

FR_GERICHTE 605 2019 58 vom 23. November 2020

FR Kantonsgericht, 2020-11-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_58

FR: FR_GERICHTE 605 2019 58 du 23 novembre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 58 del 23 novembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

avril 1994. Saisi d'une première demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI) a mis en place un stage d'observation professionnelle (du 21 août au 15 septembre 1995; rapport du 19 septembre 1995), puis a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er février au 30 novembre 1994 (décision du 24 janvier 1996). B. A la suite d'une nouvelle demande de prestations, l'office AI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire. Dans un rapport daté du 20 janvier 1999, les médecins de B._____ ont diagnostiqué un syndrome de la douleur chronique touchant essentiellement l'épaule gauche, le membre supérieur gauche et le membre inférieur gauche dans le cadre d'un status après traumatisme de l'épaule gauche (du 20 octobre 1992), un état dépressif sévère sans symptôme psychotique et une personnalité passive agressive avec traits narcissiques; les médecins ont indiqué qu'ils doutaient que l'assuré puisse travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée. Par décision du 2 septembre 1999, l'office AI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er février au 30 novembre 1994, puis alloué à l'assuré une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1er décembre 1994. C. Le 17 mai 2001, l'assuré a demandé la révision de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychique. L'office AI a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 19 mars 2002, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif (actuellement moyen) avec syndrome somatique et un trouble de la personnalité, ainsi que des difficultés liées à l'acculturation et au contexte familial; le médecin a confirmé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Le 11 novembre 2002, l'office AI a confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité. Par arrêt 5S 02 841 du 27 mars 2003, le Tribunal administratif du canton de Fribourg (actuellement Tribunal cantonal, Ire Cour des assurances sociales) a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision. Par communications des 11 février 2004 et 7 septembre 2007, l'office AI a maintenu l'octroi une demi-rente d'invalidité. D. Le 15 juin 2012, l'assuré a demandé une révision de son droit à une rente de l'assurance- invalidité, puis a séjourné à D._____ du 27 décembre 2012 au 4 février 2013. A l'invitation de l'office AI, le docteur E._____, spécialiste en en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint à D._____, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et une fracture de l'épaule gauche avec douleur chronique post-traumatique; d'un point de vue psychique, l'assuré était capable de reprendre une activité professionnelle dans un environnement

calme à temps partiel au moins (avis du 30 septembre 2013). Le 22 mai 2013, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a repris les diagnostics du Dr E. _____, mais s'est interrogé sur l'existence d'une psychose à bas bruit, avec un état un peu déficitaire et un délire

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 somatoforme. En se fondant sur l'avis du 31 octobre 2013 du médecin de son Service médical régional (SMR), l'office AI a maintenu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité (décision du 6 août 2014). E. Le 8 mai 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision, invoquant une péjoration de son état de santé sur les plans physique et psychique. Dans un avis du 3 octobre 2015, le Dr F. _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, des modifications gênantes de la personnalité (status après contusion de l'épaule gauche), un trouble somatoforme sans précision et un abus d'alcool probable; il a précisé qu'il lui était impossible d'imaginer son patient avec une capacité de travail quelconque. L'assuré s'est ensuite soumis à une nouvelle expertise psychiatrique. Dans un rapport daté du 27 avril 2016, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (d'un degré léger au moment de l'expertise) avec syndrome somatique, ayant évolué ces derniers temps à un trouble dépressif avec des épisodes moyens avec syndrome somatique avec des rechutes ayant amené l'assuré à séjourner à D. _____ (notamment du 27 décembre 2012 au 4 février 2013 et du 4 décembre 2013 au 10 février 2014) et un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'évolution lente ces dernières années; le psychiatre a exclu une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité. Par décision du 5 juillet 2016, l'office AI a rejeté la demande de révision et confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité. A la demande de l'assuré, le Dr F. _____ a pris position le 5 septembre 2016 sur les conclusions de l'expertise psychiatrique, soulignant en particulier qu'on ne pouvait exclure une psychose chronique à bas bruit (le délire somatoforme concernerait les aspects tout à fait bizarres des plaintes douloureuses à point de départ de l'épaule). Après la retraite du Dr F. _____, la Dre H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychiques, un trouble obsessionnel compulsif et un trouble de la personnalité, sans précision; sur le plan psychique, elle a indiqué une incapacité de travail de plus de 70 % (avis du 4 février 2017). Par arrêt 605 2016 197 du 20 juin 2017, le Tribunal cantonal, Ire Cour des assurances sociales, a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision du 5 juillet 2016. F. Le 3 mai 2018, le Dr I. _____, médecin-chef de clinique adjoint de D. _____, a informé l'office AI que l'assuré avait été hospitalisé le 9 mars 2018 en raison d'un état dépressif sévère avec des symptômes psychotiques dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent. A la demande de l'office AI, A. _____ a rempli le 14 juin 2018 un questionnaire pour la révision de sa rente d'invalidité et indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 2013. Dans un avis du

