



**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 15

605 2018 16

Arrêt du 17 juin 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteuse : Maude Favarger

Parties

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

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (révision, suppression de rente)

Recours du 16 janvier 2018 contre la décision du 30 novembre 2017

Requête d'assistance judiciaire totale (605 2018 16)

considérant en fait

A. A. _____, né en 1962, a travaillé dès 1985 en qualité de maçon auprès de l'entreprise B. _____, à C. _____.

En 1997, il a subi une fracture et une luxation de l'épaule droite suite à une chute sur un chantier. Le cas a été pris en charge par la SUVA et une rente de l'assurance-accidents, fondée sur un taux d'invalidité de 28%, lui est toujours actuellement versée.

En 2001, il a déposé une demande de prestations AI et l'autorité a alors considéré qu'il présentait un degré d'invalidité de 28% et que, partant, le droit à la rente n'était pas ouvert. Dite décision a été portée devant le Tribunal cantonal, lequel a rejeté le recours par arrêt du 28 avril 2005.

B. En 2003, il a déposé une demande de révision, notamment en raison de la détérioration de son état de santé psychique.

Par décision du 5 avril 2006, le degré d'invalidité présenté par le recourant a été fixé à 40% dès le 1^{er} juin 2003 jusqu'au 30 juin 2003, puis à 96% dès le 1^{er} juillet 2003, en raison de ses problèmes psychiatriques. Le droit à un quart de rente depuis le 1^{er} juin 2003 puis à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2003, lui a par conséquent été reconnu.

Dans le cadre de la révision du droit aux prestations de l'AI, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI) n'a pas modifié le droit du recourant aux prestations de l'AI, ni en 2007, ni en 2012 (décision du 7 septembre 2007, décision du 24 février 2012).

C. Par décision du 30 novembre 2017, dans le cadre d'une révision d'office initiée en février 2016, l'OAI a supprimé la rente AI, en estimant que la capacité de travail et de gain de l'assuré était à nouveau entière dans toutes les activités correspondant à ses compétences professionnelles. Il s'est fondé sur les pièces médicales à sa disposition, en particulier sur une expertise psychiatrique.

D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Dorthe, avocat à Fribourg, interjette un recours de droit administratif devant le Tribunal cantonal le 16 janvier 2018, concluant, sous bénéfice de l'assistance judiciaire, au maintien de sa rente entière. A l'appui de son recours, il reproche à l'OAI de ne pas avoir fait, comme le préconise la jurisprudence du Tribunal fédéral, une analyse globale de la situation étant donné qu'il n'est pas loin de l'âge de la retraite. Il estime également que l'OAI aurait dû lui octroyer non seulement une aide au placement, mais également des mesures de réadaptation. Il reproche encore à l'OAI de n'avoir pas instruit son dossier s'agissant de ses troubles mnésiques. Il fait enfin grief à l'OAI de ne pas exposer les raisons pour lesquelles il estime que son état de santé s'est amélioré et de ne pas exposer non plus pour quels motifs il rejette les diagnostics posés par la psychiatre traitante et ne retient que l'expertise qu'il a mandatée.

Dans ses observations du 29 mars 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Il demande à la Cour de céans de se référer au dossier ainsi qu'au contenu de sa décision de suppression de rente du 30 novembre 2017.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles 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 par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

Le recourant se plaint tout d'abord d'un défaut de motivation de la décision litigieuse.

2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a).

En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre; la motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés; il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114).

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.2. En l'espèce, la Cour constate que l'autorité intimée fonde sa décision essentiellement sur une pleine capacité de travail établie par une expertise psychiatrique. Elle indique cependant aussi que le recourant ne souffre d'aucune atteinte à la santé qui serait invalidante.

Bien que cela soit succinct, il en ressort clairement que l'OAI n'a retenu aucune incapacité de travail due à quelque trouble que ce soit. L'on peut aussi implicitement en déduire qu'il considère de ce fait que la situation médicale s'est améliorée au point qu'il n'existe plus d'invalidité. Quand bien même l'on peut regretter que la décision ne soit en l'espèce que brièvement motivée, il faut constater qu'il n'existe pas de réelle violation du droit d'être entendu.

