



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**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

605 2018 133
605 2018 134

Arrêt du 17 avril 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffier-stagiaire : Frederico Respini

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Sébastien Dorthe,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – nouvelle demande – aggravation de l'état de
santé

Recours du 8 mai 2018 contre la décision du 29 mars 2018

Requête d'assistance judiciaire

considérant en fait

A. A. _____, né en 1948, marié, père de quatre enfants, domicilié dans le canton de Fribourg, a été victime d'un accident de la circulation le 12 mai 1996 au cours duquel il a perdu une oreille et qui a notamment déclenché chez lui un stress post-traumatique, ainsi que des maux de tête et des vertiges.

Il n'a pas repris son emploi de sommelier mais a été pris en charge par les services sociaux.

Il s'est annoncé auprès de l'assurance-invalidité et été mis au bénéfice, le 29 juin 1998, d'une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50%, puis d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 75%.

La rente entière a par la suite été confirmée au terme de procédures en révision d'office entreprises au début des années 2000 et dans le cadre desquelles des investigations, tant professionnelles que médicales, ont été menées.

A côté de cela, son assurance-accidents lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité par décision du 6 septembre 2001, mais a considéré dans le même temps qu'il ne pouvait prétendre à aucune rente car il n'était pas invalide.

B. A l'issue d'une nouvelle procédure en révision introduite en 2004, au cours de laquelle l'assuré a suivi un stage de réentraînement au travail puis a été soumis à une expertise psychiatrique, l'OAI a décidé le 10 octobre 2007 de supprimer la rente entière, considérant que son assuré n'était plus atteint dans sa santé mais que, aux dires de l'expert psychiatre, il continuait à entretenir un état psychique par le biais d'une simulation.

A. _____ a alors saisi la Cour de céans d'un recours le 9 novembre 2007.

Celui-ci fut rejeté le 9 avril 2010 (5S 2007 459).

C. L'assuré a déposé deux « nouvelles » demandes de rente, le 3 janvier 2011, puis le 9 novembre 2012.

A chaque fois, l'OAI a refusé d'entrer en matière, par décision du 28 février 2011 et du 18 mars 2013.

D. A. _____ a interjeté recours contre la dernière décision de refus d'entrer en matière le 8 avril 2013, indiquant que son état de santé s'était fortement péjoré sur un plan psychique et qu'il devait régulièrement séjourner en hôpital psychiatrique.

E. Son recours a été rejeté par arrêt de la Cour de céans le 22 décembre 2014 (605 2013 66).

La Cour estimait en effet que l'assuré n'avait pas apporté la preuve de l'évolution de son état de santé au plan psychique, dans le sens de ses allégués, relevant notamment l'absence de tout suivi psychiatrique sérieux sur le long terme.

De nouveaux rapports ayant été produits en cours de procédure, trois mois après le dépôt du recours, la Cour a estimé que ceux-ci feraient, cas échéant, l'objet d'une éventuelle expertise psychiatrique à charge de l'OAI, l'assuré ayant déjà déposé une troisième « nouvelle » demande en juillet 2013.

F. Ce dernier office a ainsi mené de nouvelles instructions à partir de l'année 2015, ordonnant une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique, sur la base de laquelle il a encore nié le droit à la rente de son assuré, par décision du 29 mars 2018.

G. Représenté par Me Sébastien Dorthe, A._____ conteste cette dernière décision, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} janvier 2014, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. Il soutient essentiellement que ce dernier office a fait preuve d'arbitraire en ne prenant pas en compte l'avis du nouvel expert psychiatre qui avait été mandaté et qui parvenait à la conclusion d'une aggravation de l'état de santé psychique avec une incapacité de travail estimée désormais à 40%. Il reproche à l'OAI de n'avoir tenu compte que des seules observations de la neurologue, relevant à cet égard en outre une violation de son droit d'être entendu, induite par l'absence de motivation de la décision. Implicitement, il demande la mise sur pied d'un complément d'instruction.

Ayant requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, aucune avance de frais ne lui a été demandée.

Dans ses observations, l'OAI propose le rejet du recours, indiquant s'être écarté des conclusions de l'expert psychiatre au vu de la présence de facteurs extra-médicaux, pourtant relevés par ce dernier.

A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions, le recourant se plaignant de ce que l'OAI ne se référait qu'aux anciens rapports médicaux figurant au dossier, suggérant un certain parti pris.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve.

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 au demeurant dûment représenté, le recours est recevable.

2.

Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale 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.

Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

2.1. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas non plus, à eux seuls, des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose dès lors la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification

reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit précisément tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

2.2. Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cependant abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5).

3.1. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b).

3.2. Dans le cadre d'une nouvelle demande après refus (régie sous l'angle de l'art. 87 al. 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]), comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3).

4.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

4.1. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées.

4.2. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008; 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1^{er} avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

5.

Dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, est en l'espèce litigieux le droit à la rente.

Le recourant indique que son état de santé psychique s'est aggravé, se référant aux conclusions du dernier expert psychiatre.

Pour l'OAI, ce n'est pas le cas, les éléments extra-médicaux sont prépondérants et les conclusions de l'expert psychiatre, qui ne vont pas dans le sens de sa consœur psycho-neurologue, ne peuvent être suivies.

Qu'en est-il ?

6.

Parcours de l'assuré, précédents arrêts de la Cour de céans

La Cour de céans a eu à traiter du cas du recourant à deux reprises et a rendu deux jugements concernant cette affaire, le premier le 9 avril 2010 (5S 2007 459), le second le 22 décembre 2014 (605 2013 66).

Il ressort en substance du premier de ces deux jugements que le recourant, sommelier, avait à l'époque été victime d'un accident de la circulation survenu en 1996, au cours duquel il avait perdu une oreille et à la suite de quoi il avait développé un état de stress post-traumatique, ainsi que des maux de têtes et des vertiges. Ce contexte avait encore été marqué par une évolution dépressive, péjorée après quelques mois, ce qui lui avait au final donné le droit à une demi-rente dès le 1^{er} mai 1997, puis à une rente entière dès le 1^{er} avril 1998.

A partir de l'année 2007 toutefois, son état de santé s'était amélioré : les trois experts s'étant penchés sur son cas étaient en effet parvenus à la conclusion unanime qu'il n'était plus atteint, ni d'une dépression, ni même d'un état de stress post-traumatique, lequel aurait d'ailleurs été incompatible avec la perte de connaissance alléguée, survenue au cours de l'accident. En présence d'autres incohérences, jugées nombreuses, l'un des experts psychiatres avait même évoqué un cas de simulation, l'autre relevant à tout le moins un caractère revendicateur, estimant qu'il avait développé une « névrose de rente » dans le cadre de ses démêlés avec les assurances. La consommation médicamenteuse était par ailleurs jugée inefficace.

L'avis du psychiatre traitant de l'époque n'avait par conséquent pas été suivi.

Certes, l'expert qui avait évoqué une simulation était le directeur de la clinique B. _____ dont les méthodes ont par la suite été vivement critiquées, y compris par le Tribunal fédéral, au point que ses rapports seront même systématiquement déclarés non probants. Pour autant, l'ensemble des observations effectuées alors par le psychiatre en question allait dans le droit sens, non seulement des conclusions des autres experts, mais également des faits figurant au dossier et relevés par la Cour de céans : l'expertise s'avérait ainsi « *corroborée par de nombreux indices* » (5S 2007 459, p. 13) et notamment par l'attitude vindicative du recourant lors de stages professionnels ou son manque de collaboration vis-à-vis du corps médical, qui l'amenait à présenter les faits sous un jour plus favorable pour lui, en laissant par exemple entendre qu'il avait perdu son emploi suite à son accident alors qu'il avait déjà été licencié de son poste quelques semaines plus tôt.

La Cour de céans avait eu plus tard l'occasion, dans son second jugement, de relever que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé, à tout le moins pas jusqu'en été 2013, date à laquelle il avait déposé une nouvelle demande de rente, ceci alors même qu'une décision de refus venait de lui être notifiée au printemps et qu'il avait interjeté recours. D'une part, les trois rapports médicaux nouvellement produits étaient datés d'après ledit recours, d'autre part, ils faisaient apparaître un contexte psycho-social et des faits de violence perpétrés par le recourant contre son épouse ne sachant constituer une atteinte invalidante au sens de la loi, la problématique demeurant globalement inchangée, ce dernier continuant à se prévaloir des séquelles, selon lui totalement incapacitantes, de son accident survenu en 1996. A côté de cela, la preuve d'un suivi psychiatrique sérieux, sur le long terme, n'était pas non plus établie.

Rejetant le recours, la Cour laissait tout de même soin à l'OAI d'envisager l'opportunité de mettre sur pied une nouvelle expertise dans le cadre de l'instruction de cette « nouvelle » demande.

7.

Instruction depuis juillet 2013

Datée du 25 juillet 2013, la demande en question mentionne toujours la même atteinte, à savoir un état post-traumatique en lien avec l'accident de voiture survenu en 1996, ainsi qu'une dépression (dossier AI, pièce 131).

7.1. Comme l'avait indiqué la Cour dans son dernier arrêt, trois rapports médicaux figurent au dossier à partir de cette période.

Dans l'un d'entre eux, le Dr C. _____, qui suit le recourant depuis la retraite du précédent psychiatre traitant à la fin de l'année 2012, revenait plus en détail sur la prise en charge psychiatrique récente, avec, selon lui, une aggravation en 2012 : *« Il souffre des séquelles d'un traumatisme subie lors de l'accident de voiture en 1996; modification durable de la personnalité après un traumatisme majeur (F62.0 selon CIM-10) et d'une trouble dépressif récurrent (F33.2 selon CIM-10) avec rechute grave en septembre 2012, nécessitant son hospitalisation au CS H de Marsens du 14.09.2012 au 05.10.2012 suivi d'un longue pris en charge a la Clinique du Jour du Sud à Marsens (du 08.10.2012 au 18.04.2013, cf. les rapports médicaux ci-joints). Après sa sortie de la clinique de jour il a repris son suivi psychiatrique et psychothérapeutique à ma consultation »* (rapport du 24 juin 2013, dossier AI pièce 125).

Pour autant, la problématique semblait n'avoir pas tellement évolué depuis les années, ceci malgré le traitement, le pronostic demeurant réservé, le recourant développant désormais aussi des tendances compulsives : *« Je constate la persistance et la cristallisation de ses symptômes (souffrance) de registre post-traumatiques et sa souffrance dépressive. Il présente aussi des troubles de ses habitudes et de ses impulsions comme achats compulsifs, contrôle, ordre et propreté accompagné d'une agressivité envers les autres, notamment envers sa famille ». Il bénéficie d'un traitement antidépresseur de Sertraline et neuroleptique de Seroquel et d'une approche psychothérapeutique mais son état n'évolue guère. Vu la chronicité de ses affections psychiques le pronostic est réservé »* (pièce précitée).

Le recourant avait séjourné en hôpital psychiatrique du 14 septembre 2012 au 5 octobre 2012 (cf. rapport du 7 janvier 2013, dossier AI, pièce 125).

Il s'agissait apparemment de la quatrième hospitalisation. Le recourant indiquait avoir ouvert un restaurant mais l'accident et les problèmes de santé auraient provoqué l'échec de l'entreprise, mal vécu, et tout cela aurait eu des répercussions sur l'équilibre familial : *« Il a un sentiment de dévalorisation et devient irritable, en considérant qu'il est devenu une charge, un poids pour sa famille. Il évoque également ses troubles de sommeil avec somnolence diurne; en tenant compte de la problématique familiale avec tensions psychiques, agressivité verbale et physique »* (rapport précité).

La prise en charge en milieu fermé aurait été bénéfique, avec l'intérêt marqué du recourant pour des activités artistiques : *« L'évolution est lentement favorable avec amélioration de la thymie, nette diminution des angoisses et des idées suicidaires. Par la suite, il bénéficie de congés en famille pendant l'hospitalisation, au cours desquels il reprend progressivement contact avec sa famille et son épouse, avec nette amélioration de la thymie, diminution des angoisses, disparition des idées noires et absence de projet suicidaire. Les épisodes d'agressivité n'ont pas été relatés par son épouse lors de l'entretien de couple, bien que cette dernière signale cependant qu'il est arrivé au patient de se mettre en retrait, parfois seul dans sa chambre. Le patient a pu bénéficier et apprécier les séances d'art-thérapie et de thérapie du mouvement pendant l'hospitalisation »* (rapport précité).

La problématique semblait également s'inscrire dans le contexte de la perte des prestations d'assurance : *« Par ailleurs, une démarche sociale avec l'assistante sociale sera entreprise pour envisager qu'il puisse à nouveau bénéficier des prestations AI qui ont été supprimées depuis 2009. En effet, selon l'assistante sociale, suite à cette suppression des prestations AI, le patient a fait*

une décompensation psychique et, se retrouvant actuellement sans occupation, cette situation n'a fait que péjorer son état psychique » (rapport précité).

A la sortie, c'est apparemment la clinique de jour de l'hôpital qui a continué à assurer un suivi régulier de l'assuré jusqu'au 18 avril 2013, au cours duquel on a eu l'occasion de relever qu'il était atteint de trouble obsessionnels compulsif (TOC) et qu'il s'adonnait à des achats compulsifs. Les violences exercées sur la personne de son épouse auraient également repris : « *Durant son séjour, il a relaté plusieurs épisodes de la violence vis-à-vis de sa femme. Le patient regrette son impulsivité et un entretien entre le Dr D. _____ et sa femme a été organisé, durant lequel Mme a verbalisé qu'elle ne pardonnera pas une nouvelle agression. A plusieurs reprises, le patient a verbalisé des idées suicidaires autour des difficultés de famille, il imaginait qu'en cas de rupture il puisse tuer ses enfants et par la suite se suicider. Ces propos inquiétants ont été discutés en entretien individuel et avec les cadres. Le danger n'étant pas imminent mais plutôt des menaces, des hospitalisations n'ont pas été nécessaires. Toutefois des clarifications à ce sujet ont été nécessaires afin de diminuer le potentiel de mise en otage de la famille et d'imaginer d'autres moyens d'éviter la rupture ou, à son défaut, le passage à l'acte en cas de rupture. Nous recommandons de poursuivre ce travail en ambulatoire* » (rapport du 13 mai 2013, dossier AI, pièce 125).

L'intérêt pour les activités de peinture semblait, cela étant, perdurer : « *La recherche d'un atelier dans lequel le patient pourrait faire de la peinture et qui lui permettrait de prendre distance de sa famille l'a beaucoup motivé et, en fin de séjour, il a trouvé un atelier. Il se disait très satisfait de cette option pour pouvoir faire son art et s'éloigner quelque peu de sa famille lorsqu'il est trop tendu* » (rapport précité).

La question de la demande de rente a une nouvelle fois été abordée : « *Un entretien de réseau avec l'assistante sociale a été effectué, où il a été convenu de demander une nouvelle évaluation AI pour une éventuelle rente. Malheureusement notre réponse n'a pas pu être renvoyée dans les délais et l'AI a décidé de refuser ladite réévaluation* » (rapport précité).

Pour autant, aucune incapacité de travail à terme n'était réellement attestée par les spécialistes de l'hôpital, qui renaient au demeurant toujours le même type de diagnostic, à savoir, en premier lieu, un « *épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques* », ainsi qu'une « *modification durable de la personnalité après un traumatisme majeur* » (rapport précité).

On relevait encore, à côté de « *troubles organiques de la personnalité* » et d' « *autres troubles des habitudes et des impulsions (achats compulsifs)* », une « *suspicion d'éléments dissociatifs* » (rapport précité).

Dans un rapport du 19 août 2013, le SMR estimait en substance que la problématique demeurait essentiellement liée à la procédure administrative qui ne faisait pas droit à ses demandes. Il faisait par ailleurs remarquer que la motivation montrée dans le cadre des ateliers de peintures allait à l'encontre du diagnostic retenu d'épisode dépressif grave (dossier AI, pièce 134).

7.2. Après le dernier jugement rendu par la Cour de céans, l'OAI a donc par la suite été amené à compléter son dossier.

Dans un questionnaire de révision du cas rempli au mois de juin 2015, le recourant confirmait avoir été victime d'une rechute sévère de son état dépressif à partir du mois de septembre 2012 (dossier AI, pièce 145).

7.2.1. Le réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) indiquait toutefois n'avoir plus eu de nouvelles de lui depuis l'année 2013, précisant même que « *personne ne le connaît* » (dossier AI, pièce 146).

7.2.2. Le médecin de famille, le Dr E. _____, relevait pour sa part qu'il ne voyait son patient que de manière très sporadique depuis 2007, pour « *renouveler ses médicaments antalgiques* ». Il précisait que la problématique était « *avant tout psychique avec répercussion sur les troubles et somatisations (cervicalgies, céphalées, acouphènes)* » (rapport du 3 juillet 2015, dossier AI, pièce 148).

Il précisait tout de même : « *Le patient n'a aucune capacité pour des travaux répétitifs, dans des positions fixes ou des ports de charge. Avant tout, il est limité d'un point de vue psychique avec hospitalisations itératives, mais desquelles je ne me suis pas occupé* » (rapport précité).

Il avait aussi eu l'occasion de mentionner l'aggravation des problèmes d'acouphènes au mois de janvier 2015 (rapport du 8 janvier 2015, dossier AI, pièce 148).

7.2.3. Au mois de mai 2015, le recourant avait également été opéré pour une maladie de Peyronie, une atteinte traitée par son urologue lequel ne signalait cependant aucune incapacité de travail après cela (dossier AI, pièce 150).

7.2.4. Au début de l'année 2016, le psychiatre traitant réitérait peu ou prou les propos tenus en 2013.

Il laissait entendre que les problèmes restaient en lien avec l'accident survenu 20 ans plus tôt : « *Après sa sortie de la clinique de jour il a repris son suivi psychiatrique et psychothérapeutique à ma consultation. Il se présente régulièrement en entretien à raison de 1 fois toutes les 3 à 4 semaines. Il a bénéficié d'une psychothérapie psychodynamique et de traitement médicamenteux de Sertraline 200mg/j et de Seroquel XR 100mg/j. Malgré cette prise en charge longue et jugée optimale, je constate la persistance et la cristallisation de ses symptômes (souffrance) de registre post-traumatiques et sa souffrance dépressive. Le patient se plaint de façon récurrente des flash-back : entend la voix de son ami qui était le conducteur de véhicule lors de l'accident et qui est décédé plus tard, l'impression qu'il est suivi par des autres, présente des réactions en sursaut et est dans un état de hyper-vigilance et hypo-ténacité permanente. Il mène une vie de solitaire par besoin de sécurité car il entre facilement en conflit avec l'autrui* » (rapport du 27 janvier 2016, dossier AI, pièce 159).

Les tendances à la compulsion étaient toujours présentes.

La seule aggravation réelle semblait être la péjoration des capacités cognitives : « *Dernièrement le patient présente un déclin cognitif inquiétant, raison pour laquelle de investigations spécialisées : IRM cérébrale, bilan neuropsychologique etc. sont en cours* » (rapport précité).

8.

Expertise bi-disciplinaire

L'OAI a dès lors décidé de soumettre l'assuré à une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et neuropsychologique.

8.1. *Au plan neuropsychologique*, la Dresse F. _____ est parvenue à la conclusion qu'il n'y avait aucune perte cognitive et n'a dès lors attesté aucune aggravation de l'état de santé du recourant.

Elle a certes bien dans un premier temps fidèlement pris acte de ses plaintes, encore et toujours en lien avec l'accident : *« il rapporte d'importantes modifications cognitivo-comportementales depuis son accident. Avant celui-ci, il avait selon lui une très bonne mémoire qui lui permettait de prendre les commandes de quatre tables sans rien noter à l'époque qu'il avait son propre restaurant et de connaître par cœur plus de 300 numéros de téléphone alors qu'à présent il n'arrive même plus à enregistrer les numéros de sa femme et de ses filles; il nie à ce propos un changement lié au mode de vie de la société en lien avec l'évolution des technologies. C'est désormais « la catastrophe » pour se souvenir des rendez-vous, ceci dit il ne s'appuie pas sur la fonction proactive de son smartphone (utilisation de la sonnerie pour rappeler une information) ni sur son agenda. Il pense être incapable d'apprendre à utiliser adéquatement son téléphone tout en signalant qu'il l'oublie parfois soit à la maison soit dans sa voiture. Il rapporte aussi l'apparition d'importantes difficultés de concentration qui constituent subjectivement « le plus grand problème » : après 15-30 minutes ça lâche tout et ces difficultés s'accroissent avec les années. Il note aussi une fatigue chaque fois « qu'il se donne beaucoup » et des céphalées consécutives à l'importante prise de médicaments. Il relève par ailleurs des angoisses liées à l'accident qui ne s'estompent pas au fil des années, une dépression, une impulsivité et une agressivité verbale, voire physique à certaines périodes »* (expertise neuropsychologique du 10 juillet 2016, dossier AI, pièce 176, p. 828).

Mais pour finir par conclure qu'il n'existait aucune étiologie organique : *« Ni la lecture du dossier ni la nature des difficultés cognitives observées suggère une étiologie organique. Malgré cela, Monsieur se plaint d'importants changements depuis l'accident qui sont difficilement explicables en l'absence de lésions cérébrales visibles. Ainsi, il n'arrive plus à résoudre des calculs simples alors qu'il était, selon ses dires, très fort en mathématique auparavant. Les performances observées montrent des réponses et des performances atypiques à plusieurs reprises et une faible concordance entre les résultats aux tests et les capacités dans la vie quotidienne - il montre p.ex. des difficultés majeures aux tests attentionnels élémentaires mais conduit son véhicule de manière sécuritaire -. Aux tests de validations de symptômes, les performances sont de plus légèrement inférieures à celles attendues, de pair avec l'impression clinique »* (expertise neuropsychologique, dossier AI, pièce 176, p. 830).

L'on reviendra plus loin sur certaines des incohérences relevées par la spécialiste (pt. 9).

8.2. Au plan psychiatrique, le Dr G. _____, a pour sa part retenu une incapacité de travail partielle, liée plus particulièrement au trouble de la personnalité, qu'il a jugé assez grave : *« Il est assez rare qu'un trouble de personnalité puisse avoir valeur incapacitante en soi. C'est exceptionnellement le cas lors de troubles sévères où quasiment tous les critères spécifiques sont réunis. Dans le cas présent, le trouble de personnalité de l'intéressé est devenu grave. Il fonde des situations de crise et des hospitalisations en milieu psychiatrique. Il génère essentiellement des problèmes de comportement. L'assuré se montre difficile avec les autres. Il est impulsif. Il peut être violent. Dans une activité à plein temps, on peut admettre qu'il ne serait que difficilement supportable dans le premier marché du travail »* (expertise psychiatrique du 30 août 2016, dossier AI, pièce 173, p. 793).

Cette incapacité partielle, estimée à 40%, résulterait d'une aggravation de l'état de santé que l'expert a daté, au demeurant *« difficilement »*, à la moitié de l'année 2015 : *« En raison des limitations liées aux troubles psychiatriques stricto sensu et au trouble de personnalité en particulier, le soussigné admet une incapacité de travail psychiatrique de 40%. Il admet une aggravation par rapport à l'évaluation B. _____ du 16.04.2007. Il est difficile de dater le début*

de cette aggravation. Puisqu'il faut dater, le soussigné propose de prendre comme repère le dernier rapport du médecin psychiatre traitant. Ce confrère fait remonter l'aggravation à "dernièrement", ce que le soussigné comprend comme les derniers mois précédant le rapport du 27.01.2016. Pour l'expert, ce 40% d'incapacité de travail psychiatrique remonte dès lors à mi 2015, soit au 01.07.2015. Il est vraisemblablement resté globalement constant depuis lors. Il pourrait être fixé pour une longue durée » (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 795).

A côté de cela, l'expert psychiatre a relevé qu'il existait tout de même une majoration des symptômes s'inscrivant dans le cadre d'un comportement anormal de malade: « *Sachant qu'une partie de la présentation clinique de l'intéressé va dans le sens d'une majoration de symptômes et d'un comportement anormal de malade, l'expert ne saurait admettre l'incapacité de travail entière attestée par le médecin psychiatre traitant* » (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 795).

Une lecture attentive du rapport conduit néanmoins la Cour de céans à s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre, qui ne semblent constituer qu'une appréciation différenciée de la situation, la difficulté qu'il a reconnue au moment de fixer la date de l'aggravation faisant d'ailleurs d'emblée relativiser la valeur probante de son avis sur ce point tout particulier.

8.2.1. Si l'expert psychiatre a retenu une aggravation, il indique que c'est sur la base du dernier rapport du psychiatre traitant, qui aurait lui-même évoqué une telle aggravation au cours de la première moitié de l'année 2015.

Or, comme il a été dit plus haut (pt. 7.2.4.), la seule aggravation signalée par le psychiatre traitant, au demeurant au début seulement de l'année 2016, a été l'apparition de troubles cognitifs incapacitants, mais cette piste a finalement été écartée, on vient de le voir, par la consœur de l'expert psychiatre.

Ce dernier spécialiste s'était en fait contenté d'interpréter le sens de l'adverbe « *dernièrement* » utilisé par le psychiatre traitant dans son dernier rapport (cf. pt. 8.2. ci-dessus).

Pour le reste, si l'on devait se fier aux indications du psychiatre traitant, l'état de santé du recourant serait resté plus ou moins le même entre l'année 2016 et l'année 2013, date de l'avant-dernier rapport : entre ces deux dates, le recourant ne s'était alors plus signalé auprès de l'hôpital psychiatrique, ceci en dépit des troubles de la personnalité, jugés par l'expert psychiatre suffisamment graves pour être invalidants, mais dont on imagine assez mal qu'il aient pu connaître deux ans de rémission.

A cet égard, on fera observer que l'expert psychiatre a considéré que ce trouble était devenu grave parce qu'il générerait des situations de crise et justifiait des hospitalisations en milieu psychiatrique : c'était déjà le cas bien avant le milieu de l'année 2015, ce qui donne là encore clairement à penser que la situation ne s'est pas aggravée, mais que l'expert a livré une nouvelle appréciation médicale (troubles de la personnalité partiellement invalidants) d'une situation déjà jugée à deux reprises par la Cour de céans.

L'expert admet du reste en fin de compte que ce trouble était même présent avant la survenance de l'accident (cf. expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 788).

Le nouvel appel à soins du recourant à partir de l'année 2015 pouvait bien plutôt s'expliquer par le fait, précisément, qu'un jugement venait d'être rendu à la fin de l'année 2014 et que le recourant était jusqu'alors resté dans l'attente d'être fixé sur son droit à la rente.

Les nombreuses observations des médecins qui ont fait le lien entre l'aggravation de son état de santé et la suppression de sa rente, puis l'évolution de la procédure administrative (cf. précédents jugements et pt. 7.1.) permettent à tout le moins d'envisager cette hypothèse.

Les propos du recourant rapportés par la Dresse F. _____ vont du reste clairement dans ce sens, comme on le verra (pt. 9).

8.2.2. A côté de cela, l'expert psychiatre n'a retenu aucune autre maladie psychiatrique invalidante.

Il a notamment exclu la présence d'un état dépressif sévère, par ailleurs en discordance avec les plaintes, s'écartant sur ce point des conclusions du psychiatre traitant. Il a tout au plus admis la présence d'un état dépressif léger, mais avec des doutes: « *Dans le cas présent, le soussigné considère qu'on peut admettre une fatigue anormale ainsi qu'une diminution de l'intérêt et du plaisir même si ces symptômes ne sont probablement pas très marqués. La tristesse est manifestation inconstante au vu de ce qui a été observé lors de deux consultations à quatre semaines d'intervalle. Si une diminution de l'estime de soi est possible, elle n'est pas sévère compte tenu d'un sujet qui s'affirme correctement en séance. Des idées suicidaires récurrentes sont tout au plus possibles. Celles-ci pourraient cependant être limitées aux situations de crise, dans un contexte relationnel de pression sur l'entourage. Les constatations cliniques objectives parlent contre des difficultés à penser et à se concentrer puisque rien de tel n'a été observé au cours des deux entretiens que l'expert a eus avec l'assuré. On peut admettre les troubles du sommeil. La diminution ou l'augmentation de l'appétit ne peut pas être retenue ici, puisque le poids reste stable. Si la présentation de l'expertisé est compatible avec une dépression de peu de sévérité, elle n'est pas celle d'une dépression grave. Il n'y a jamais eu de pleurs ni de larmes. L'intéressé ne se montre pas triste. Il n'est pas ralenti. Le tableau clinique objectif se pose enfin en discordance avec les plaintes de l'intéressé. Au vu de ce qui précède, le soussigné retient tout de même un épisode dépressif, même s'il y a un doute à ce sujet. Le degré de gravité de cet épisode ne peut qu'être tout au plus léger* » (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 786-787).

Aucun symptôme psychotique n'a été trouvé: « *Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels symptômes psychotiques associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés dans ce cas* » (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 787).

Le spécialiste a encore exploré d'autres pistes, niant au passage la portée invalidante des troubles obsessionnels du recourant: « *L'expert a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, trouble état de stress post-traumatique). Il n'en a pas trouvé. Le soussigné réfute un trouble obsessionnel compulsif lié aux achats inappropriés de l'intéressé. Il considère que ceux-ci ne génèrent pas un dysfonctionnement et une souffrance qui devraient faire poser un diagnostic séparé. Il assimile ce comportement aux conséquences des traits de personnalité pathologiques qu'implique le trouble mixte de personnalité. Il n'y a rien pour un problème avec les substances psychoactives et les conduites alimentaires. Il n'y a pas argument pour un trouble somatoforme. Le soussigné n'a rien observé qui validerait un trouble dissociatif, en l'état* » (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 790).

Enfin, il n'a pas non plus estimé que la névrose de rente, déjà signalée par le passé, aurait empiré au point de devenir invalidante, examinant le cas du recourant selon le modèle dit du processus d'invalidation, soulignant que le comportement anormal de malade ne constituait pas encore une maladie invalidante: « *S'il y a d'autres théorisations du processus d'invalidation, ce modèle garde*

encore aujourd'hui toute sa pertinence. Il colle parfaitement à l'histoire de l'assuré en cause. En mai 1996, Monsieur venait de se faire licencié. Il s'engageait dans sa propre affaire, ce qui a pu constituer un facteur de stress important. Sa famille devait le rejoindre en Suisse ce qui ne pouvait que modifier ses habitudes et apporter des changements marqués dans l'homéostasie familiale. L'accident du 12.05.1996 a été le point de départ d'un processus d'invalidation qui relève bien davantage d'un comportement anormal de malade que d'une maladie psychiatrique stricto sensu » (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 790).

8.2.3. L'expert psychiatre a en revanche fini par signaler des incohérences et des affirmations inexacts de la part du recourant, qui ne font que confirmer ce qui avait été déjà jugé par la Cour de céans et qui tendent à démontrer que l'on se trouve bien dans le cas d'une situation figée depuis très longtemps, rendant l'hypothèse d'une aggravation objective récente encore moins plausible : *« Dans la mesure où l'on retient les deux diagnostics précités et rien de plus, on peut affirmer que Monsieur offre un tableau clinique qui pourrait être considéré comme cohérent. Il y a pourtant des atypies. L'expertisé majeure manifestement ses plaintes. Il n'est de loin pas constamment authentique. Il a donné des informations inexacts, en particulier sur son observance du traitement médicamenteux. Il présente un tableau d'atteinte cérébro-organique incohérent et qui ne résiste pas à l'évaluation critique. Il y a une grande discordance entre ses plaintes du registre dépressif et sa présentation clinique objective »* (expertise psychiatrique, dossier AI, pièce 173, p. 790).

Le manque de sérieux dans le suivi médicamenteux et la propension à livrer des informations inexacts, ce sont en effet là des éléments déjà remarqués à l'époque par les juges de la Cour.

9.

C'est ainsi encore et toujours la suppression de sa rente que le recourant paraît remettre en cause.

Cela ressort clairement des propos qu'il a tenus devant l'experte en neuropsychologie, alors qu'il ne signalait aucune aggravation récente de son état de santé, mais continuait à rester fixé sur son accident et les séquelles de celui-ci, critiquant les expertises validées à l'époque par la Cour : *« Rentier AI durant quasi 14 ans, il ne comprendrait pas qu'on remette en discussion sa capacité versus incapacité de travail et évoque une souffrance du fait qu'on puisse penser qu'il ment alors que ses problèmes de santé sont à son avis très importants. En se référant à l'expertise antérieure, il dit qu'elle a été effectuée par des jeunes inexpérimentés qui ont rapporté de nombreuses informations erronées dans leur rapport »* (expertise neuropsychologique, dossier AI, pièce 176, p. 828).

Les facteurs extra-médicaux mentionnés à l'époque sont également toujours présents, prenant source dans le milieu familial.

Il est intéressant d'à nouveau se référer sur ce dernier point aux indications qu'il a confiées à l'experte en neuropsychologie, lesquelles font état, non seulement de difficultés familiales et financières, mais suggèrent dans le même temps qu'il reste capable de faire preuve d'une énergie a priori peu compatible avec un état dépressif sévère : *« Le couple connaît d'importantes tensions, sa femme ayant évoqué le souhait de divorcer. En raison de ses problèmes, il s'éloigne de son domicile pour éviter de maltraiter ses proches. Alors, soit il fait des tours en voiture soit il se réfugie dans son atelier, où il se consacre à la peinture (activité débutée sur conseil de l'équipe de l'Hôpital psychiatrique) ou où il se repose sur son canapé en regardant la télévision (y s'allonge en moyenne entre 3 et 5 heures par jour, sans s'endormir). A noter que cet espace serait très rempli*

d'objets inutiles. En effet, l'assuré dit ne pas arriver à s'empêcher de se rendre dans les magasins bon marché ou de deuxième main pour y faire toute sorte d'affaire, en mettant la famille en péril alors qu'ils connaissent une situation financière précaire (budget familial géré par l'épouse au vu des problèmes de son mari). Il évoque un problème de contrôle qui l'empêche p.ex. de travailler ou de pratiquer un sport du fait que depuis l'accident il continue les activités, incapable de s'arrêter, jusqu'à l'épuisement » (expertise neuropsychologique, dossier AI, pièce 176, p. 828).

Les faits rapportés par lui datant des dernières hospitalisations en 2013, à la suite de quoi il n'a plus consulté pendant deux ans, on ne peut, là encore, souscrire aux conclusions de l'expert psychiatre concernant une aggravation récente, question essentiellement litigieuse en l'espèce.

10.

Le recourant s'est enfin plaint d'une violation de son droit d'être entendu, mais l'exposé du grief suggère que c'est plus sous l'angle de l'arbitraire qu'il reproche à l'autorité intimée d'avoir erronément écarté les conclusions de l'expert psychiatre.

Quoi qu'il en soit, il a pu discuter et critiquer les nombreux rapports médicaux figurant au dossier devant une autorité judiciaire disposant d'un plein pouvoir d'examen (maxime d'office), de sorte qu'un renvoi du dossier à l'autorité intimée pour ce seul grief n'aurait aucun sens.

Il y a au contraire tout lieu de craindre que le recourant, en un tel cas, ne se saisisse encore d'une nouvelle opportunité qui lui serait offerte de tenter de démontrer qu'il est totalement invalide, au risque de fausser les tests et de donner des indications fausses (cf. 8.2.3) alors que cela n'est médicalement pas établi.

11.

Il reste à statuer sur les frais et les dépens.

11.1. Le recourant a requis l'assistance judiciaire totale.

Dans la mesure où il se fondait tout de même sur des conclusions d'un expert psychiatre, finalement écartée pour les raisons qui viennent d'être exposées, l'on ne peut déclarer que son recours était d'emblée dénué de toute chance de succès.

Au vu de sa situation financière probablement précaire, il est dès lors fait droit à sa requête et Me Sébastien Dorthe est nommé défenseur d'office.

11.2. L'indemnité ainsi allouée est fixée d'office, l'avocat n'ayant déposé aucune liste détaillée alors qu'il avait pourtant été invité à la produire avec ses contre-observations (cf. courrier du 25 juin 2008).

L'on retiendra ici qu'une douzaine d'heures de travail auront été strictement nécessaires à l'accomplissement du travail d'une défense d'office, dans cette affaire qui ne présentait pas de difficulté particulière et qui avait déjà, par deux fois, été portée à la connaissance des juges de la présente Cour disposant, comme il a été dit, d'un plein pouvoir d'examen.

Ainsi, c'est une indemnité de CHF 2'160.- (12 x CHF 180.-) qui sera allouée, débours compris.

A quoi s'ajoute encore une TVA de 7,7% (CHF 166.35), pour un montant total de CHF 2'326.35.

L'indemnité est intégralement mise à la charge de l'Etat.

11.3. Le recourant ayant succombé, les frais de justice sont mis enfin à sa charge, par CHF 800.-

Au vu toutefois de l'octroi de l'assistance judiciaires, ils ne lui sont pas réclamés.

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2018 133) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire est (605 2018 134) est admise.
Me Sébastien Dorthe est désigné défenseur d'office.
- III. Une indemnité de CHF 2'326.35 (débours et TVA de CHF 166.35 compris) est allouée en mains de Me Sébastien Dorthe, défenseur d'office.
Cette indemnité est intégralement prise en charge par l'Etat.
- IV. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe.
Compte tenu de l'assistance judiciaire octroyée, ils ne lui sont toutefois pas réclamés.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 17 avril 2019 /mbo

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :