



**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 2019 54
605 2019 56

Arrêt du 10 juillet 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière : Isabelle Schuwey

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Nicolas Charrière,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – suppression de rente

Recours (605 2019 54) du 6 mars 2019 contre la décision du
1^{er} février 2019

Requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 56) du même jour

considérant en fait

A. Par décision du 18 février 2005, A. _____, né en 1977, divorcé et père de deux enfants, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec effet dès le 15 avril 2003, en raison de problèmes psychiques et d'une parésie du membre supérieur droit.

Cette rente entière a été confirmée sans modification à deux reprises, par décisions des 25 mars 2009 et 31 mai 2012, à l'issue de procédures de révision d'office.

B. Dans le cadre d'une troisième procédure de révision d'office, l'assuré avait émis le vœu de pouvoir bénéficier d'une formation professionnelle. Des mesures de réadaptation avaient ainsi été mises en place et avaient abouti à l'obtention, en mars 2018, d'un certificat de capacité professionnelle pour exploitant d'établissement public, suivi d'une mesure d'aide au placement de mai à octobre 2018.

Dans l'intervalle, une expertise neuropsychologique, mise en œuvre en août 2017, avait confirmé la présence de déficits cognitifs de degré globalement moyen ainsi que de certaines limitations fonctionnelles.

Quant au psychiatre traitant, il affirmait que seule une activité en tant qu'indépendant était envisageable, un statut d'employé ne pouvant être exigé compte tenu des troubles de la personnalité.

C. Par décision du 1^{er} février 2019, confirmant un projet du 3 décembre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) a supprimé la rente d'invalidité, considérant que l'assuré était en mesure d'exercer une activité professionnelle dans le domaine de la restauration, à temps plein et sans diminution de rendement. L'échec du projet professionnel de l'assuré à l'issue des mesures d'ordre professionnel octroyées découlait en effet de problèmes de financement et non de ses atteintes à la santé, de sorte que seul un degré d'invalidité de 17% avait été reconnu.

D. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Nicolas Charrière, avocat, interjette recours le 6 mars 2019. Il conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Il affirme en particulier que les atteintes psychiques ayant justifié l'octroi initial de la rente n'ont pas disparu et que l'obtention d'un CFC ne suffit pas pour admettre une pleine capacité de travail sans diminution de rendement. Au contraire, compte tenu de ses troubles, seul un rendement d'environ 50% peut raisonnablement être exigé.

Il assortit son recours d'une requête d'assistante judiciaire totale (605 2019 56), dans le cadre de laquelle il expose sa situation financière, ainsi que d'une requête de restitution de l'effet suspensif (605 2019 55), à l'appui de laquelle il se prévaut de la précarité dans laquelle le mettrait la suppression de sa rente avec effet immédiat, de même que celle de sa fille qui perçoit une rente complémentaire AI et à qui il doit verser une pension alimentaire.

Dans ses observations du 25 mars 2019, l'OAI conclut au rejet de la requête d'effet suspensif. Il ajoute que l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant est réactionnel au problème de financement de son projet professionnel et ne découle donc pas d'une atteinte à la santé, de sorte que l'assurance-invalidité ne saurait devoir en répondre.

Sur le fond, l'OAI conclut au rejet du recours en se référant à la décision attaquée.

Dans ses contre-observations spontanées du 26 avril 2019, le recourant confirme sa position et produit un courrier adressé le 11 mars 2019 à l'OAI par son médecin traitant.

Le 15 mai 2019, l'OAI maintient ses conclusions.

Dans une intervention spontanée du 3 juin 2019, le recourant produit un rapport médical établi par son nouveau psychiatre traitant, attestant d'un nouveau diagnostic psychiatrique ainsi que d'une incapacité de travail totale et durable. Sur cette base, le recourant modifie ses conclusions et conclut désormais, à titre principal, au maintien de la rente entière.

Le 7 juin 2019, l'OAI conclut au rejet des nouvelles conclusions formulées, tout en précisant qu'il ne s'opposerait pas, le cas échéant, à la tenue d'une expertise psychiatrique judiciaire.

E. Par décision incidente du 10 avril 2019, le Président de la 1^{ère} Cour des assurances sociales a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif, au motif que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas un degré de certitude suffisant pour être prises en considération en faveur du recourant dans le cadre de la pesée des intérêts en présence, de telle sorte que l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations que le recourant risquerait de ne pas pouvoir rembourser dans l'hypothèse où il n'obtiendrait pas gain de cause était prépondérant par rapport à l'intérêt de celui-ci à bénéficier de la rente durant la procédure de recours.

Par arrêt du 22 juillet 2019, la 1^{ère} Cour des assurances sociales a rejeté le recours (605 2019 112) interjeté par A. _____ à l'encontre de cette dernière décision ainsi que la requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 113) déposée dans le cadre de ce recours, faute de chances de succès.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leur 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 dûment représenté, le recours est recevable.

2.

Aux termes 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 réputée 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

3.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

En outre, il y a 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

3.2. Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question

nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

4.

Selon 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.

4.1. Tout changement important des circonstances propre 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). 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 avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; cf. également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b).

4.2. 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74^{ter} let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

5.

Est litigieuse la suppression de la rente entière accordée par décision du 18 février 2005 dès le 15 avril 2003.

Il importe, dans un premier temps, de revenir sur les conditions de l'octroi de la rente entière, puis de la suppression de celle-ci.

5.1. *Demande du 18 septembre 2003 et octroi d'une rente entière*

L'assuré, né en 1977 à B._____, arrivé en Suisse à l'âge de 9 ans, ne disposait d'aucune formation professionnelle et n'avait jamais exercé d'activité lucrative durable à l'exception de quelques brèves activités comme aide cuisinier et ouvrier entre 2000 et 2002.

Le 18 septembre 2003 (date de réception), il a déposé une demande AI en raison d'une atteinte causée dès l'âge de 6 ans par des maltraitances (« *battu en l'absence des parents par les oncles et les enseignants, ensuite venu en Suisse* »; dossier OAI, pièce 4).

Son psychiatre traitant depuis 1996, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestait alors d'une diminution de rendement due à l'atteinte à la santé tout en précisant que la capacité de travail était susceptible d'être améliorée par le biais de mesures médicales « *flanquées à terme de mesures socio-professionnelles* », malgré une motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel qualifiée de « *faible* ». Il estimait que

l'activité d'ouvrier non qualifié exercée jusqu'alors n'était exigible qu'à raison de 4 heures par jour environ, l'après-midi, dans un cadre protégé. Il avait précisé que l'atteinte à la santé avait les répercussions suivantes: *« absence de formation, absentéisme, difficultés de collaboration, susceptibilité, comportement difficilement tolérable pour l'entourage, voire dangereux »*. Il avait finalement précisé qu'aucune autre activité n'était exigible *« parce que l'atteinte à la personnalité est telle que l'assuré n'est plus capable de s'insérer dans un processus de travail »* (rapports des 19 septembre et 21 octobre 2003, dossier OAI, pièce 16).

Dans un rapport du 21 octobre 2003, ce psychiatre avait retenu les diagnostics de *« status après maltraitements multiples dans l'enfance (Z 61.2 et 61.6) avec troubles post-traumatiques complexes (ne satisfaisant pas les critères d'un syndrome de stress post-traumatique) et se manifestant par une symptomatologie anxieuse à la fois agoraphobique et paroxystique correspondant à une agoraphobie avec attaques de paniques (F 40.01); une neurasthénie (F 48.0); une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31) »*. Il avait en outre souligné la présence de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir des *« difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56), des difficultés liées au logement et conditions économiques (Z 59) et des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z 63.0) »*. Dans ce contexte, il avait expliqué que l'assuré, alors âgé de 26 ans, n'avait jamais pu travailler véritablement pour subvenir à ses besoins, n'ayant travaillé en tout et pour tout que pendant une période d'environ 3 ans. Il avait estimé *« hautement probable qu'une partie seulement de l'incapacité est imputable à des facteurs à proprement parler médicaux. En effet, l'assuré est analphabète et d'origine de B._____ avec un ensemble d'aspects sociaux-culturels et juridiques qui ne sont pas à proprement parler de dimension médicale. Toutefois, à l'heure actuelle, une part importante de l'incapacité de travail (env. 50%-70%) n'est plus avant tout socio-culturelle, mais bel et bien motivée de façon prépondérante par la décompensation des processus d'adaptation (coping face aux troubles post-traumatiques) »*. Il avait qualifié l'état de santé de l'assuré d'*« instable »*, précisant que des mesures professionnelles n'étaient *« pas encore »* indiquées, l'octroi d'une rente pouvant en revanche être bénéfique dans le sens d'une garantie de conditions de sécurité minimale, indispensable pour la mise en place d'une thérapie (dossier OAI, pièce 17).

Sur le plan neurologique, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, avait mentionné dans un rapport du 11 avril 2002 une *« plégie de l'hémicorps droit survenue sans cause connue »* dans l'enfance (entre 1980 et 1984), impliquant une *« faiblesse du MSD l'handicapant dans son activité de boucher exercée depuis trois mois »*. Ce spécialiste avait constaté *« une parésie faciale périphérique résiduelle ainsi qu'une atteinte chronique périphérique de la musculature du MSD »*, ne nécessitant pas de traitement spécifique (dossier OAI, pièce 27).

Une expertise psychiatrique avait finalement été mise en œuvre auprès du Service psycho-social du canton de Fribourg. Dans leur rapport d'expertise, transmis le 26 novembre 2004 à l'OAI, les Dr E._____ et F._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, retenaient les diagnostics de *« F84.9, trouble envahissant du développement avec retard mental léger (F70.0), présent depuis l'enfance; F40.01, agoraphobie avec attaques de panique; Z61.2 et Z61.10, problèmes liés à une enfance malheureuse, maltraitance physique d'un enfant; Parésie résiduelle du membre supérieur droit et de la face existant depuis l'enfance »* avec, en parallèle, les diagnostics non incapacitants de *« Z59, difficultés liées au logement et aux conditions économiques »* et de *« Z63.0, difficultés dans les rapports avec le conjoint »*. Ces médecins attestaient, sur le plan psychique et mental, d'une *« incapacité de travail totale qui est fondée d'une part sur des troubles psychiques existants depuis plusieurs années et qui n'ont jusqu'à ce*

jour pas pu être traités adéquatement, ceci principalement en raison d'un manque de suivi régulier », causée par « une perte de l'élan vital, de troubles du sommeil, un état de fatigue chronique et de troubles de l'attention et de la concentration », tout en relevant que « dans la mesure où l'assuré peut bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier et éventuellement de la poursuite d'un traitement psychopharmacologique, il est possible que les différentes activités exercées jusqu'à ce jour soient reprises ». Ils avaient enfin estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas adéquates dans l'immédiat et proposaient une réévaluation auprès du psychiatre traitant dans un délai d'une année, afin d'évaluer l'évolution des troubles durant cette période.

Quant au rapport d'examen psychologique du 27 août 2004, il avait mis en évidence un « *retard mental léger* » et « *d'importantes faiblesses en ce qui concerne le processus logique de la pensée, le raisonnement mental et la capacité d'abstraction* » (dossier OAI, pièce 49).

Dans ce contexte, par prononcé du 18 février 2005, l'assuré s'était vu octroyer une rente entière dès le 15 avril 2003 (dossier OAI, pièce 56).

5.2. Première procédure de révision d'office

Cette rente entière avait été confirmée à l'issue d'une première procédure de révision, initiée au mois d'avril 2006, lors de laquelle l'assuré avait indiqué que son état de santé était resté le même et qu'il était toujours sans activité lucrative (dossier OAI, pièce 65).

L'état stationnaire avait d'abord été confirmé par le Dr C. _____ dans un rapport du 10 juillet 2006, tout en signalant un changement dans les diagnostics (« *probable trouble de l'attention avec hyperactivité existant depuis l'enfance* ») ainsi qu'une amélioration grâce à la médication (« *les antidépresseurs ont permis de diminuer la fréquence des attaques de panique* »; dossier OAI, pièce 70),

Le 24 janvier 2007, le psychiatre traitant avait mentionné une amélioration du trouble de l'attention grâce au traitement médicamenteux et avait précisé que, moyennant la poursuite d'une prise en charge psychiatrique optimale, « *une réhabilitation professionnelle partielle pourrait éventuellement devenir envisageable dans le meilleur des cas (...) dans les mois et années qui viennent* » (dossier OAI, pièce 78).

Le Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) avait alors estimé que certaines pathologies étaient « *traitables* », que « *des facteurs étrangers à l'AI continuent à jouer un rôle dans l'incapacité de travail* » et que « *l'assuré ne fait pas le nécessaire pour réduire son dommage* ». Par conséquent, il avait proposé qu'une prise en charge psychiatrique régulière, incluant un traitement psychostimulant et éventuellement antidépresseur, soit exigé par l'AI. En outre, il avait estimé que « *si l'on exclut les facteurs étrangers à l'AI et si l'on tient compte de l'amélioration des troubles du comportement et des troubles anxieux, une capacité de travail résiduelle de 50% est parfaitement envisageable dans un premier temps avec possibilité d'augmentation de cette capacité dans les 6-12 mois en cas de bonne réponse à la prise en charge psychiatrique* ». Il avait considéré que des mesures d'ordre professionnel devaient être mises en places rapidement, sur la base d'une capacité de travail initiale de 50%, et qu'une révision à court terme était souhaitable (rapport du 2 février 2007, dossier OAI, pièce 79).

L'assuré avait ainsi bénéficié d'un stage d'observation et d'évaluation professionnelle de 3 mois auprès du Centre d'intégration socioprofessionnelle (ci-après : CIS), à 50%, du 18 février au 18 mai 2008 (communication du 4 février 2008, dossier OAI, pièce 90).

Après quelques semaines, le Dr C. _____ avait cependant attesté d'une incapacité de travail totale du 10 au 27 avril 2008, puis d'une capacité limitée dès le 28 avril 2008 (dossier OAI, pièce 99).

A l'issue du stage, dans un rapport du 20 mai 2008, ce médecin avait signalé une péjoration dès la mi-mars 2008, « *avec intensification des cauchemars, fringales nocturnes, prise de poids massive et un état dépressif de plus en plus caractérisé justifiant l'introduction d'une médication* » (Efexor puis Sertraline, dès le 16.5.08, en complément avec Seroquel, Buspar et Ritaline). Il avait ainsi estimé qu'« *il est trop tôt pour dire si la médication est efficace, mais l'état d'adynamie, d'apathie, d'angoisse et d'abattement qui caractérisent l'état actuel ne sont pas compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative de sorte que seul les trois premières semaines du stage peuvent être considérées comme relevant d'un état de santé tant soit peu stabilisé* ». Il avait ajouté que « *l'engagement de l'assuré y paraît bon. Pour les activités jugées peu motivantes, il a probablement des difficultés au-dessus de la moyenne. La maladie de la grand-mère et la précarité financière sont actuellement les facteurs de stress les plus importants* ». En conclusion, ce médecin avait proposé de « *réactiver la rente, au moins jusqu'à la stabilisation de l'état de santé, au plus tôt cet automne* » (dossier OAI, pièce 95).

Quant au rapport de stage du CIS du 20 mai 2008, il confirmait la présence de l'assuré durant environ 6 semaines et demie avant une incapacité de travail dès le 10 avril 2008. Il avait conclu à une qualité d'exécution « *acceptable* » dans les travaux simples et avait qualifié de « *satisfaisantes* » les activités exercées par l'assuré, en précisant que « *son absentéisme important, même justifié, a été un réel obstacle pour son intégration et pour l'évaluation* » (dossier OAI, pièce 96).

Dans un rapport du 14 février 2009, le psychiatre traitant avait signalé la survenance d'un nouveau diagnostic (« *trouble de l'adaptation avec perturbation de l'humeur et des conduites dans le contexte d'une procédure judiciaire et d'un conflit conjugal aigu* ») et avait déconseillé la mise en œuvre de nouvelles mesures professionnelles (dossier OAI, pièce 111).

Dans ce contexte, la rente entière a été confirmée sans modification par décision du 25 mars 2009 (dossier OAI, pièce 112), moyennant l'obligation de poursuivre scrupuleusement le traitement médical (communication du 2 avril 2009, dossier OAI, pièce 114).

5.3. Deuxième procédure de révision d'office

Une nouvelle procédure de révision avait été initiée au début de l'année 2012 (dossier OAI, pièce 145), dans le cadre de laquelle l'assuré avait indiqué le 21 janvier 2012 que son état de santé était resté stationnaire (dossier OAI, pièce 147).

Dans un rapport du 2 avril 2012, le Dr C. _____ avait confirmé l'état stationnaire, en précisant que l'assuré n'avait « *pas de médication fixe en cours* » et que l'accompagnement thérapeutique était « *espacé* » (consultations mensuelles au maximum, trimestrielles au minimum; dossier OAI, pièce 152). Il avait estimé que la reprise d'une autre activité professionnelle n'était envisageable que « *très éventuellement* », en raison du « *cumul des handicaps* » et du « *déconditionnement* » (dossier OAI, pièce 151).

Sur la base de ce rapport, la rente entière avait une nouvelle fois été confirmée sans modification, par décision du 31 mai 2012 (dossier OAI, pièce 154).

5.4. Troisième procédure de révision d'office

5.4.1. Ouverture de la procédure de révision (août 2013)

Dans le cadre d'une troisième procédure de révision, débutée au mois d'août 2013, l'assuré a déclaré le 6 octobre 2013 que son état s'était amélioré depuis environ un an, en précisant qu'il se sentait « *moins bloqué devant les difficultés* » et qu'il aimerait « *faire une formation* » (dossier OAI, pièce 174).

Il était soutenu dans cette démarche par son psychiatre traitant, qui avait déjà contacté l'OAI par téléphone le 24 avril 2013 pour demander la prise en charge d'une formation visant à obtenir une patente de restaurateur, souhaitée par son patient, tout en précisant qu'il ne savait pas si l'assuré avait « *les ressources intellectuelles nécessaires* », mais que cela serait « *une évolution dans le bon sens car il a fait beaucoup de progrès ces dernières années* » (dossier OAI, pièce 168).

Dans un rapport du 31 octobre 2013, le Dr C._____ a confirmé une certaine stabilisation, quoique fragile, ainsi que la demande de mesures de réinsertion: « *[l'assuré] a cessé sa consommation d'alcool, s'engage davantage pour son fils, a décidé de ne pas laisser sa vie en friche et entretient avec son ex-femme des liens constructifs. Il ne fréquente plus des milieux suspects et se montre motivé pour une réinsertion voir une réhabilitation professionnelle. Il a visiblement muri. Patient collaborant, orienté sans troubles psychiatriques voyants et actuellement bien stabilisé, prêt à commencer des mesures de réinsertion, dans une activité adaptée. (...) Toutefois, je perçois derrière sa façade beaucoup de fragilité. (...) Il faut mettre à profit la stabilisation actuelle, observée depuis plusieurs mois, pour initier le travail de réhabilitation professionnelle et maintenir le suivi psychiatrique* ».

Il a rappelé les diagnostics retenus (« *TDAH ne répondant pas au méthylphénidate; trouble de la personnalité, à définir [selon l'expert pénal, trouble schizotypique]* ») et a indiqué que l'assuré ne prenait plus de médication depuis 2011.

Sur le plan de la capacité de travail, il a déclaré que « *l'incapacité de travail reste totale sur le marché libre, mais pour des raisons non médicales (déconditionnement) (...) Vu le déconditionnement, une insertion directe dans le marché du travail me semble vouée à l'échec. (...) Je crois qu'une activité adaptée aux handicaps est maintenant possible, à plein temps, avec un rendement réduit, dans le cadre d'une mesure d'évaluation, de formation AI ou de réinsertion* » et a estimé la réduction de rendement à « *environ 50% initialement* » (dossier OAI, pièce 177).

Invité à se prononcer, le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, médecin auprès du SMR, a confirmé l'amélioration constatée par le psychiatre traitant et a validé la demande de mesures de réinsertion: « *des mesures de nouvelle réadaptation progressives à but de reconditionnement sont indiquées. Elles devraient viser à la reprise d'une activité simple, répétitive et peu exigeante sur le plan intellectuel, exercée dans un milieu calme et comportant peu de relations interpersonnelles, sans contact avec l'alcool* ». Il a ajouté que « *la poursuite d'un suivi psychiatrique au minimum jusqu'à la fin des mesures est hautement souhaitable, à but stabilisateur comme l'atteste le psychiatre traitant* » et que « *l'exigibilité médicale sera établie à l'issue des mesures. En cas d'échec, une exigibilité médico-théorique devrait être fixée par une expertise psychiatrique* » (appréciation du 28 novembre 2013, dossier OAI, pièce 178).

5.4.2. Mesures professionnelles

L'assuré a alors bénéficié d'un stage d'entraînement à l'endurance à 50% auprès du Centre d'intégration socioprofessionnelle (CEPAI) du 23 juin au 26 septembre 2014 (dossier OAI, pièces

185 et 186). Le rapport de stage du 29 septembre 2014 faisait état du succès de cette mesure (« *l'assuré est très motivé par son processus de réinsertion dans son ensemble. Il est pleinement engagé (...) et n'éprouve pas de difficultés à se concentrer. Il s'adapte à tout type de travail. L'assuré est une personne pleine de ressources. Le potentiel de réinsertion de l'assuré est confirmé tant par ses capacités et compétences que par sa motivation à se réinsérer* »; dossier OAI, pièce 190).

De nouveaux stages au CEPAI ont ensuite été organisés dès le 29 septembre 2014, également très positifs (rapports de stage du 26 janvier 2015 et du 27 avril 2015, dossier OAI, pièces 194 et 200).

Ces stages ont été suivis de mesures de réinsertion à 100%, d'abord en tant qu'aide-concierge dans un EMS du 31 août au 27 novembre 2015 (dossier OAI, pièce 211), puis dans une entreprise de restauration du 30 novembre 2015 au 26 février 2016 (dossier OAI, pièce 221).

A l'issue de ces mesures, un reclassement dans le domaine de la restauration (formation obligatoire puis examens de cafetier-restaurateur) a finalement été pris en charge (dossier OAI, pièces 225, 228, 233).

5.4.3. Examen neuropsychologique (août 2017)

Un examen neuropsychologique a ensuite été mis en œuvre auprès de H. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, dans le but de confirmer la présence de troubles cognitifs.

Dans son rapport du 10 août 2017, celle-ci détaille les résultats des différents tests réalisés et parvient à la conclusion que « *l'assuré ne souffre pas de déficience mentale. (...) un retard mental peut être exclu avec certitude, les performances intellectuelles n'étant à ce jour pas déficitaires. Des troubles cognitifs sont en revanche constatés, se manifestant par:*

- *une légère lenteur aux tests attentionnels (constatée en alerte, en modalités soutenue et divisée);*
- *des déficits modérés de la programmation, de la flexibilité et de l'inhibition avec signes de précipitation chez un assuré qui montre par ailleurs des signes d'hyperactivité motrice;*
- *de légères difficultés de mémoire à long terme en modalités visuelle et dans une moindre mesure verbale;*
- *des difficultés praxiques constructives;*
- *des difficultés d'identification des expressions faciales exprimant la peur.*

La motricité manuelle est par ailleurs ralentie, de manière bilatérale, toutefois plus accentuée de la main droite ».

Ainsi, elle affirme que « *les déficits cognitifs sont de degré globalement moyen. Ils sont présents de toute évidence depuis l'enfance, en lien avec une souffrance d'origine neurologique* ».

Elle précise en outre que « *pendant l'examen, des signes d'hyperactivité motrice lors des tests attentionnels et exécutifs sont observés associés à un état de frustration et de fatigue. Aucun signe de la ligne psychotique n'est en revanche constaté* » et confirme le diagnostic de « *syndrome hyperactif* ».

Enfin, s'agissant des éventuelles limitations fonctionnelles, elle déclare que « *outre aux difficultés lors des activités manuelles et graphiques, des limitations sont à attendre au niveau des capacités*

d'attention, d'apprentissage, de rétention des informations, d'organisation ainsi que relationnelles. La conduite automobile est déconseillée, ce que je me suis permise de transmettre à l'assuré. La baisse du rendement en raison des troubles cognitifs est vraisemblablement modérée à moyenne » (dossier OAI, pièce 268).

5.4.4. Fin des mesures professionnelles

Après un premier échec en automne 2016, l'assuré a finalement réussi les examens de cafetier au mois de mars 2018, obtenant ainsi un « *certificat de capacité professionnelle pour tenancier d'établissement public* » (dossier OAI, pièce 288).

Par décision du 16 mai 2018, l'OAI a encore octroyé une mesure d'aide au placement du 1^{er} mai au 31 octobre 2018 (dossier OAI, pièce 289), dans le cadre de laquelle il a bénéficié d'un coaching professionnel.

A l'occasion d'une première séance de bilan le 19 juin 2018, le projet professionnel de l'assuré (création d'un restaurant avec spécialités turques ; dossier OAI, pièce 307) était envisagé à titre indépendant, l'assuré « *ne supportant pas la présence d'un chef* ». Le financement était supposé résulter de la vente d'un terrain à B. _____ (dossier OAI, pièce 302). Lors du second bilan du 27 juillet 2018, le financement posait problème, en raison de l'impossibilité de vendre le terrain à B. _____ et du refus des banques d'octroyer un prêt (dossier OAI, pièce 301).

Le 18 août 2018, le psychiatre traitant a affirmé que seule une activité en tant qu'indépendant était envisageable: « *en raison de sa personnalité, [Monsieur] est inapte à exercer une activité lucrative en tant qu'employé depuis le 25.06.18 au moins* » (dossier OAI, pièce 299).

Ce médecin a confirmé cette restriction lors d'une séance de réseau du 25 novembre 2018 (« *Dr C. _____ insiste sur le fait qu'en tant que restaurateur indépendant A. _____ peut fonctionner sans diminution de rendement mais qu'il ne faut pas envisager [de] le repositionner en tant qu'employé de restauration, activité qui va à l'encontre de ses limitations fonctionnelles* »). Lors de cette séance, l'assuré a toutefois été rendu attentif au fait que la réussite des mesures professionnelles octroyées aurait un impact sur le droit à la rente (dossier OAI, pièce 309).

5.4.5. Suppression de rente et procédure d'opposition

A l'issue des mesures d'ordre professionnel, par projet de décision du 3 décembre 2018, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité au motif que l'assuré était désormais en mesure d'exercer une activité de restaurateur indépendant à plein temps, sans diminution de rendement, susceptible de procurer un revenu de CHF 69'335.55. Comparé avec le revenu sans invalidité (fixé à CHF 82'000.- sur la base du revenu annuel moyen des salariés), le degré d'invalidité s'élève à 15%, soit un taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente (dossier OAI, pièce 312).

Le 15 janvier 2019, le Dr C. _____ a proposé le maintien d'une demi-rente afin de permettre à l'assuré de bénéficier d'un emploi protégé à 50%, face à l'échec de son projet professionnel en tant qu'indépendant: « *pour des raisons financières et non médicales, sa mise à son compte est compromise (...). Après avoir vainement tenté d'obtenir un crédit d'au moins 30'000 CHF pour se mettre à son compte, A. _____ a constaté une offre d'emploi faite par le CIS (...) à l'intention d'un employé de restaurant pouvant travailler à 50 % et bénéficiaire d'une rente AI. (...) A. _____ serait disposé de travailler à cette place mais celle-ci n'est pas accessible sans rente. Or, dans l'état, la capacité de gain de votre assuré reste limitée dans le marché de l'emploi et ne dépasserait le seuil pour une absence de prestation qu'en cas d'activité indépendante. Il paraît donc opportun de maintenir une rente à 50 % et cette activité à 50% au CIS. Cette place a*

l'avantage que A. _____ connaît déjà les personnes du CIS car il y était concierge par le passé. En effet, en l'absence d'une solution aussi favorable, A. _____ se verrait contraint de recourir aux services sociaux et cela péjorerait à coup sûr l'équilibre psychique actuel » (dossier OAI, pièce 314).

Le 25 janvier 2019, l'assuré, désormais représenté par Me Charrière, a confirmé les conclusions des objections déposées le 15 janvier 2019 par son psychiatre traitant. Il a précisé qu'il avait un entretien pour ce poste le 15 février 2018 et a rappelé qu'il présentait « *encore et toujours des limitations d'origine médicale pour s'orienter dans l'exercice d'une activité professionnelle* » et que, outre les problèmes financiers rencontrés (refus d'octroi de crédit par les établissements bancaires), l'exercice réel d'une telle activité ne saurait dépasser un taux de 50%, de sorte que l'on ne saurait retenir une capacité de travail de 100% comme employé dans la restauration. Il a ainsi conclu au maintien de la reconnaissance d'une invalidité à 50% et, partant, d'une demi-rente (dossier OAI, pièce 323).

Selon une prise de position du même jour du conseiller OAI, responsable des mesures de réadaptation professionnelle, une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement avait été observée en novembre 2015, à l'issue des premières mesures de réinsertion en tant qu'aide concierge, et avait pu être confirmée dans le domaine de la restauration à l'issue du stage effectué de novembre 2015 à février 2016. Le conseiller relevait que « *la situation actuelle de A. _____ n'est en aucun cas en lien avec des raisons médicales, c'est uniquement le financement de son projet de mise à son compte qui est pénalisant or cette problématique sort du champ de compétence de l'Office AI. (...) La réussite des différentes mesures professionnelles, les différents stages réalisés et les échanges avec Dr C. _____ confirment que A. _____ a une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans son activité de restaurateur indépendant* » (dossier OAI, pièce 328).

Par décision formelle du 1^{er} février 2019, l'OAI a confirmé la suppression de rente, au motif que les difficultés liées au financement du projet professionnel de l'assuré ne ressortaient pas de la compétence de l'assurance-invalidité, de sorte qu'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, pouvait être retenue dans une activité de restaurateur indépendant.

5.4.6. Recours et nouveaux éléments

Dans le cadre de son recours du 6 mars 2019 à l'encontre de cette dernière décision, le recourant a tout d'abord confirmé les conclusions prises dans le cadre de la procédure d'opposition, à savoir principalement l'octroi d'une demi-rente et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il faisait grief à l'OAI de n'avoir pas suffisamment instruit la question de sa capacité de travail du point de vue médical, en relevant que l'obtention d'un certificat de cafetier-restaurateur ne saurait équivaloir à la preuve d'une aptitude concrète à 100%, sans limitation aucune liée à son état de santé. Il soulignait à cet égard que les atteintes psychiques mises en évidence en 2003 et qui avaient conduit à l'octroi de la rente entière étaient toujours présentes, conformément à l'expertise neuropsychologique, de sorte que les difficultés financières n'étaient pas seules responsables de l'échec de son projet professionnel. Au contraire, en raison des limitations fonctionnelles dues à son état de santé, le revenu maximum réalisable serait d'environ CHF 3'000.-, correspondant à une activité de gérant à 50%. Le taux d'invalidité devait ainsi être fixé à 57%, donnant droit à une demi-rente AI.

Par courrier du 11 mars 2019 adressé à l'OAI, le Dr C. _____ avait tenu à préciser sa position de la manière suivante: « *en affirmant que A. _____ est apte à exercer une activité*

d'indépendant, je ne voulais nullement nier les limitations toujours présentes en tant que salarié et qui ne sont gérables qu'en tant que patron ou dans un milieu inhabituellement compréhensif pour son impulsivité et sa sensibilité voire intolérance aux rapports d'autorité, tel que le CIS qui se montre en effet ouvert à sa candidature. En dehors d'un tel contexte, il ne manquera pas de se faire licencier en raison des limitations liées à son affection psychiatrique qui n'a pas pour l'heure pu être mieux traitée ». Ce médecin avait en outre indiqué qu'il était sur le point de prendre sa retraite (dossier OAI, pièce 330).

Le 3 juin 2019, le recourant a toutefois produit un rapport du 3 juin 2019 de son nouveau psychiatre traitant dès le 25 mars 2019, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suite à la retraite du Dr C._____. Dans ce rapport, ce médecin remet en cause les conclusions du précédent psychiatre traitant et retient le diagnostic de « *trouble schizotypique (CIM 10: F21)* », sur la base duquel il atteste d'une incapacité de travail totale et durable (« *rien ne permettait (...) de dire que la situation de ce patient s'améliorait sur un plan psychiatrique. Il reste incapable de travailler, quel que soit le milieu dans lequel il évoluerait* »).

Sur cette base, le recourant a modifié ses conclusions et demande désormais, à titre principal, le maintien de la rente entière.

Quant à l'autorité intimée, elle relève que l'appréciation des médecins traitants doit être prise en compte avec prudence compte tenu du lien de confiance les unissant à leur patient et propose le rejet du recours. Elle précise cependant ne pas s'opposer à la tenue d'une expertise psychiatrique judiciaire dans l'hypothèse où les divergences entre les avis des deux psychiatres traitants devaient être considérées comme irrésolubles.

6.

En l'espèce, la question sur laquelle la Cour est amenée à se prononcer est celle de savoir si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont remplies, en ce sens que le taux d'invalidité du recourant se serait réduit au point de justifier une suppression de la rente entière octroyée dès le 15 avril 2003 et confirmée à deux reprises.

A cet égard, il convient d'examiner, conformément à l'art. 7 al. 1 LPGA, si les mesures d'ordre professionnel dont le recourant a bénéficié permettent désormais de retenir une diminution notable et durable de sa perte de gain.

6.1. D'emblée, il appert que la question de la capacité résiduelle n'a pas été instruite sur le plan médical dans le cadre de cette troisième révision d'office, alors que le SMR, en 2013, avait recommandé que l'exigibilité médicale soit examinée à l'issue des mesures professionnelles, le cas échéant au moyen d'une expertise psychiatrique (dossier OAI, pièce 178).

Aucune analyse de la capacité de travail, sous l'angle médical, ne figure pourtant au dossier.

La capacité de travail entière dans une activité dans le domaine de la restauration que retient l'autorité intimée semble reposer exclusivement sur la « *prise de position du conseiller* » du 1^{er} février 2019 (dossier OAI, pièce 328), qui, pour sa part, se base sur le succès des mesures professionnelles mises en œuvre, auquel viennent s'ajouter les déclarations du psychiatre traitant quant à l'exigibilité d'une activité indépendante.

Comme le soutient à juste titre le recourant, la réussite des examens professionnels et le succès des stages mis en œuvre n'équivalent pas encore à l'assurance d'une pleine capacité de travail

sans diminution de rendement. Or, sur le plan médical, les déclarations du Dr C. _____ n'apparaissent pas non plus suffisantes pour valider une pleine exigibilité.

En effet, la distinction drastique faite par ce médecin entre une activité indépendante en tant que patron de restaurant, dans laquelle son patient disposerait d'une pleine capacité de travail, sans la moindre diminution de rendement, et un statut d'employé dans le domaine de la restauration, pour lequel ce médecin atteste d'une incapacité de travail totale, ne manque pas de surprendre.

Si l'on peut concevoir que certains troubles de la personnalité puissent impliquer des difficultés avec une autorité hiérarchique, l'on peine cependant à concevoir que le seul statut d'indépendant permette de passer outre l'ensemble des limitations fonctionnelles relevées par l'examen neuropsychologique du 10 août 2017.

On rappellera en effet que cet examen avait confirmé la présence de « *déficits neurologiques de degré globalement moyen* » ainsi que de certaines limitations fonctionnelles en découlant (« *outré des difficultés lors des activités manuelles et graphiques, des limitations sont à attendre au niveau des capacités d'attention, d'apprentissage, de rétention des informations, d'organisation ainsi que relationnelles* »), de sorte que la psychologue, sans se prononcer de manière précise sur l'exigibilité médico-théorique, avait malgré tout conclu à une « *baisse du rendement en raison des troubles cognitifs (...) vraisemblablement modérée à moyenne* » (dossier OAI, pièce 268).

Or, le Dr C. _____ n'explique en rien pourquoi une activité indépendante serait susceptible de ne pas être entravée par ces limitations et pourrait dès lors être exercée sans diminution de rendement aucune. Son appréciation n'est en effet absolument pas motivée du point de vue médical et ne constitue qu'une simple allégation, au demeurant peu convaincante.

L'appréciation du nouveau psychiatre traitant, qui dément formellement toute possibilité d'exercer une activité lucrative indépendante, achève de remettre en cause une telle exigibilité.

6.2. Dans un tel contexte, il appartenait à l'OAI de clarifier la question de l'exigibilité médico-théorique sous l'angle strictement médical, soit en ordonnant une expertise psychiatrique, comme l'avait préconisé le SMR en 2013, soit, à tout le moins, en soumettant le cas au SMR afin qu'il se prononce sur la validité des conclusions du psychiatre traitant.

Bien évidemment, les difficultés financières qui ont peut-être causé l'échec du projet de développement d'une activité indépendante ne sauraient en tant que telles engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. On rappellera à cet égard que, conformément à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences médicales d'une atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

Cela étant, si l'OAI entendait – probablement à juste titre – s'écarter des conclusions du psychiatre traitant quant à l'inexigibilité de toute activité non indépendante, il lui appartenait alors de clarifier plus sérieusement cette question.

Il n'était en effet pas possible, sur la seule base des éléments au dossier, de considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant disposerait désormais d'une pleine capacité de travail dans toute activité dans le domaine de la restauration sans la moindre diminution de rendement.

6.3. Dans ces conditions, force est d'admettre que les mesures d'instruction diligentées sont insuffisantes pour permettre à la Cour de statuer. La seule affirmation du nouveau psychiatre traitant selon laquelle le recourant serait totalement et durablement incapable de travailler ne

saurait en effet être suffisante, en l'état, pour retenir une incapacité de travail totale dans toute activité et, partant, le maintien de la rente entière.

Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. *supra* consid. 3.2), il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle mette en œuvre de nouvelles mesures d'instruction, visant à déterminer si le recourant présente des atteintes à la santé susceptible de réduire sa capacité de travail et, le cas échéant, à fixer l'étendue de la capacité résiduelle.

6.4. Bien fondé, le recours est ainsi admis et la décision querellée annulée.

La cause est renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction médicale dans le sens des considérants et nouvelle décision.

7.

7.1. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

7.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie.

Son mandataire a produit le 1^{er} juillet 2020 une note d'honoraires exposant chacune des opérations effectuées dans le cadre de la procédure de recours, pour un total de 18h41 facturées au tarif horaire de CHF 250.-, soit CHF 4'670.90, des frais de correspondance par CHF 155.- ainsi que des débours forfaitaires (5%) à hauteur de CHF 233.55, à quoi s'ajoute encore la TVA (7.7%) par CHF 389.60, soit un montant total de CHF 5'449.05.

Ont notamment été comptabilisées 8h de travail pour la rédaction du recours (20 pages) ainsi que 15 minutes pour la rédaction de la réplique spontanée du 26 avril 2019 - alors qu'un second échange d'écritures n'avait pas été requis -, puis 30 minutes pour la rédaction de l'intervention spontanée du 3 juin 2019.

L'on constate par ailleurs que cette liste de frais comprend en outre quelques opérations (15 avril 2019, 18 avril 2019 et 11 juillet 2019) en lien avec l'examen de la décision incidente du 10 avril 2019 rejetant la requête de restitution de l'effet suspensif (605 2019 55). Même si le temps consacré au recours (605 2019 112) interjeté ensuite contre cette décision n'a, à juste titre, pas été comptabilisé, les démarches susmentionnées doivent également être écartées.

De surcroît, la facturation de frais de « *correspondance à forfait et frais de secrétariat* » ainsi que de « *débours (5% s/honoraires)* » n'est pas conforme aux art. 146ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et 9 al. 1 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), qui prévoit que les débours nécessaires à la conduite de l'affaire sont remboursés au prix coûtant.

Dans ces conditions, conformément à l'art. 11 al. 1 Tarif/JA, il convient de s'écarter de la liste de frais produite et de fixer l'indemnité de partie *ex aequo et bono* à CHF 3'750.-, ce qui correspond à 15 heures de travail, plus CHF 100.- au titre de débours et CHF 296.45 au titre de la TVA (7.7%), soit un total de CHF 4'146.45.

Un tel montant semble adéquat afin de tenir compte du travail strictement nécessaires à effectuer dans ce type d'affaire, dans le cadre d'une procédure soumise à la maxime d'office, où il ne s'agissait au fond que de démontrer que la capacité médico-théorique telle que retenue par l'OAI n'était pas suffisamment établie.

Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

7.3. En raison de l'admission du recours et des dépens alloués au recourant à la charge de l'OAI, la requête d'assistance judiciaire (605 2019 56), devenue sans objet, est rayée du rôle.

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2019 54) est admis.
Partant, la décision du 1^{er} février 2019 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- III. Pour ses frais de défense, une indemnité de CHF 4'146.45 (dont CHF 296.45 au titre de la TVA à 7.7%) est allouée au recourant, à la charge de l'autorité intimée.
- IV. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 56), déposée le 6 mars 2019, est sans objet.
- 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 10 juillet 2020/isc

Le Président :

La Greffière :