Au surplus, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la Cour de céans, avec plein pouvoir de cognition, de sorte que tout éventuel vice aurait dû être considéré comme guéri.

Pour ces motifs, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant doit dès lors être rejeté.

3.

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

3.1. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p.223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la preuve d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas, à eux seuls, des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. 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; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à la rente.

4.

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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances prévalant au moment du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision 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. 5.4).

4.1. Selon l'art. 88a al. 1 RAI, le changement résultant de l'amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré ou de l'atténuation de son impotence ou encore de son besoin de soins ou d'aide découlant de son invalidité, n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4.2. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit notamment des

cas dans lesquels la réduction ou la suppression par révision (art. 17 LPGA) du droit à la rente concerne une personne qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins ou a plus de 55 ans. Lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure – pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail ou à l'âge de l'assuré – de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision; il est seulement admis qu'une réadaptation par elle-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5; voir également arrêt TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7).

5.

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

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 que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

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. 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 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1^{er} avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

6.

La question litigieuse est d'abord de savoir si, depuis la décision d'octroi de rente du 16 décembre 2005, l'état de santé du recourant s'est amélioré sensiblement et si sa capacité de gain a augmenté de façon importante, de telle sorte qu'il ne peut plus se prévaloir d'un taux d'invalidité justifiant l'octroi d'une rente.

Il s'agit dès lors de comparer son état de santé et sa capacité de gain au moment de cette décision et au moment de la décision querellée.

6.1. Lors de la décision d'octroi de rente en décembre 2005, l'OAI s'est basé sur l'expertise du 8 juin 2004 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie, lequel avait diagnostiqué chez l'assuré un trouble dépressif majeur, épisode isolé, d'intensité actuelle sévère (F32.2), un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4), une dépendance alcoolique (F10.24), un jeu pathologique (F63.0), une personnalité borderline à traits dépendants (F60.31), reprenant par ailleurs les diagnostics somatiques de frozen-shoulder post-traumatique de l'épaule droite, luxation de l'épaule droite avec fracture non déplacée du trochiter, une capsulite rétractile de l'épaule, une arthrolyse, décompression sous-acromiale et mobilisation sous narcose de l'épaule droite le 15 mars 2001. Ce médecin considérait l'incapacité de travail comme totale sur le plan psychiatrique dans un emploi de l'économie libre.

Cette expertise avait pour l'essentiel été confirmée par la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie, qui avait posé le 14 novembre 2005 les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), en retenant par ailleurs des diagnostics somatiques ressortant d'un rapport du Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale.

Enfin, les avis des psychiatres précités avaient été repris par le rapport médical du 12 décembre 2005 du Dr G._____, médecin SMR, qui avait retenu que l'assuré présentait une comorbidité psychiatrique grave et persistante, concluant à une capacité de travail résiduelle de 40% en milieu protégé uniquement.

6.2. Pour rendre sa décision de révision, l'OAI s'est basé sur les rapports médicaux suivants:

Dans son rapport médical du 31 mai 2016, le Dr F._____ mentionne que l'activité de maçon est impossible sans l'utilisation du bras droit. On peut envisager une activité légère qui nécessite l'utilisation du seul bras gauche à 50%, en précisant que ce rapport ne tient pas compte de la situation psychique du patient.

Dans un rapport médical du 3 juin 2016, la Dresse E._____ maintient que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible et qu'il y a une diminution de rendement de 100%. Son patient présente un état dépressif et anxieux important, persistant, avec un ralentissement psychomoteur, un repli sur lui-même, des idées noires, des angoisses, de l'irritabilité, un

comportement agressif et un syndrome douloureux d'origine organique et somatoforme. A son avis, il n'est pas en mesure de se réinsérer dans une activité sur le marché du travail.

Dans son rapport médical du 15 juillet 2016, le Dr H. _____, médecin SMR, relève au contraire que, sur le plan psychiatrique, une amélioration de l'état dépressif est indéniable. Ainsi, la poursuite d'une incapacité de travail totale doit être remise en question et une expertise psychiatrique permettrait de documenter l'évolution et de fixer l'exigibilité médicale.

Dans son expertise psychiatrique du 13 juillet 2017, le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie, relève, s'agissant des tests psychométriques, qu'il y a une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro et auto-évaluation, tous massivement surcotés. Cela suggère une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes et pourrait expliquer la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. Il pose les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail: épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère et personnalité avec des traits limites, actuellement non décompensée. L'expert relève que contradictoirement, dans le rapport d'expertise du Dr D. _____ du 9 juin 2004, une échelle de dépression de Hamilton est mentionnée qui donne un score de 17,5 points ce qui indique tout au plus une symptomatologie dépressive légère. Or, ce rapport conclut néanmoins à une dépression de gravité sévère sur la base de la question potentielle du risque suicidaire. Pour le Dr I. _____, il est difficile de comprendre cette contradiction qui ne repose sur aucune base objective, de même que l'incapacité de travail complète retenue. Le Dr I. _____ s'étonne également que, selon les rapports médicaux émanant de la Dresse E. _____, il n'y a aucune évolution de la symptomatologie dépressive depuis 2005 et que le traitement médical, dont les dosages sont modestes, ne paraît pas avoir été modifié. Il constate une incapacité de travail attestée depuis 2003. Or, il paraît relativement exceptionnel qu'un état dépressif n'évolue pas depuis 14 ans chez un sujet sans antécédents de troubles psychiques. Pour le surplus, il n'y a jamais eu d'hospitalisation psychiatrique et les entretiens de l'assuré avec son médecin psychiatre sont relativement espacés. Le Dr I. _____ constate que l'assuré est un sujet en bon état général et qui ne présente pas les critères suffisants en faveur d'un état dépressif moyen à sévère. Il retient donc un épisode dépressif majeur récurrent, de gravité tout au plus subclinique à légère. Il évoque des traits de personnalité du registre état limite non décompensés actuellement. Le Dr I. _____ relève qu'il existe une mauvaise cohérence entre son appréciation et celle de la Dresse E. _____ qui maintient le diagnostic d'épisode dépressif sévère jusqu'en 2012 et considère qu'il est moyen depuis 2016, en donnant néanmoins une description clinique très inquiétante. Cette appréciation n'est pas soutenue par la prise en charge pharmacologique qui n'a jamais été modifiée depuis 2007, ce qui n'est pas la moindre des contradictions. Lorsque l'on se retrouve en face d'un épisode dépressif sévère, la médication aurait pu être augmentée, ce qui n'a pas été le cas. De plus, des entretiens respectivement tous les 2 ou 3 mois ne peuvent pas être considérés comme une prise en charge en relation avec une symptomatologie dépressive décrite comme sévère. Il note que, dans son rapport du 3 juin 2016, la Dresse E. _____ donne une vision très dramatique de la situation chez un assuré confronté à la gestion quotidienne de ses douleurs, d'un stress et d'une nervosité. Il présenterait des idées noires, des angoisses à thématique mélancolique, des éléments que le Dr I. _____ ne retrouve absolument pas à l'examen clinique. D'ailleurs, dans l'analyse de son fonctionnement quotidien, rien ne suggère la présence d'une symptomatologie dépressive majeure et les tests psychométriques suggèrent une tendance à l'amplification des plaintes. L'assuré est capable de développer pleinement des activités de loisir dans un monde extra professionnel. Il conserve des ressources non négligeables et il est apte

également à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle. Le Dr I. _____ estime sa capacité de travail médico-théorique entière sans diminution de rendement dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques objectives depuis au moins le 1^{er} janvier 2017. Il en conclut que le pronostic est a priori positif mais manifestement des facteurs qui sortent du champ médical, tels que la durée de l'éloignement du travail, l'âge, l'absence de qualifications professionnelles et l'importance des bénéfices secondaires vont présenter un obstacle non négligeable à toute reprise du travail.

Dans son rapport médical du 22 septembre 2017, la Dresse E. _____ remet en cause les conclusions de l'expertise du Dr I. _____. Elle considère que les conclusions de cette expertise ne correspondent pas à la situation clinique de son patient ni à la sévérité des diagnostics psychiatriques posés par l'expert lui-même. Elle précise que le diagnostic posé par l'expert n'est pas clair dans sa formulation et qu'il manque les codes. Il s'agit selon elle d'un trouble dépressif majeur récurrent et d'un trouble de la personnalité. Il s'agit de diagnostics ou pathologies psychiatriques conséquentes ayant une évolution récurrente, persistante, chronique, avec survenue de rechutes ou d'épisodes aigus et qui de ce fait influencent la capacité de travail. De plus, l'expertise ne tient pas compte de la présence de la symptomatologie douloureuse, des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit ainsi que des troubles du comportement (isolement social, renfermement, crise d'agressivité, impulsivité) et cognitifs. L'expertise ne mentionne pas et ne se positionne pas sur la présence des troubles de la mémoire. L'assuré a entrepris une évaluation de la mémoire au Centre spécialisé de l'Hôpital J. _____ en avril 2017 mais cette information a été complètement ignorée. L'évaluation, les tests approfondis et les examens sont en cours. L'évolution de l'état de l'assuré est ponctuée par des périodes d'accentuation des symptômes dépressifs, anxieux, ainsi que douloureux. Il montre et verbalise toujours une importante souffrance physique et psychique. Depuis environ 2 ans, elle remarque des difficultés mnésiques qui semblent plus importantes depuis le début de cette année. Il présente actuellement une incapacité de travail, pour des raisons psychiatriques, qui est de 100%.

Appelé par l'OAI à se prononcer sur les remarques de la Dresse E. _____, le Dr I. _____ explique que, sous la rubrique "analyse et cohérence" de son expertise, il a développé les divergences entre son appréciation et celle de la Dresse E. _____ et notamment la description d'une évolution inquiétante par sa consoeur, qui n'était pas soutenue par une prise en charge pharmacologique qui n'avait jamais été modifiée depuis 2007. Il estime que le rapport médical de la Dresse E. _____ du 22 septembre 2017 ne fait que valider sa propre opinion déjà exprimée dans les rapports antérieurs envoyés à l'OAI.

7. L'expertise psychiatrique du Dr I. _____ permet une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des exigences relatives du diagnostic et des indicateurs déterminants de la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et de dépression.

7.1. Cette expertise du 13 juillet 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été réalisée par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et en tenant compte des plaintes exprimées par l'assuré. Elle contient également un examen psychiatrique minutieux. Enfin, la discussion et les conclusions sont bien motivées et les réponses aux questions sont claires et précises. L'expert a expliqué de manière convaincante la raison pour laquelle il se différencie des diagnostics retenus au moment de la décision du 16 décembre 2005 et pourquoi il estime que la capacité de travail est entière du point de vue psychiatrique au moins depuis le 1^{er} juillet 2017.

Cette expertise résume l'ensemble des rapports médicaux. Elle relate en outre les plaintes exprimées par l'assuré ainsi que ses données personnelles et familiales. Elle contient un examen psychiatrique minutieux. L'expert a discuté des antécédents personnels (p. 8), de l'anamnèse professionnelle (p. 9), de l'anamnèse affective et sociale (p. 10), de l'anamnèse socio-économique récente (p. 10), des antécédents psychiatriques (p. 11), des plaintes subjectives de l'assuré (p. 13). Il a effectué des tests psychométriques (p. 14) lesquels ont montré une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et d'autoévaluation, qui va dans le sens d'une amplification des symptômes. Il a donné des éléments sur la dépression de l'assuré (p. 23) et a expliqué clairement pourquoi cette dépression ne présente actuellement pas les critères suffisants en faveur d'un état dépressif moyen à sévère (p. 24-25).

Il a également discuté l'indicateur "Personnalité" et a relevé que l'assuré présente actuellement des traits de personnalité du registre état limite non décompensés actuellement. Sous l'indicateur "Personnalité", il explique également pourquoi il ne retient pas le trouble somatoforme douloureux. Concernant l'indicateur "Cohérence", l'expert I. _____ explique qu'il existe une mauvaise cohérence entre son appréciation et celle de la Dresse E. _____. Il relève que l'appréciation de la Dresse E. _____ n'est pas soutenue par la prise en charge pharmacologique qui n'a jamais été modifiée depuis 2007. De même, les entretiens psychiatriques sont trop espacés pour être considérés comme une prise en charge en relation avec une symptomatologie dépressive décrite comme sévère, laquelle n'aurait pas évolué depuis 14 ans, malgré un suivi psychiatrique, alors que le patient ne connaît plus de facteurs de stress majeur. Sa situation asséculogique s'est également clarifiée depuis 2005: il a de meilleurs contacts avec son épouse, il entretient de bonnes relations avec ses deux enfants, il vit dans la même maison que sa sœur et a pu nouer quelques contacts avec son environnement en Suisse. Il a ainsi des ressources et arrive à gérer ses affaires. Il ressort de cette expertise que le Dr I. _____ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il estime que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et les raisons pour lesquelles l'on ne peut retenir les diagnostics posés par la psychiatre traitante, le trouble dépressif étant majeur et récurrent mais de nature légère.

Il ressort de l'analyse des "Indicateurs" que l'assuré dispose de ressources suffisantes pour surmonter ses problèmes de santé et il s'avère que sa dépression n'est pas invalidante.

De même, contrairement à l'avis du recourant, l'expert psychiatre a exposé les raisons pour lesquelles il estime que l'état de l'assuré s'est amélioré et il explique également de manière convaincante les raisons pour lesquelles il rejette les diagnostics posés par la psychiatre traitante.

7.2. Du point de vue somatique, appelé à se prononcer, le médecin traitant de l'assuré, le Dr F. _____, estime en 2016 qu'il ne peut plus exercer une activité de maçon mais que, du point de vue somatique, une activité légère qui nécessite l'utilisation du seul bras gauche, peut être exercée à 50%. Ce rapport succinct n'est cependant pas suffisant à lui seul et pas assez détaillé pour déterminer la capacité de travail du recourant du point de vue somatique. De plus, il émane du médecin traitant dont les avis doivent, de jurisprudence constante, être appréciés de façon prudente compte tenu du lien particulier qui le lie à son patient. Il dit que la situation n'a pas évolué. Or, en 2005, dans un arrêt de l'Instance de céans (5S 03 117) il a été jugé que le recourant dispose d'une capacité de travail à 100% à plein temps. En effet, ses limitations physiques – séquelles d'une luxation à l'épaule droite – sont minimes et ne l'empêchent nullement d'exercer une activité adaptée à plein temps. L'Instance de céans dans son arrêt (5S 03 117) avait alors jugé que c'était à bon droit que l'OAI avait refusé de lui allouer une rente, son taux d'invalidité étant inférieur à 40%, seuil minimum pour l'octroi d'une telle prestation.

S'agissant de la surdité, (l'assuré bénéficiant d'un appareil auditif), elle était déjà présente en 2002, n'a pas évolué et n'est pas significative pour la capacité de travail.

Quant aux troubles mnésiques, l'expert I. _____ n'a pas trouvé de troubles de la mémoire apparents, en effectuant son expertise ainsi que les tests psychométriques. En page 32 de son expertise, il précise que l'assuré a une intelligence normale et des aptitudes à la communication. Le dossier ne révèle pas d'antécédents qui permettent de retenir les troubles mnésiques avec certitude. La Dresse E. _____ en fait pourtant mention et indique qu'une évaluation a eu lieu au Centre spécialisé de l'Hopital J. _____ mais les résultats de cette évaluation non produits ne se trouvent pas au dossier sont vraisemblablement en cours d'analyse. Le cas échéant, les possibles nouvelles limitations causées, pour autant qu'elles aient une portée invalidante, devront être examinées dans le cadre d'une nouvelle demande de rente à déposer. Il n'y a donc pas violation de l'art. 43 al. 1 LPGA comme le prétend le recourant.

Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, les diagnostics retenus dans sa situation ne peuvent plus être considérés comme invalidants au sens de la LAI. Sa capacité de travail est entière dans toutes les activités professionnelles correspondant à ses compétences.

8.

Le litige porte aussi sur le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle, singulièrement sur le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et sur le droit à des mesures d'ordre professionnel autres qu'une aide au placement (déjà accordée par décision séparée).

8.1. Selon la jurisprudence (arrêt TF I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et arrêt TF I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1), ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire ou inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité. En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. A cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée d'un point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêt TF 9C_809/2017 consid. 5.2).

8.2. En l'espèce, dans son expertise, le Dr I. _____ a indiqué que *"la diminution des capacités fonctionnelles n'est plus majoritairement due à l'atteinte à la santé psychique mais à d'autres facteurs qui sortent du champ de l'AI tels que la durée de l'éloignement du monde du travail, l'âge, le faible niveau de formation et des facteurs socioculturels jouent certainement un rôle essentiel"* (p. 31 de l'expertise). Plus loin, il ajoute: *"A priori, l'assuré dispose des ressources relationnelles et adaptatives nécessaires pour reprendre une activité professionnelle"* (p. 32 de l'expertise). S'agissant des considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation, l'expert I. _____ mentionne qu'*"une aide au placement tout au plus pourrait lui être proposée"* (p. 34 de l'expertise).

L'expert en question ayant fixé une pleine capacité résiduelle de travail tout en précisant que celle-ci pourrait être atteinte avec une aide au placement, il n'y a pas lieu d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le recours doit donc également être rejeté sur ce point.

9.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la suppression de la rente entière du 30 novembre 2017 confirmée.

10.

L'Instance de céans doit encore statuer sur la demande d'assistance judiciaire déposée par l'assuré dans son recours.

10.1. Selon l'art. 61 let. f, 2^{ème} phr., LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance des frais ou des sûretés (al. 1 let. b).

10.2. Sans prendre en compte la rente AI, laquelle est supprimée par la décision litigieuse, la situation financière mensuelle actuelle du recourant est établie de la manière suivante : rente SUVA CHF 1'463.25, charges résiduelles appartement de Broc CHF 18.55, loyer et charges CHF 950.-, assurance-ménage CHF 25.-, prime d'assurance-maladie CHF 383.40, forfait pour les taxes téléphone/TV/radio CHF 70.-, frais divers CHF 200.-, total CHF -1'383.70. L'on peut ainsi admettre que le recourant est indigent.

S'agissant de la seconde condition, le recours n'était pas d'emblée ni à l'évidence dénué de toutes chances de succès, cela quand bien même il a été rejeté.

La requête d'assistance judiciaire gratuite totale est ainsi admise et Me Sébastien Dorthe est désigné comme avocat d'office.

10.3. Conformément aux art. 137ss, 142ss et 146ss CPJA et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), compte tenu de sa liste de frais produite le 23 avril 2018, de la difficulté et de l'importance du litige, il a droit à une équitable indemnité, étant précisé que seules les opérations relatives à la présente procédure de recours, à l'exclusion de celles, relatives à la procédure administrative devant l'OAI, antérieures à la décision attaquée du 30 novembre 2017 seront indemnisées.

Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette

méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'467.80, à savoir s'agissant des opérations antérieures au 31 décembre 2017, à CHF 270.- au titre d'honoraires (1.50 heures à CHF 180.-), et CHF 21.6 au titre de la TVA (8%), ainsi que, pour les opérations postérieures au 1^{er} janvier 2018, à CHF 1'920.60 au titre d'honoraires (10.67 heures à CHF 180.-) à CHF 155.60 au titre de la TVA (7.7%).

10.4. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu la décision d'octroi de l'assistance judiciaire totale de ce jour, le paiement ne sera toutefois pas exigé de sa part.

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2018 15) est rejeté.
- II. L'assistance judiciaire totale (605 2018 16) est octroyée.
- III. L'indemnité allouée à Me Sébastien Dorthe, avocat à Fribourg, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'467.80, dont CHF 177.20 au titre de la TVA (8% et 7.7%). Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg et versée en mains du mandataire.
- IV. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés, en raison de l'assistance judiciaire totale octroyée.
- 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 juin 2019/mfa

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :