourant a rendu plausible une modification de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail, susceptible d'influencer ses droits depuis la décision du 14 juillet 2017, la Cour de céans constate d'abord que l'ensemble des avis médicaux au dossier s'accordent sur le fait que le recourant souffre d'un trouble dépressif depuis plusieurs années. En revanche, leurs avis divergent au sujet de la gravité de ce trouble et de son impact sur la capacité résiduelle de travail du recourant. 4.1. C'était d'ailleurs précisément pour trancher cette question centrale que l'OAI avait requis un complément d'expertise auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, qui avait confirmé le 13 avril 2017 que le trouble dépressif n'était que de gravité légère, ne justifiant aucune incapacité de travail sur le plan médical (dossier OAI, pièce 203). A la même période, le 26 juin 2017, le psychiatre traitant de l'époque estimait au contraire que le trouble dépressif était d'intensité sévère et ne permettait qu'une capacité de travail de 30% au maximum (dossier OAI, pièce 210). Le contre-expert B. \_\_\_\_\_, qui affirme ne pas remettre en question les conclusions de l'expert F. \_\_\_\_\_ s'agissant de la gravité du trouble dépressif à l'époque des consultations de ce dernier, estime en revanche que la situation a évolué depuis le mois de janvier 2018, de manière à justifier désormais une qualification d'épisode sévère. Il fonde cette aggravation au motif notamment que « selon l'anamnèse réalisée au moment de mes entretiens, l'assuré décrit une nette aggravation depuis janvier 2018 qui n'existait pas auparavant. (...) les expertises précédentes (...) ont été réalisées avant janvier 2018 et pas après et qu'à ce moment-là l'expertisé partait régulièrement en vacances, gérait son quotidien sans difficultés objectivables, conduisait régulièrement la voiture » (complément d'expertise du 12 novembre 2018, p. 7). Or, de telles affirmations sont en parfaite contradiction avec les observations faites à l'époque par l'expert F. \_\_\_\_\_, à qui le recourant avait au contraire déjà décrit une absence quasi-totale de loisirs ou de contacts sociaux. La Cour de céans avait d'ailleurs constaté que le déroulement des journées du recourant décrit dans l'expertise du 8 février 2018 du Dr B. \_\_\_\_\_ était globalement superposable à celui mentionné par l'expert F. \_\_\_\_\_ en 2012 et 2017 (cf. supra consid. 3.3). Par ailleurs, les autres éléments (critères majeurs et mineurs de la dépression selon la CIM-10) mis en avant par l'expert B. \_\_\_\_\_ pour attester d'une aggravation de la situation depuis le mois de janvier 2018 reposent presque exclusivement sur les déclarations du recourant lui-même (cf. supra consid. 3.4). Or, compte tenu d'un contexte dans lequel un manque d'authenticité, une exagération des symptômes, une recherche de bénéfices secondaires et un phénomène d'auto-invalidation ont très largement été évoqués, les seules déclarations du recourant à l'expert ne sauraient à l'évidence être suffisantes pour admettre la réalisation de ces critères. Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Enfin, l'intensification du suivi psychiatrique et l'adaptation du traitement médicamenteux ne permettent pas non plus de rendre plausible une éventuelle aggravation de l'état de santé. En effet, à supposer que ces nouvelles mesures ne permettent pas d'améliorer l'état de santé du recourant, elles ne sont en tous cas pas censées non plus le péjorer. Ce d'autant moins que l'expert F. \_\_\_\_\_ avait déjà souligné en 2017 une « prise en charge dans les règles de l'art, mais avec absence de réponse à tous les traitements proposés. Il y a donc une mise en échec systématique des différentes prises en charge réalisées » (dossier OAI, pièce 203, p. 578). 4.2. Il résulte de ce qui précède que le recourant n'a pas rendu plausible que son degré d'invalidité se serait modifié, de manière à influencer ses droits, depuis la précédente décision du 14 juillet 2017. Au contraire, la situation semble bien s'être cristallisée dans le sens d'une conviction du recourant d'être en incapacité totale de travailler, invariablement depuis 2012, et ce malgré la présence d'hypothétiques périodes de rémission évoquées par le Dr B. \_\_\_\_\_, dans

lesquelles le recourant n'a pourtant pas démontré la moindre volonté de reprendre une activité professionnelle. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a suivi l'appréciation du SMR en retenant que les nouveaux éléments produits par le recourant ne constituaient qu'une appréciation médicale différente d'une situation inchangée, et a ainsi refusé d'entrer en matière sur sa demande de révision. En effet, comme cela avait été constaté par la Cour de céans dans son précédent arrêt, la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires n'aurait guère de sens à l'égard d'un assuré déjà convaincu de son invalidité totale et ne conduirait qu'à le conforter dans sa « recherche effrénée de reconnaissance asséurologique », démontrée par le nombre d'expertises privées auxquelles il s'est déjà spontanément soumis. 5. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle et troisième demande de prestation déposée par l'assuré le 12 mars 2018. Il s'ensuit que le recours du 8 janvier 2019, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée du 6 décembre 2018 confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais payée le 17 janvier 2019. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 6 décembre 2018 est confirmée. II. Les frais de procédure sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais payée le 17 janvier 2019. 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 19 juin 2020/isc Le Président : La Greffière :

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