



**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 177

Arrêt du 30 avril 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffier-stagiaire : Fabien Schafer

Parties

A. _____, recourant

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – refus d'entrer en matière sur nouvelle
demande

Recours du 13 juillet 2018 contre la décision du 15 juin 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en Irak en 1961, divorcé à deux reprises, père de deux enfants, a notamment exercé le métier de fondeur de 1995 à 2001.

Il a été licencié le 27 avril 2001 pour justes motifs, des manquements à ses obligations lui étant reprochés.

Il a alors séjourné du 4 mai au 7 juin 2001 à l'Hôpital psychiatrique de Marsens où l'on a diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il y est retourné plus tard la même année, du 6 novembre au 21 novembre 2001.

Il a déposé le 30 novembre 2001 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI).

Par décision du 6 mai 2002, une rente entière lui a été octroyée, à partir du 1er mai 2002.

B. Le droit à la rente entière a été confirmé le 31 octobre 2003, puis le 30 juin 2005.

C'est durant cette période que l'assuré a entamé sa deuxième procédure de divorce, dans le cadre de laquelle sa seconde épouse et des proches ont indiqué qu'il se livrait à un trafic de voitures à destination de l'Irak et touchait de l'argent pour cela.

C. L'OAI a été formellement informé de l'existence d'un tel trafic le 13 février 2009, par le Service de la population et des migrants (SPOMI), en pleine nouvelle révision d'office de la rente entière, introduite en novembre 2006.

Une expertise psychiatrique a alors été réalisée.

Celle-ci est parvenue à la conclusion que A. _____ ne présentait plus aucun signe d'une atteinte psychiatrique invalidante.

Par décision du 14 juin 2012, l'OAI a ainsi supprimé la rente entière.

D. Saisie d'un recours le 9 août 2012 (605 2012 289), la Cour de céans l'a rejeté le 22 mai 2014, considérant en substance que l'expertise psychiatrique sur laquelle s'était fondée l'OAI pour prononcer la suppression de rente allait dans le sens des nombreux éléments extra-médicaux (difficultés professionnelles et familiales) figurant au dossier, qui laissaient apparaître que les conditions d'octroi de la rente entière n'existaient probablement plus à partir de l'année 2004 déjà, soit une époque où plusieurs témoignages concordants donnaient très clairement à penser que le recourant avait recouvré une capacité de travail dans le cadre d'activités non déclarées.

Dans un tel contexte, les conditions d'une révision-suppression étaient à tout le moins remplies.

E. Le Tribunal fédéral a à son tour confirmé cette suppression de rente le 9 décembre 2014 (9C_536/2014), validant à cet égard non seulement la teneur de l'expertise psychiatrique, mais relativisant également, comme au demeurant la Cour de céans, la portée d'une dernière hospitalisation en milieu psychiatrique en 2012, celle-ci consécutive à la décision de suppression de rente et à l'interruption du traitement médicamenteux, et ne sachant ainsi justifier une incapacité de travail à long terme.

F. L'assuré a déposé une nouvelle demande de rente le 1^{er} septembre 2016.

L'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur celle-ci le 23 mars 2017.

G. Il a encore déposé une nouvelle demande de rente le 6 avril 2018.

Par décision du 15 juin 2018, l'OAI a encore refusé d'entrer en matière, estimant que ce dernier n'avait toujours pas rendu vraisemblable la modification de son état de santé depuis le dernier refus, confirmé par deux autorités judiciaires, les nouveaux rapports produits se limitant à donner une appréciation différente d'un état de fait objectif resté pour l'essentiel inchangé.

H. Le 16 juillet 2018, A. _____ interjette recours contre cette décision de refus d'entrer en matière, concluant implicitement à son annulation et au versement d'une rente entière. Il soutient qu'il ne serait plus possible pour lui de retrouver du travail à son âge et au vu de son CV qui atteste d'une longue période d'inactivité durant laquelle il avait perçu sa rente pour des raisons psychiques, ce qui aurait pour effet de dissuader tout éventuel employeur à l'engager. A côté de cela, il indique n'avoir pas eu l'autorisation d'être chauffeur de taxi pour ces mêmes raisons psychiques et laisse ainsi entendre que cela prouve bien qu'il est invalide. Il produit plusieurs rapports médicaux.

Il a déposé une avance de frais de CHF 400.- le 6 août 2018.

Dans ses observations, l'OAI propose le rejet du recours et renvoie à sa décision.

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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord 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 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent

l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4).

Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

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).

En vertu de l'art. 87 al. 3 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de façon à influencer ses droits.

3.3. Lorsque les conditions de la révision de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

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.

Est en l'espèce litigieux le bien-fondé d'un second refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, déposée quatre ans après la suppression d'une rente entière perçue durant dix ans.

Le recourant allègue en substance que son état de santé s'est aggravé, produisant plusieurs rapports médicaux qui l'attesteraient.

L'OAI soutient en substance que tel n'est pas le cas, le recourant ayant échoué à rendre plausible toute aggravation, la situation étant restée la même qu'au moment de la suppression de la rente entière.

Qu'en est-il ?

Il s'agit de se référer au dossier, dont a déjà eu à connaître la Cour de céans.

6.

Jugement du 22 mai 2014 du TC

6.1. Dans son précédent jugement (605 2012 289, dossier AI p. 517), la Cour de céans était revenue sur le parcours de l'assuré, qui avait pour la première fois présenté des symptômes d'une importante dépression psychotique en mai 2001, dans le sillage de son licenciement, raison pour laquelle il avait été hospitalisé.

Son état physique et moral semblait notamment lié à ses récentes difficultés professionnelles.

Sa vie sociale et familiale était également affectée.

Il quitta l'hôpital au mois de juin 2001, allant mieux, mais fit une rechute à la fin de l'année, où l'on signala un « *épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques* » et il séjourna une nouvelle fois à l'hôpital au mois de novembre.

Son psychiatre traitant, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Berne, ne diagnostiquait tout d'abord pour sa part qu'une seule atteinte psychotique de type paranoïde,

mais il signalait également plus tard la présence d'une importante dépression accompagnant les phases psychotiques, un tel tableau supprimant dans les faits toute capacité de travail.

Une rente entière fut ainsi octroyée le 6 mai 2002.

Elle fut confirmée en octobre 2003 et en juin 2005.

Mais elle fut en revanche supprimée au mois de juin 2012.

6.2. Dans le cadre d'une révision d'office, il était en effet apparu en 2009 que le recourant s'adonnait au trafic de voitures et qu'il réalisait un revenu.

Une expertise fut alors confiée au Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne, qui estima en novembre 2011 qu'il n'y avait plus aucun signe d'une dépression grave, comme celle diagnostiquée au départ.

Il n'y avait plus non plus chez le recourant de traces d'anxiété, ni d'autres troubles de ce type.

Enfin, toute composante psychotique était également absente.

Pour sa part, le psychiatre traitant relevait l'instabilité émotionnelle de son patient et ses difficultés à se maîtriser, qui témoignaient selon lui de troubles dissociatifs d'une personnalité à traits paranoïdes, posant le diagnostic d'une pathologie psychiatrique totalement invalidante générant d'insurmontables problèmes en société, que cela soit dans le monde du travail ou au sein du couple.

L'expert psychiatre avait contesté un tel diagnostic qu'il considérait faussé par la relation de confiance unissant le médecin à son patient, particulièrement manipulateur. Il admettait certes que celui-ci présente des traits sociopathes, mais toutefois non invalidants.

6.3. La Cour de céans était allée dans le sens de ce dernier expert, relevant pour le surplus de nombreux éléments extra-médicaux susceptibles d'influencer le tableau : au premier rang desquels des difficultés psychosociales, notamment professionnelles (le licenciement) et familiales (le recourant avait divorcé à deux reprises et les relations avec l'une et l'autre ex-épouses étaient particulièrement tendues, la première lui disputant un droit de garde, la seconde ayant dénoncé son trafic).

Le recourant pouvait en outre faire parfois preuve d'une énergie peu compatible avec une dépression sévère.

Il présentait également des traits antisociaux, mais ceux-ci n'étaient toutefois pas invalidants.

Enfin il réalisait des activités non déclarées, ses propos à cette époque prouvant qu'il était à tout le moins actif dans le cadre d'un trafic de voitures, une telle activité ne cadrant, là encore, manifestement pas avec un statut de dépressif gravement atteint.

6.4. A son tour, le Tribunal fédéral avait confirmé la suppression de la rente, jugeant l'expertise psychiatrique probante, qu'un nouveau séjour en milieu psychiatrie en 2012, au demeurant causé par l'interruption du traitement médicamenteux, ne suffisait pas à infirmer, l'état psychique s'étant par la suite rapidement amélioré (cf. arrêt du 9 décembre 2014, 9C_536/2014, dossier AI p. 542).

7.

Premier refus d'entrer en matière (2016)

Le recourant a déposé une première « nouvelle » demande de prestations le 1^{er} septembre 2016 (dossier AI, p. 553).

Il alléguait souffrir de problèmes psychiques, précisant que ceux-ci étaient présents depuis le 4 mai 2001 (dossier AI, p. 558).

7.1. De nouveaux rapports médicaux figurent au dossier.

Un rapport de l'hôpital psychiatrique atteste d'un nouveau séjour de deux semaines au cours du mois de janvier 2016, à la suite d'une rechute apparemment directement liée aux problèmes rencontrés par son fils qui allait être placé en foyer : « *A l'admission, le patient présentait une symptomatologie dépressive avec une diminution de l'activité psychomotrice, une tristesse, une perte de l'élan vital et une perte d'espoir accompagnée d'une anxiété éprouvée, une agitation intérieure, une frustration contenue vis-à-vis du SEJ et la situation de son fils cadet. Il était toutefois calme, collaborant et ayant un discours cohérent, et concluant* » (rapport du 19 février 2016, dossier AI, p. 594).

Le traitement médicamenteux habituel du recourant a alors été réintroduit, puis, après des activités et de l'ergothérapie, ainsi que plusieurs entretiens qui lui ont permis de s'exprimer, au cours desquels il a pu dire son sentiment d'injustice vis-à-vis du placement de son fils en foyer et à l'issue de quoi des solutions ont pu être envisagées, il est ressorti « *calme, apaisé, avec un discours et un comportement tout adéquats, ne présentant aucune auto ou hétéro-agressivité, ni d'idées noires ou suicidaires* » (rapport précité).

Pour sa part, le psychiatre traitant indiquait que les derniers développements et la présence désormais chronique de l'atteinte présentée par son patient l'amenaient à reconsidérer quelque peu son diagnostic : ce dernier souffrirait en fait d'un trouble schizo-affectif, de type mixte (« *Der Patient ist seit Jahren in meiner ambulanten psychiatrischen Behandlung, war mehrere Male in Psychiatrischen Kliniken hospitalisiert in Verbindung mit Ketten von psychischen sowie sozialen Problemen. Meiner Ansicht nach stehen im Vordergrund eine gemischte schizoaffektive Störung ICD-10: F25.2. Weiterhin gehe ich psychodiagnostisch vor dem Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung aus, ausserdem besteht Rest unverarbeitete posttraumatische Belastungsstörung. Differenzdiagnostisch kann eine paranoide Schizophrenie nicht ausgeschlossen werden. Zurzeit unterdrückt durch Medikation: Olanzapin, mittlere Symptome. Zusammenfassend in der aktuellen psychiatrischen Beurteilung gehe ich von einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und anamnestisch posttraumatische Belastungsstörung aus* », rapport du 7 septembre 2016, dossier AI, p. 551).

Il a plus tard affiné encore ce diagnostic, évoquant désormais également un trouble spécifique de la personnalité, s'exprimant sous la forme plus particulière d'une personnalité émotionnellement labile, de type agressif, pouvant déjà se lire dans des événements beaucoup plus anciens, comme le départ très tôt de chez ses parents ou le refus d'accomplir son service militaire, le conduisant à adopter une position victimaire (« *Soweit objektiv feststellbar besteht bei dem Patienten eine Mischpsychose sowie eine emotionale-instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus mit Klassifikation nach ICD-10: F60.2 F60.3. Es ist unbekannt, ob solche Persönlichkeitsveränderungen bereits in der früheren Zeit des Patienten in dessen Herkunftsland vorlagen. Entsprechende Fremdanamnesen konnten nicht erhoben werden. Es bestehen aber*

Hinweise in dieser Richtung (frühes Verlassen des Elternhauses, umgehen des Militärdienstes durch Flucht). Er fühlt sich auch heute noch immer in einer Opferrolle. Er versteht die Dinge nach seinen Vorstellungen und dies sind für ihn massgebend. Dadurch stösst er immer in massive Probleme mit seinem Umfeld. Er besitzt eine niedrige Toleranzgrenze. Er wirkt immer reizbar und unausgeglichen. Die Affektlage ist stark hoffnungslos dabei klagsam und projizierend. Im formalen Denken umständlich, eingeengt auf seine ausweglose Bilanz seiner Lebensgeschichte » (rapport du 15 décembre 2016, dossier AI, p. 596).

Sur recommandation de son SMR qui estimait, d'une part, que «*le psychiatre traitant attestait à nouveau péle-mêle différents diagnostics du registre de la psychose* » mais ne «*faisait état d'aucun fait nouveau sur le plan médical objectif* » (dossier AI, p. 563 / dossier AI, p. 660), d'autre part, que le nouveau séjour hospitalier en signalait qu'un épisode aigu résolu après deux semaines (dossier AI, p. 660) l'OAI avait refusé une première fois d'entrer en matière (cf. décision du 23 mars 2017, p. 604).

Cette décision n'a pas été contestée.

7.2. Au vu du parcours du recourant, des diagnostics posés à l'époque par le psychiatre traitant, toujours plus ou moins les mêmes, écartés par deux autorités judiciaires, il y a d'emblée lieu de considérer que cette décision n'était pas «*manifestement erronée* », de sorte qu'elle ne saurait aujourd'hui être reconsidérée.

Le psychiatre traitant n'attestait du reste pas précisément d'une aggravation, mais remontait au contraire toujours plus loin dans le passé du recourant.

8.

Second refus d'entrer en matière (2018)

Le recourant s'est adressé une nouvelle fois à l'OAI le 6 avril 2018 (dossier AI, p. 611).

8.1. Il se prévaut notamment d'un rapport de la Dresse D._____, psychiatre et psychothérapeute auprès du Centre E._____.

Celle-ci constate que l'état de santé s'est dégradé : « Nous constatons une dégradation et une instabilité de l'état psychique de notre patient. Sa maîtrise de lui-même et de son impulsivité est périodiquement fragilisée. En effet, Monsieur a tendance à entrer dans un rapport conflictuel avec ses interlocuteurs lorsqu'il ne comprend pas le sens d'une décision. A partir de là, il ne se montre plus réceptif aux explications données et peut se sentir persécuté et développer des comportements impulsifs, voire agressifs. Ces traits sont accentués dans un contexte psychosocial, socioculturel ou familial de surcharge et peuvent même donner lieu à des idéations suicidaires, voire à des pensées hétéro-agressives » (rapport du 9 mai 2018, dossier AI, p. 627).

Elle revient sur le vécu du recourant : «*Le vécu « persécutoire » de l'assuré est aussi en augmentation. A nos yeux, ces troubles tendent à devenir chroniques avec des ressources adaptatives et une tolérance à la frustration toujours plus restreintes. Ils sont le reflet d'une amplification des traits pathologiques de personnalité de l'assuré, ces derniers étant de plus en plus invalidants. Dans ce contexte nous n'avons jamais observé de capacité de travail possible chez notre patient, preuve en est l'échec des mesures de réinsertion entreprises (IPT par exemple) » (rapport précité).*

Pour le SMR, la situation est toujours la même : «*Le rapport du Centre n'atteste aucun diagnostic psychiatrique, décrit un comportement relevant de la personnalité à traits impulsifs et antisociaux*

déjà reconnue en 2012 par l'expert psychiatre, sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail repose sur l'échec des mesures de réinsertion. Or l'assuré est sans activité depuis 2001, malgré une pleine capacité de travail médicalement attestée dès 2012 et la suppression de sa rente à cette date. D'ailleurs, nouvelle demande se réfère à la problématique ancienne, datant de 2001 » (dossier AI, p. 631).

8.2. A l'appui de son mémoire, le recourant produit encore deux nouvelles pièces médicales.

8.2.1. Tout d'abord, un nouveau rapport émanant de l'hôpital psychiatrique, attestant de nouvelles périodes d'hospitalisation, du mois d'avril au mois de juin 2016, puis du mois de juillet au mois d'août 2016.

Ce rapport ne fait toutefois qu'aller dans le sens du dernier rapport examiné dans le cadre de la précédente « nouvelle » demande de prestations déposée en 2016.

Il expose notamment les raisons données au recourant à la fin du premier séjour, consécutif à la perte de son logement et au cours duquel une amélioration a pu être constatée : *« Le jour de sa sortie, le 2 juin 2016, le patient a reçu l'explication de notre part que d'un point de vue psychiatrique nous ne pouvons plus justifier son hospitalisation, ayant trouvé une stabilité depuis plusieurs jours déjà et que la problématique actuelle est sociale et que notre assistante sociale a fait les démarches sans succès pour un nouvel appartement et auprès de la Tuile. Une curatrice a été nommée et va prendre contact avec le patient. Le patient comprend notre argumentation mais se sent désemparé face à la situation »* (rapport du 29 septembre 2017).

L'on s'aperçoit ainsi qu'il a été mis fin à ce premier séjour parce que le cas du recourant devenait un cas social bien plus qu'un cas médical.

Cela est précisément confirmé par le contexte social dans lequel a eu lieu le second séjour du recourant, désormais placé sous curatelle : *« Au début de cette hospitalisation, le patient a évoqué plusieurs facteurs de stress comme facteurs déclenchants de son état psychique. Il évoque que le Juge des mineurs a décidé de placer son fils de 14 ans, qui vit chez sa mère, soit l'ex-femme du patient, dans un foyer. Le patient, très inquiet, dit ne pas réussir à faire changer d'avis le Juge, malgré les avis favorables formulés par écrit de la part de son ex-femme, de son médecin et de toutes les personnes ayant pu envoyer un courrier au Juge, il évoque également des difficultés avec son fils aîné qui s'est retrouvé à la rue, ne voulant pas aller au social. Le patient évoque en plus des difficultés financières liées au fait qu'il envoyait ses factures au service social qui eux ne payait pas les factures. Il s'est donc retrouvé à devoir payer des arriérés de factures dont il n'est pas responsable, selon ses dires, il dit avoir trouvé un logement mais que le service social aurait mis 3 mois à lui répondre s'il pouvait garder son fils avec lui ou pas. Finalement, le patient a eu un accord pour trouver un logement avec un loyer maximum de CHF 1150.-/mois. Le patient aimerait pouvoir se passer de sa curatelle mais dit de ne pas y arriver. Il se dit triste en lien avec sa situation sociale mais il n'exprime pas d'envie de mourir et s'engage à venir vers l'équipe en cas de mal-être »* (rapport précité).

Sur le plan médical, la situation semblait en revanche stabilisée : *« Pendant cette hospitalisation, le patient s'est présenté calme, collaborant, avec une thymie triste, sans symptômes psychotiques francs. Il a maintenu un bon contact avec l'équipe médico-infirmière et les autres patients de l'unité »* (rapport précité).

8.2.2 Le recourant produit aussi un deuxième rapport de la Dresse D. _____, apparemment rédigé dans le cadre d'une demande d'évaluation des capacités à la conduite automobile et à

l'issue duquel la spécialiste, après un bref rappel de la situation (état dépressif, vécu d'injustice à l'endroit des autorités, sentiment d'être dévalorisé dans son rôle de père), ne parvient pas à se prononcer : « *Nous ne sommes pas en mesure d'évaluer précisément l'impact de ces éléments psychopathologiques sur l'aptitude à la conduite professionnelle. Monsieur n'a d'ailleurs plus de voiture depuis quatre ans en raison de sa situation précaire, et n'a donc plus reconduit depuis longtemps, ce qui rend d'autant plus difficile une évaluation de savoir comment cela se passerait actuellement* » (rapport du 10 novembre 2017).

9.

L'on constate ainsi clairement, à la lecture de ce qui précède, que les éléments extra-médicaux signalés à l'époque par la Cour de céans semblent être passés au premier plan.

Le diagnostic posé par l'expert psychiatre et tout particulièrement confirmé en dernière instance par le Tribunal fédéral paraît dès lors toujours d'actualité.

Si le recourant présente toujours des difficultés relationnelles et paraît nourrir un sentiment accru d'injustice, cela ne veut pas encore dire que son état de santé s'est aggravé au point qu'il faille désormais reconnaître qu'il est atteint d'une maladie psychiatrique durablement invalidante.

Les hospitalisations qui continuent à se succéder ne peuvent plus guère être interprétées autrement que comme des réponses apportées aux problèmes de la vie auxquelles il ne parvient plus à faire face, mais non comme la manifestation d'une telle maladie psychiatrique, les explications qui lui ont été données par l'hôpital psychiatrique à l'occasion de sa sortie au mois de juin 2016 en témoignent : de telles explications n'auraient sans doute jamais été données à une personne profondément et durablement atteinte, comme lui le pense, dans sa santé psychique.

Dans son mémoire d'ailleurs, le recourant ne fait qu'alléguer les difficultés qu'il a à retrouver un emploi compte tenu de son âge et du déconditionnement.

Il laisse également entendre que le refus de lui octroyer un permis de conduire pour être chauffeur de taxi serait une preuve de son invalidité.

Or, ce n'est pas exactement ce que dit la psychiatre qui le traite actuellement.

Quand bien même la possibilité de conduire lui serait refusée pour quelque raison que cela soit, cela ne veut pas encore dire qu'il ne demeurerait pas capable de travailler dans le cadre d'une autre activité, dans le sens de l'expertise psychiatrique réalisée en novembre 2011.

S'il y a certes tout lieu de craindre que la situation ne se soit figée et qu'une reprise du travail apparaisse dans ces conditions comme de moins en moins envisageable, cela ne veut pas encore dire que la responsabilité de cet état de fait et de ses conséquences financières soient à mettre à la charge de l'assurance-invalidité : le désarroi grandissant du recourant peut tout à fait se comprendre au vu des difficultés sociales qu'il ne paraît plus en mesure d'affronter, mais il ne saurait attester à lui seul d'une aggravation objective de son état de santé depuis la suppression de sa rente qu'il ne parvient toujours pas à comprendre.

Les propos de la nouvelle psychiatre traitante ne font d'ailleurs que relayer ce désarroi grandissant pour retenir une incapacité totale signalée depuis de nombreuses années par son prédécesseur.

Un refus d'entrer en matière se justifiait dès lors tout particulièrement, faute d'aggravation plausible de l'état de santé, de plus amples instructions médicales ne risquant tout au plus que de renforcer encore la conviction du recourant d'être totalement invalide, laquelle ne manque certainement pas d'alimenter son sentiment d'injustice face aux décisions des autorités.

10.

Le recours, manifestement infondé, est ainsi rejeté.

Les frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe.

Ils sont fixés à CHF 400.- et sont compensés avec son avance de frais.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Des frais de justice de CHF 400.- sont mis à la charge du recourant qui succombe.
Ils sont compensés avec l'avance de frais versée.
- III. 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 30 avril 2019 /mbo

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :