

FR_GERICHTE 608 2017 270 vom 18. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_270

FR: FR_GERICHTE 608 2017 270 du 18 février 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2017 270 del 18 febbraio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 17

janvier 2003, il s'est annoncé auprès de la SUVA, qui a pris en charge le cas. La SUVA a adressé en particulier l'assuré à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR; du 1er avril au 6 mai 2003). Le directeur médical de l'établissement a diagnostiqué des rachialgies et douleurs à l'épaule droite chroniques, un trouble dépressif majeur (de degré moyen) et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a indiqué que ni l'examen clinique somatique ni les quelques anomalies constatées sur les clichés radiologiques n'expliquaient sur le plan somatique les autolimitations et les plaintes subjectives présentées par l'assuré (rapport du 23 mai 2003). Le 13 juin 2003, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 1er juillet 2003. Le 2 juillet 2003, A. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. En se fondant sur les conclusions des médecin-directeur et médecin-chef de Service psycho-social du canton de Fribourg, les Dr C. _____ et Dresse D. _____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 16 avril 2004), et du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 31 octobre 2005), l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'Office AI) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2004 (décision du 24 avril 2006). En substance, l'Office AI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité sur le plan psychique en raison d'un trouble dépressif sévère, accompagné de symptômes somatiques, et d'une modification durable de la personnalité (de type psychotique mélancolique) secondaire à l'accident du 12 juillet 2002 (avis du médecin du Service médical régional [SMR] du 5 décembre 2005). Les 20 juin 2008 et 30 mars 2010, l'Office AI a maintenu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité. B. Procédant à une révision d'office du début 2011, l'Office AI a soumis A. _____ à une expertise rhumatologique et psychiatrique. Dans un rapport établi le 27 novembre 2012, la Dresse F. _____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et en rhumatologie, a diagnostiqué – avec effet sur la capacité de travail – un déconditionnement musculaire global et une raideur de la flexion des hanches par raccourcissement de ischio-jambiers (sans contracture musculaire du rachis cervico-dorso-lombaire); d'un point de vue somatique, l'assuré pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée depuis juillet 2003, avec une diminution de rendement de 30 %. Puis, la Dresse G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a considéré que l'assuré présentait – sans répercussion sur la capacité de travail – des difficultés liées à l'emploi et au chômage, un trouble de l'adaptation (accompagné d'une réaction dépressive prolongée entre janvier 2003 et fin 2005), une majoration de plaintes physiques pour des

raisons psychologiques (depuis début 2006 environ), respectivement une production intentionnelle ou une simulation de symptômes ou d'incapacités (depuis début 2006), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (entre avril 2003 et fin 2005); d'un point de vue psychiatrique, l'assuré pouvait travailler à 100 %, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 % en raison du long éloignement du

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 monde du travail (rapport du 21 avril 2013 et compléments du 24 septembre 2013 et du 16 avril 2014). Par décision du 4 juin 2014, l'Office AI a supprimé le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1er août 2014. Non contestée, cette décision est entrée en force. Par communications du 18 juillet et du 20 novembre 2014, l'Office AI a pris en charge un entraînement à l'endurance auprès du Centre d'intégration socioprofessionnelle de Fribourg du

E. 18

août au 15 février 2015; la mesure a été interrompue car l'assuré n'arrivait pas à tenir le rythme d'une journée de travail sans aller se coucher (rapport du CEPAI du 23 février 2015). C. Les 29 janvier et 20 septembre 2016, A. _____ a, en se fondant sur l'échec de la mesure d'entraînement à l'endurance, demandé la révision procédurale de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 14 novembre 2016, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande. Par arrêt du 3 août 2017, le Tribunal cantonal, Iie Cour des assurances sociales, a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision (cause 608 2017 1). Parallèlement à sa demande de révision, l'assuré a séjourné dans l'unité de réadaptation psychosomatique de l'établissement psychiatrique H. _____ (du 23 août au 12 septembre 2016). Le 27 septembre 2016, au terme de ce séjour, les Dr I. _____ et Dr J. _____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen); ils ont indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % sur le plan psychique dans tous les domaines d'activités. Par courrier du 30 décembre 2016, l'assuré a ensuite demandé à l'Office AI de considérer sa requête du 20 septembre 2016 comme une nouvelle demande de prestations (sous réserve de l'issue du recours qui était alors encore pendant). Puis, il a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 13 février 2017. Par projet de décision du 21 février 2017, l'Office AI a indiqué qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le 5 avril 2017, la Iie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'est pas entrée en matière sur le recours formé par l'assuré contre ce projet de décision (cause 608 2017 68). Dans le cadre de l'examen de la nouvelle demande de prestations et au regard des objections formulées par l'assuré, l'Office AI a recueilli l'avis des Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (des 13 mars et 13 avril 2017), Dresse L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin cheffe de clinique auprès de M. _____ (des 28 mars et 20 avril 2017), et Dr J. _____ (du 25 avril 2017), ainsi que les résultats d'un examen psychologique du 24 mars 2017 (retard mental léger; quotient intellectuel [QI] de 47). Le 10 mai 2017, le Dr N. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, a considéré que les avis médicaux recueillis ne permettaient pas de retenir l'existence d'élément objectif attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré de nature à modifier l'exigibilité médico-théorique de sa capacité de travail définie par les experts; conformément à la jurisprudence, il a indiqué en particulier qu'un épisode dépressif moyen ne constituait pas une comorbidité grave lorsqu'il est réactionnel à un trouble somatoforme douloureux; l'incapacité de travail totale attestée par les psychiatres ne reposait pas sur une

aggravation de l'état de santé de l'assuré mais sur une appréciation différente d'une situation inchangée et ne respectait pas les critères jurisprudentiels. Par un nouveau projet de décision du 7 juin 2017, l'Office AI a indiqué qu'il envisageait de rejeter la nouvelle demande de prestations. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision, maintenant qu'il souffrait d'une aggravation de son état de santé depuis juin 2014 (laquelle rendait par ailleurs nécessaire un nouveau séjour au sein de la clinique H. _____). Par

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 décision du 11 octobre 2017, l'Office AI a, en se fondant sur l'avis du médecin de son SMR, rejeté la nouvelle demande de prestations. Il a retenu qu'il n'y avait pas d'élément objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré de nature à modifier l'exigibilité médico-théorique retenue dans la précédente décision du 4 juin 2014. D. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Patrik Gruber, avocat, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 15 novembre 2017. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Subsidiairement, il demande le renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle instruction. A l'appui de son recours, il produit un nouvel avis des Dr I. _____ et Dr J. _____ (du

E. 20

octobre 2017). Les médecins indiquent que l'assuré a séjourné dans leur établissement en vue d'une réadaptation psychosomatique du 19 septembre au 9 octobre 2017. Au terme de ce séjour, ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, chronique et résistant aux traitements et un retard mental moyen; ils retiennent que l'assuré a pu fonctionner dans un travail de «niche» jusqu'à sa chute et l'apparition de douleurs chroniques en 2002 mais que son retard mental moyen – associé à des douleurs chroniques et à un état dépressif – ne lui donne pas les capacités intellectuelles et psychiques suffisantes pour s'adapter dans une nouvelle activité. Dans sa réponse du 30 janvier 2018, l'Office AI conclut au rejet du recours. Le 19 juin 2018, la Fondation de prévoyance en faveur du personnel du groupe B. _____ conclut au rejet du recours. 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. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté, directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable. 2. 2.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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). 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. 2.2. 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). 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.). 2.3. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 281 consid. 3.7.3; 136 V 279 consid. 3.2.1). En revanche, 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). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 3. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit singulièrement d'examiner le point de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification significative entre la décision rendue par l'Office AI le 4 juin 2014 et la décision attaquée du 11 octobre 2017 (cf. art. 17 LPGA). 3.1. Invoquant une appréciation arbitraire des preuves, le recourant reproche à l'Office AI d'avoir retenu qu'il ne souffrait pas d'une aggravation de son état de santé susceptible de lui ouvrir le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Il soutient en particulier que le nouveau diagnostic d'apnée du sommeil posé par le Dr K. _____ le 18 mai 2015, le résultat de l'évaluation psychologique du 24 mars 2017 («retard mental moyen») et ses séjours auprès de la