E. 22

juin 2018, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du SMR, a relevé que l'assuré – respectivement le Dr I. _____ – n'avait pas rendu plausible une modification des atteintes à la santé. Le 28 juin 2018, l'office AI a indiqué à l'assuré qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur la demande de révision mais lui a donné la possibilité d'apporter la preuve de l'aggravation de son état de santé ou de formuler des objections dans un délai de 30 jours. Dans une correspondance du 13 juillet 2018, le Dr

K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a rappelé les conclusions de la Dre H. _____ du 4 février 2017, souligné que le Dr I. _____ faisait état de trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, puis indiqué que son Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 patient présentait une aggravation de son état de santé niée par l'expert psychiatre. A l'invitation de l'office AI, le Dr J. _____ a indiqué le 24 juillet 2018 que le médecin traitant n'apportait aucun élément médical nouveau prouvant une aggravation de l'état de santé de l'assuré; les symptômes psychotiques avaient en particulier déjà été mentionnés par le Dr F. _____. Le 8 août 2018, l'office AI a accordé à l'assuré un ultime délai pour déposer ses remarques éventuelles sur le projet de décision. En se référant aux avis médicaux des docteurs H. _____ (du 4 février 2017) et I. _____ (du 3 mai 2018), ainsi qu'à sa correspondance du 13 juillet 2018, le Dr K. _____ a indiqué : «que vous faut-il de plus !!? ». A la demande de l'assuré, le Dr K. _____ a précisé le 19 novembre 2018 qu'il maintenait que l'état de santé avait empiré depuis l'expertise du Dr G. _____ et qu'il appartenait aux psychiatres de D. _____ de se prononcer sur la situation et de critiquer l'expertise psychiatre (dont il relevait par ailleurs «plusieurs interprétations totalement subjectives»). Les 26 et 31 décembre 2018, l'assuré a demandé à l'office AI de recueillir des renseignements médicaux auprès de tous ses médecins traitants, puis d'ordonner une nouvelle évaluation psychiatrique compte tenu de l'aggravation de son état de santé qui a conduit à son hospitalisation pendant deux mois à D. _____. En se fondant sur l'avis du Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR (du 24 juillet 2018), l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de révision par décision du 4 février 2019. G. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Nicolas Charrière, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg. Il conclut principalement à ce que la décision du 4 février 2019 soit modifiée en ce sens qu'il est entré en matière sur la demande de révision AI du 15 juin 2018 et qu'un taux d'invalidité de 70 % au moins soit reconnu avec effet au 1er janvier 2018, donnant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision du 27 avril 2017 de l'office AI et à ce que le dossier lui soit renvoyé pour reprise de l'instruction de la demande en révision déposée le 15 juin 2018, notamment pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le recours est assorti d'une demande d'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 16 avril 2019, l'office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'assuré a déposé des écritures complémentaires les 29 avril et 10 juillet 2019, ainsi que la note d'honoraires de son mandataire le 29 avril 2019. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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 représenté par un avocat, le recours est recevable. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution

résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

2.1. 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165). Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

2.2. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral précise, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

2.3. La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer

doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). 3. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 3.1. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 4. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, 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. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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. 4.1. Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées; arrêts TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2; I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, 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 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 4.2. 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt TF 9C_601/2018 du 2 novembre 2018

consid. 3.2). A ce propos, 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, le juge 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 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). 4.3. Le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. La conviction de l'administration ou du juge n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification déterminante est survenue; des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêt TF 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 et les références). La jurisprudence en matière de nouvelle demande considère que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à cette procédure dans la mesure où l'assuré a eu l'occasion de présenter des pièces médicales pour rendre plausible une modification de la situation. Dans ce cas, le juge est en droit d'apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant l'administration et n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt TF 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 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. 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 (arrêts TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid.3.2; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – par application analogique des règles régissant la révision de l'art. 17 LPGA – 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3.2.3). 5. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la dernière décision du 5 juillet 2016 (confirmée par arrêt 605 2016 197 du 20 juin 2017). Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le tribunal doit donc

examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (consid. 2.4 supra). Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner les mesures d'instruction requises par le recourant, notamment la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. 5.1. Dans l'arrêt 605 2016 197 du 20 juin 2017, la Cour a retenu en résumé que la répercussion de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail ne différait pas substantiellement de celle retenue depuis 2012 et 2007, voire depuis 2003 déjà. Aussi, dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, doublé d'un état dépressif estimé sévère à l'époque, le recourant était en mesure de travailler à 50 % dans une activité adaptée depuis 1994. En se fondant sur l'expertise du Dr G. _____, la Cour a constaté que le recourant se montrait en particulier revendicateur envers les assurances et qu'il influençait lui-même le tableau médical afin de rechercher le bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité. La présence importante de facteurs extra-médicaux (manque d'intégration, précarité, jeu d'argent, alcool, désir de percevoir une rente entière, démonstration, agressivité, collaboration médiocre avec le corps médical, etc.) expliquait enfin l'absence de toute perspective au niveau professionnel. 5.2. Invoquant une constatation inexacte des faits pertinents, le recourant soutient que les docteurs K. _____ et I. _____ ont objectivé une dégradation de son état de santé depuis le 5 juillet 2016, à tout le moins depuis le début de l'année 2018. Il fait valoir tout d'abord que le Dr I. _____ a fait état d'une aggravation de son état dépressif, qualifié désormais de sévère et qui a tendance à se chroniciser, et de l'apparition de symptômes psychotiques. Le trouble dépressif était ainsi passé du stade léger, avec des épisodes moyens (expertise psychiatrique du

E. 27

avril 2016), au stade sévère avec tendance à se chroniciser. Il y avait donc bien une aggravation. Qui plus est, le recourant relève que les médecins de D. _____ n'avaient pas eu

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 accès aux conclusions des docteurs G. _____ et F. _____. Il considère qu'il est dès lors «curieux» qu'ils ont posé un diagnostic identique à celui du Dr F. _____. Compte tenu de la récurrence de ce diagnostic, ou à tout le moins de la suspicion d'un tel diagnostic, l'office intimé aurait dû selon le recourant poursuivre plus avant l'instruction médicale. Il reproche enfin à l'office intimé de s'être fondé «quasi aveuglément» sur l'avis du Dr J. _____, un chirurgien à la retraite, plutôt que d'avoir requis l'avis d'un psychiatre de son SMR. 5.3. L'office AI rappelle que l'expertise psychiatrique du Dr G. _____ a été jugée particulièrement fiable, au vu de ses conclusions claires comme de son contenu détaillé. Faute pour le recourant d'avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de révision. 5.4. En tant que le recourant se réfère à l'avis des docteurs I. _____ et K. _____, il ne développe en l'espèce pas une argumentation susceptible d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, susceptible d'influencer ses droits. 5.4.1. Il semble tout d'abord perdre de vue que le Dr I. _____ n'est pas titulaire d'un diplôme de médecin reconnu en Suisse. Selon le registre des professions médicales universitaires (MedReg), dont les informations sont tenues pour notoires dans une procédure de prestations de l'assurance-invalidité, le médecin devait exercer son activité sous surveillance professionnelle (art. 33a al. 2 de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires [LPMéd; RS 811.11]). Dans la mesure où il a signé seul le rapport du 3 mai 2018, on peut douter que ce moyen de preuve soit pertinent,

en d'autres termes qu'il soit de nature à rendre plausible les faits allégués. 5.4.2. Le Dr I. _____ décrit de plus des plaintes du recourant qui ne sont pas nouvelles et qui ont déjà été abondamment investiguées, notamment par le Dr G. _____ lors de la dernière révision. A ce propos, il fait état pour l'essentiel d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques; il expose que l'assuré décrit une péjoration de son état psychique depuis plusieurs mois, marquée par une thymie basse, des difficultés d'endormissement, une perte de l'élan vital, un sentiment de culpabilité, une irritabilité et des hallucinations acoustiques verbales où des voix malveillantes lui disent de se faire du mal; l'assuré aurait en conséquence des idées suicidaires scénarisées quotidiennement. Contrairement à ce que semble croire le recourant, l'ensemble de ces éléments sont connus de longue date. Dans le rapport du 20 janvier 1999, les médecins de B. _____ ont ainsi déjà constaté que l'assuré était irritable, abattu, sans élan vital, se demandant si sa vie avait encore un sens (angoisses de mort) et qu'il présentait un discours centré sur ses nombreuses pertes, une péjoration de l'existence, une absence d'anticipation et des idées suicidaires. Ils ont conclu à un état dépressif sévère, sans symptôme psychotique, et à une personnalité passive, agressive avec traits narcissiques. Après l'hospitalisation du 27 décembre 2012 au 4 février 2013, le Dr E. _____ a également déjà constaté que le recourant déclarait ressentir une intense fatigue avec perte de l'élan vital et troubles du sommeil, se sentant lourd et triste, devenant facilement irritable, avec des idées noires (perte d'espoir avec des idées suicidaires latentes), perdant parfois son contrôle, avec parfois des tremblements et des douleurs au niveau des doigts de la main gauche; il avait alors diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (avis du 14 mars 2013). A la même époque, Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 le Dr F. _____ a de plus posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (avis du 3 octobre 2013). A l'invitation de l'assuré, la Dre H. _____ a enfin précisé le 4 février 2017 que le recourant présentait des peurs envahissantes, des éléments compulsifs obsessionnels (comme des jeux d'argent), un trouble dépressif récurrent, avec des épisodes sévères accompagnés d'angoisses et d'idées noires (des voix lui disant de mettre fin à ses jours); elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, un trouble obsessionnel compulsif et un trouble de la personnalité (sans précision). Au moment de statuer le 20 juin 2017, la Cour avait donc déjà connaissance de l'ensemble des éléments invoqués par le Dr I. _____, en particulier du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (cf. avis de la Dre H. _____ du 4 février 2017). Elle a cependant entièrement suivi les conclusions du Dr G. _____, qui a souligné que l'assuré présentait plus de ressources personnelles que celles qu'il montrait à ses différents médecins et qu'il fallait tenir compte du fait que l'assuré voulait par tous les moyens obtenir une rente de l'assurance-invalidité à 100 %. On ajoutera encore que si le Dr I. _____ a mentionné que le recourant décrivait «une péjoration de son état psychique depuis plusieurs mois», A. _____ a précisé dans le questionnaire de révision de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité du 14 juin 2018 que l'aggravation de son état de santé remontait à l'année 2013. 5.4.3. Quant au Dr K. _____, après plusieurs marques d'exaspération dans une procédure où il intervient depuis plus de 20 années, il a indiqué que l'aggravation de l'état de santé de son patient avait été niée par le Dr G. _____ (correspondance du 13 juillet 2018), puis qu'il n'était pas psychiatre et qu'il était donc du devoir des médecins de D. _____ de critiquer les conclusions de l'expertise du Dr G. _____ et de se prononcer sur la situation. L'on comprend donc des différentes prises de position du

médecin de traitant que la situation du recourant est globalement stable depuis 2013 au moins, avec des séjours occasionnels en institution psychiatrique qui se répètent. 5.5. Il n'y a enfin pas lieu d'examiner plus avant les critiques du recourant sur la formation professionnelle des différents médecins du SMR. Il n'expose en effet pas en quoi seul un psychiatre du SMR aurait valablement pu examiner s'il avait établi de façon plausible une aggravation de son état de santé. Au contraire, on rappellera que la conviction de l'administration n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification déterminante est survenue (consid. 2.4 supra). 6. Ensuite des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 6.1. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais de procédure, par CHF 400.-, seront mis à la charge du recourant. 6.2. Le recourant sollicite l'assistance judiciaire et la désignation d'office de son mandataire. En l'espèce, la cause était cependant d'emblée dépourvue de chances de succès (art. 61 let. f LPGA;

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 ATF 140 V 521 consid. 9), de sorte que la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée sans qu'il soit nécessaire d'examiner la question de l'indigence. la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 58) est rejeté et la décision attaquée du 8 mars 2019 confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire (605 2019 59) est rejetée. III. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. 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 recourant 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 23 novembre 2020/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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