clinique psychiatrique H. _____ attestent d'une péjoration de son état de santé. 3.2. D'un point de vue somatique, le recourant n'établit en l'occurrence pas que les avis médicaux versés au dossier font état d'une aggravation de son état de santé susceptible d'avoir une influence sur son degré d'invalidité. 3.2.1. Dans le rapport établi le 27 novembre 2012, la Dresse F. _____ a diagnostiqué un déconditionnement musculaire global, une raideur de la flexion des hanches par raccourcissement des ischiojambiers (sans contracture musculaire du rachis cervico-dorso-lombaire), des troubles dégénératifs et statiques (du rachis cervical et dorsolombaire), ainsi que des douleurs cervico- dorsolombaires (sans substrat clinique) et de l'épaule droite (sans substrat clinique); elle a souligné qu'il existait une discrédance entre les douleurs arguées, leur intensité et les observations cliniques (expertise du 27 novembre 2012, p. 22 ss, spéc. p. 25). D'un point de vue somatique, l'assuré pouvait par conséquent travailler à 100 % dans une activité adaptée depuis juillet 2003, avec une diminution de rendement de 30 %. 3.2.2. Dans l'avis du 20 octobre 2017, produit en annexe au recours, les Dr I. _____ et Dr J. _____ indiquent que le bilan physiothérapeutique révèle «une absence de déficit majeur de mobilité dans toutes les articulations testées; il existe une raideur du rachis entier et un abaissement de l'épaule droite par rapport à la gauche; [l'assuré] a des douleurs au niveau lombaire, cervical et des maux de tête, ainsi que des douleurs du membre supérieur droit au repos évaluées à 5-6/10 sur l'échelle numérique de la cotation de la douleur; ces douleurs sont majorées à l'effort jusqu'à un score de 8/10.» Les psychiatres ne font dès lors que confirmer le déconditionnement physique global du recourant, déjà connu en 2014, avec enraidissement du rachis dans sa globalité (expertise du 27 novembre 2012, p. 25). Les précédents avis des psychiatres de la clinique H. _____ n'apportent par ailleurs également aucun élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique. 3.2.3. Quant au Dr K. _____, il a mentionné pour la première fois au dossier un syndrome d'apnée du sommeil le 27 février 2015. Dans le rapport établi le 27 novembre 2012, la Dresse F. _____ avait en particulier retenu que l'anamnèse ne révélait pas de suspicion pour un tel syndrome (expertise du 27 novembre 2012, p. 25). Il s'agit dès lors d'un nouveau diagnostic, comme le souligne à juste titre le recourant. Le 13 mars 2017, le Dr K. _____ a de plus indiqué que le traitement d'épreuve par le port d'un masque nocturne (traitement par ventilation en pression positive continue [«Continuous Positive Airway Pressure»]) avait échoué.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Cela étant, la Cour constate que le Dr K. _____ a relevé, dans l'avis du 13 avril 2017, qu'il s'agissait d'un «discret» syndrome d'apnée du sommeil, avec intolérance au traitement par ventilation en pression positive (CPAP), tandis que les docteurs I. _____ et J. _____ n'ont pas tenu compte de ce symptôme dans leurs observations sur le sommeil de l'assuré (qui paraissait «par moments perturbé lorsqu'il est en proie à des ruminations négatives» [avis du 27 septembre 2016]). Au regard des éléments qui précèdent, le recourant n'établit dès lors pas en quoi ce syndrome «discret» aurait une quelconque répercussion sur son degré d'invalidité, étant précisé que le contexte de fatigue (avec réveils nocturnes) avait déjà été bien décrit – et donc pris en considération – par l'Office AI en 2014 (voir, p. ex., expertise psychiatrique du 21 avril 2013, p. 19). 3.2.4. En réalité, tant pour le Dr K. _____ (avis des 13 mars et 13 avril 2017) que pour les autres médecins qui se sont prononcés, la Cour retient que, par rapport à la situation connue en 2014, seule l'affection psychiatrique était susceptible d'avoir un effet sur la capacité de travail du recourant. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions du médecin du SMR du 10 mai 2017, auxquelles on peut renvoyer pour le surplus, selon

lesquelles il n'existe, sur le plan somatique, aucun fait nouveau de nature à modifier le degré d'invalidité du recourant. 3.3. 3.3.1. D'un point de vue psychiatrique, la Dresse G._____ a, dans son rapport du 21 avril 2013 (et ses compléments du 24 septembre 2013 et du 16 avril 2014), retenu que la capacité de travail du recourant n'était pas altérée (sous réserve d'un déconditionnement); l'assuré avait en particulier tendance à exagérer certaines attitudes démonstratives afin d'orienter l'entretien et de susciter de la sympathie; par moment, son rythme et son expression étaient devenus considérablement plus lents (bouche tombante, regard dans le vague, attitude hébétée) mais lorsque son attention était distraite et qu'il était emporté dans son récit, son attitude corporelle devenait vive, les mémoires lui revenaient et son débit verbal était tout à fait fluide et cohérent; sur des sujets auxquels il affirmait initialement ne rien se rappeler, il pouvait alors donner de nombreux détails (expertise psychiatrique, p. 21 et p. 27); en dépit de ses plaintes appuyées, l'assuré n'avait de plus pas jugé utile de suivre le traitement médicalement prescrit, ainsi que le démontrait le résultat du monitoring, et avait demandé à son médecin traitant d'attester – rétrospectivement – des gastroentérites pour justifier l'arrêt de son traitement que le monitoring allait révéler (expertise psychiatrique, p. 27). En 2014, le recourant présentait dès lors, selon les conclusions de la Dresse G._____ sur lesquelles l'Office AI s'était fondées, des difficultés liées à l'emploi et au chômage et une majoration de plaintes physiques pour des raisons psychologiques (depuis début 2006 environ), respectivement une production intentionnelle ou une simulation de symptômes ou d'incapacités (depuis début 2006). 3.3.2. Dans son recours, le recourant fait tout d'abord valoir le résultat de l'évaluation de ses aptitudes intellectuelles du 24 mars 2017 («retard mental moyen», avec un quotient intellectuel [QI] total de 47). A ce propos, on rappellera qu'un QI inférieur à 70 peut éventuellement avoir des effets négatifs sur la capacité de gain (arrêt TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2). Dans cette hypothèse, il s'agirait cependant d'un motif de révision, car cela signifierait que l'appréciation de la Dresse G._____ reposait sur l'ignorance de circonstances essentielles (arrêt TF I 642/04 du 6 décembre 2005 consid. 3.2). Conformément à l'art. 67 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 55 al. 1 LPG, la demande de révision devait dès lors être adressée par écrit à l'Office AI

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 dans les 90 jours qui ont suivi la découverte du motif de révision (ATF 143 V 105 consid. 2). Cela n'a pas été le cas. Quoiqu'il en soit, en présence d'un assuré qui n'a pas été scolarisé en Suisse, l'interprétation des résultats de l'échelle d'intelligence pour adultes selon Wechsler (WAIS-IV) a nécessairement prévalu sur leur lecture strictement psychométrique. Il y avait dès lors une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes quant à la personne soumise à l'examen sont essentielles. Or, comme le fait valoir en substance l'institution de prévoyance dans sa prise de position du 19 juin 2018, le résultat de cette évaluation, par sa faiblesse (QI total de 47), est surprenant. A ce propos, on rappellera que le recourant a fait l'objet de quatre expertises psychiatriques et qu'aucun médecin psychiatre ne s'est interrogé sur un éventuel retard mental. Ils ont au contraire relevé par exemple que: le recourant ne présentait aucun trouble intellectuel patent, avec une scolarisation jusqu'au «lycée» (avis du médecin-chef du service psychosomatique de la CRR du 8 avril 2003), qu'il se décrivait comme un bon élève, sans n'avoir jamais rencontré de difficultés scolaires, qu'il avait fourni «une qualité de travail très haute» dans son activité habituelle, qu'il suivait une formation afin d'obtenir un permis de chauffeur de poids lourd, que l'intelligence sur la base de l'entretien clinique se situait dans la norme (avis des Dr C._____ et Dresse D._____ du 16 avril 2004, p. 2, 6 et 9), que selon les anamnèses et l'examen clinique sommaire, le fonds intellectuel se

situait dans les normes, compte tenu de l'âge et du niveau socio-culturel (avec du Dr E. _____ du 31 octobre 2005, p. 7), ou, encore, qu'il avait produit intentionnellement ou simulé des symptômes et des incapacités physiques ou psychiques depuis 2006 (avis de la Dresse G. _____ du 21 avril 2013, p. 24). On ajoutera que les responsables d'un stage d'évaluation, mis en place du 30 août au 17 septembre 2004 par l'Office AI, avaient également spontanément relevé que le résultat d'un test de raisonnement général («très en dessous de la moyenne par rapport à une population ouvrière de son âge») devait être nuancé par le fait que le recourant, pris par ses douleurs lors de la passation des tests, n'avait peut-être pas donné le meilleur de lui-même (rapport du 1er octobre 2004, p. 3 ch. 3.3). Par suite, on pouvait s'attendre d'une part à ce que les psychologues qui ont mis en œuvre l'évaluation du 24 mars 2017 s'interrogent plus avant sur la faiblesse des résultats obtenus, surtout qu'ils ont relevé que l'assuré renonçait «assez rapidement aux tâches qui sembl[aient] lui demander beaucoup d'efforts et qu'il décri[vait] comme difficiles», et d'autre part que les psychiatres traitants, notamment les Dr I. _____ et Dr J. _____ (avis du 20 octobre 2017), renouvelent l'évaluation avant d'en exploiter les résultats. Dans ces conditions, on ne saurait exclure que des éléments subjectifs liés au comportement de l'intéressé aient influencé le résultat de l'évaluation. En l'état, l'étendue de cette influence peut demeurer indéterminée pour les motifs qui suivent. 3.3.3. En se fondant sur l'avis des Dr I. _____ et Dr J. _____ (du 27 septembre 2016 et du

E. 25

juillet 2016), que les traitements ambulatoires psychothérapeutiques et pharmacologiques de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 même que le séjour en clinique de réadaptation psychosomatique n'avaient pas permis d'atténuer significativement ces troubles (avis des Dr I. _____ et Dr J. _____ du 27 septembre 2016, ainsi que l'avis du Dr J. _____ du 25 avril 2017) et qu'il avait dû être hospitalisé à la clinique H. _____ en raison d'une exacerbation de la symptomatologie dépressive depuis mai 2016 (associée à une composante de paniques et d'algies; avis de la Dresse L. _____ du 28 mars 2017 et du 20 avril 2017). Par rapport à la situation connue précédemment, au moment de la décision de l'Office AI du 4 juin 2014, le recourant présente dès lors a priori une aggravation de son état de santé sur le plan psychique. Dans son rapport du 21 avril 2013, la Dresse G. _____ avait en effet indiqué qu'elle ne pouvait «valider ici la présence d'un état dépressif, mais [avait retenu] un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée entre janvier 2003 et fin 2005» (expertise psychiatrique, p. 28). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'Office AI n'a pas refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En tant que le médecin du SMR a considéré qu'un tel épisode dépressif moyen ne constituait pas une comorbidité grave parce qu'il était réactionnel à un trouble somatoforme douloureux, il ne saurait en revanche être suivi. Outre que cette affirmation n'est pas conforme à la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), la Dresse G. _____ n'a confirmé le syndrome douloureux somatoforme persistant que pour la période d'avril 2003 à fin 2005 (expertise psychiatrique, p. 28). Selon les faits constatés par l'Office AI dans sa décision du 4 juin 2014, le recourant présentait ainsi des difficultés sur le plan psychique liées à l'emploi et au chômage et une majoration de plaintes physiques pour des raisons psychologiques (depuis début 2006 environ), respectivement une production intentionnelle ou une simulation de symptômes ou d'incapacités (depuis début 2006). On ne saisit dès lors pas en quoi l'exacerbation d'un

épisode dépressif, suffisamment grave pour entraîner deux hospitalisations dans un établissement psychiatrique, ne serait pas un élément nouveau, susceptible d'influencer le degré d'invalidité du recourant. En tant que l'Office AI se limite à renvoyer dans sa réponse à l'avis du SMR, il n'apporte en tout état de cause aucun élément infirmant cette conclusion. Il n'appartient enfin pas à la Cour d'examiner, en l'absence de l'avis préalable d'un psychiatre indépendant, si le recourant produit intentionnellement ou simule cet épisode dépressif, respectivement s'il présente une nouvelle majoration de ses plaintes pour des raisons psychologiques. 4. À la lumière des éléments qui précèdent, l'autorité intimée ne pouvait considérer, sans procéder à des éclaircissements complémentaires, que le recourant ne présentait pas une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. Partant, le recours doit être admis, la décision du 11 octobre 2017 annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction qui s'imposent sur le plan psychiatrique, puis rende une nouvelle décision. A moins qu'un tel examen n'apparaisse concrètement pas nécessaire ou ne convienne pas (ATF 143 V 409 consid. 4.5), elle veillera en particulier à la mise en place d'une évaluation psychiatrique conforme à la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 5. 5.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais de CHF 400.- sera restituée au recourant après l'entrée en force du présent arrêt. 5.2. Le renvoi de la cause vaut gain de cause total s'agissant de l'octroi des dépens (ATF 133 V 450 consid. 13; 132 V 215 consid. 6.1). Partant, le recourant a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA. Le mandataire du recourant a produit une note de frais exposant chacune des opérations effectuées (du 20 octobre 2017 au 29 juin 2018) et précisant le temps requis. La note de frais totalise CHF 2'974.70 (CHF 2'624.80 d'honoraires au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 131.20 de frais [5 % du total] et CHF 218.70 de TVA). L'activité déployée apparaît adaptée à la difficulté du cas. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 11 octobre 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais de CHF 400.-, effectuée le 21 décembre 2017 par le recourant, lui est restituée. III. L'indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'974.70 (TVA et débours compris) et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 18 février 2019/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :