



**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

608 2018 100
608 2018 138

Arrêt du 3 septembre 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteuse : Muriel Zingg

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Florence Bourqui,
avocate au sein d'Inclusion Handicap

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision, devoirs d'instruction, d'objectivité et
d'impartialité, appréciation de la capacité de travail, assistance
judiciaire, indigence

Recours (608 2018 100) du 18 avril 2018 contre la décision du
8 mars 2018 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale
déposée le 18 mai 2018 (608 2018 138)

considérant en fait

A. Par décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) du 8 février 2012, A. _____, né en 1966, marié et père de trois filles majeures, domicilié à B. _____, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2010 en raison d'atteintes psychiques qui l'empêchaient totalement d'exercer toute activité lucrative.

Suite à plusieurs révisions d'office, cette rente a été confirmée par décisions du 19 septembre 2012, du 6 janvier 2014 et du 15 décembre 2015.

Une quatrième révision d'office de la rente d'invalidité a été initiée suite au dépôt d'une demande d'allocation pour impotent en date du 20 novembre 2015 et à l'enquête à domicile qui a été réalisée le 23 février 2016 dans le cadre de cette procédure.

La demande d'allocation pour impotent a été rejetée par décision du 19 décembre 2016 et celle-ci n'a pas été attaquée.

Le 2 mai 2017, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par décision du 8 mars 2018, l'OAI a réduit la prestation octroyée à A. _____ à un quart de rente d'invalidité dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision. Pour ce faire, il s'est basé essentiellement sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 6 janvier 2018, selon lesquelles l'assuré était capable de travailler à 60 % avec une diminution de rendement de 10 % dans son activité habituelle d'ouvrier.

B. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Florence Bourqui, avocate au sein d'Inclusion handicap, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 18 avril 2018 (dossier 608 2018 100), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et au maintien du versement de la rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} mai 2018. A l'appui de ses conclusions, il relève que l'autorité intimée a manqué à ses devoirs d'objectivité et de neutralité. Il estime qu'il n'y avait aucun motif de révision, comme mentionné dans le rapport du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) du 1^{er} septembre 2016. En outre, il relève que l'autorité intimée ne lui a pas annoncé la procédure de révision, qu'elle ne lui a pas envoyé de questionnaire de révision et qu'elle n'a pas abordé non plus ses médecins traitants. Il reproche également à l'autorité intimée d'avoir mandaté un expert alors que le SMR avait clairement indiqué que son dossier ne présentait aucun problème de cohérence, que l'incapacité de travail était justifiée et que des mesures d'instruction complémentaires n'étaient pas nécessaires. Enfin, il considère que le rapport d'expertise psychiatrique n'a aucune valeur probante.

Le 18 mai 2018, le recourant dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (dossier 608 2018 138).

Dans ses observations du 13 juin 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et de la requête d'AJT. Elle relève que, lors de l'enquête à domicile effectuée dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent, des discordances ont été relevées par l'enquêtrice et que c'est en raison de ces discordances qu'elle a décidé de réviser une nouvelle fois le droit à la rente. Elle souligne que les rapports du SMR ne sont que des recommandations et qu'elle peut décider seule de poursuivre les mesures d'instruction ou non. Elle rappelle que le Dr C. _____ avait

recommandé en 2011 de revoir la situation, ce qui n'avait jamais été fait auprès d'un expert neutre. Elle conclut ainsi que la procédure de révision avait toutes les raisons d'avoir lieu et que la diminution du droit à la rente est fondée sur des conclusions médicales objectivées.

Par courrier du 27 mai 2019, l'OAI a produit différents documents demandés par la greffière-rapporteuse. Les documents en question ont été transmis pour information au recourant en date du 28 mai 2019.

Dans une détermination spontanée du 25 juin 2019, le recourant s'est prononcé sur ceux-ci et a maintenu entièrement les explications et conclusions contenues dans son recours.

Suite à la demande de la greffière-rapporteuse, le recourant a fourni, en date du 23 juillet 2019, des précisions quant à sa situation financière et à celle de sa famille.

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

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

2.

2.1. 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).

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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail

(art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

2.2. 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).

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).

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).

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).

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).

2.3. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité,

l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). En ce sens, le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe d'une administration rationnelle (arrêt TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et les références citées).

Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assuré de recueillir une "*second opinion*" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de façon complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (arrêt TF précité, consid. 4.2 et les références citées).

2.4. L'art. 59 al. 2 LAI prévoit que les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires et que le Conseil fédéral délimite les régions après avoir consulté les cantons. L'art. 59 al. 2bis LAI précise que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce.

En vertu de l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. L'al. 2 ajoute qu'ils peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit, avec copie à l'assuré. Enfin, l'al. 3 relève que les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller.

Selon la jurisprudence, les médecins SMR ont pour fonction, outre celle d'aider les laïcs en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux, à qui il appartient ensuite de trancher le droit aux prestations, non seulement de compiler et de résumer la situation médicale, mais aussi, en cas de rapports contradictoires, de dire sur quel avis se fonder, voire de proposer un examen supplémentaire. Les rapports des médecins SMR fondés sur l'art. 49 al. 3 RAI ne se basent pas sur les propres investigations du médecin en question mais sur les autres rapports

médicaux, qu'ils compulsent et résument en vue d'émettre une recommandation. De ce fait, les rapports remplissent une autre fonction que les expertises au sens de l'art. 44 LPGA ou que les examens auxquels ils peuvent également procéder sur les assurés au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Ils ne font qu'apprécier les rapports médicaux existants. Leurs rapports ne doivent dès lors pas remplir les exigences formelles des expertises. On ne peut pas pour autant leur dénier toute valeur probante ou leur impact vers l'extérieur; ils constituent en effet des pièces déterminantes pour la prise de décision (arrêts TF I 143/2007 du 14 septembre 2007 consid. 3.3, 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_858/2014 consid. 3.3.2 et 3.3.3). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

3.

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.

En raison de la force obligatoire de la décision (initiale) concernant le droit à une rente ou à une autre prestation durable, un nouvel examen de ce droit n'a pas à être effectué aussi longtemps que les faits pertinents qui ont fait l'objet d'une appréciation à l'époque ne se sont pas modifiés. Pour qu'un tel examen ait lieu, il faut donc d'abord commencer par évaluer si un motif de révision existe, soit si une modification notable des faits susceptible d'influencer le droit à la prestation est survenue. Si ce n'est pas le cas, toute adaptation de ce droit est d'emblée exclue. A l'inverse, en présence d'un motif de révision, le droit à la prestation fait l'objet d'un nouvel examen étendu et est, cas échéant, adapté à la nouvelle situation (CR-LPGA-MOSER-SZELESS, art. 17 LPGA N 46).

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; 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; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, 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 *in* SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

4.

4.1. Dans son recours, le recourant estime qu'il n'y avait pas de motif de révision et que l'autorité intimée a violé son obligation d'objectivité et de neutralité.

4.1.1. Il faut tout d'abord relever que la procédure de révision peut être initiée d'office par l'assureur social ou à la demande de la personne assurée en tout temps et indépendamment de la durée écoulée depuis qu'a été rendue la décision devant être révisée (cf. CR-LPGA-MOSER-SZELESS, art. 17 LPGA n. 47).

Ainsi, pour que la procédure de révision débute, il n'y a pas besoin d'un motif spécifique, l'assureur pouvant en tout temps examiner si les circonstances propres à influencer le degré d'invalidité se sont modifiées. En revanche, c'est pour procéder à la révision de la décision en tant que telle qu'un motif de révision doit absolument exister.

Dans le cas du recourant, la décision initiale du 8 février 2012 lui octroyant une rente entière d'invalidité a fait l'objet de plusieurs procédures de révision, lesquelles ont d'ailleurs toujours été menées d'office par l'autorité intimée sans qu'il n'y ait de motif particulier justifiant la mise en œuvre de la procédure. Celles-ci ont abouti à des décisions confirmant le maintien de la rente entière.

La quatrième procédure de révision a débuté suite à l'enquête à domicile effectuée dans le cadre d'une demande d'allocation pour impotent déposée par le recourant. Lors de la visite, l'enquêtrice a relevé *"une certaine discordance entre les ressources observées lors de l'enquête et les plaintes/arguments avancés par l'assistance sociale et le couple"* (cf. rapport d'enquête du 23 février 2016, p. 2, dossier OAI, p. 344).

On peut certes regretter qu'un questionnaire officiel de révision n'ait pas été envoyé au recourant comme lors des précédentes procédures de révision. Cependant, comme une enquête à domicile venait d'être effectuée, l'autorité intimée était déjà en possession des informations nécessaires de la part du recourant au sujet de son état de santé et de ses répercussions.

En outre, par courrier du 2 mai 2017, le recourant a été informé qu'une expertise psychiatrique allait être ordonnée et le catalogue des questions soumis à l'expert lui a été remis. Dès ce moment, il était évident qu'une nouvelle procédure de révision était en cours. Or, à aucun moment, le recourant ne s'y est opposé ou n'a émis de remarques à ce sujet. Le grief du recourant à cet égard n'est donc pas fondé et doit être rejeté.

4.1.2. Le recourant reproche également à l'autorité intimée d'avoir violé son obligation d'objectivité et de neutralité en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique alors que son médecin SMR considérait que cela n'était pas nécessaire.

Il sied de relever que le rapport du SMR du 1^{er} septembre 2016 (dossier OAI, p. 381) est un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Selon cette disposition, les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller. Cela signifie que ce genre de rapport ne se base pas sur les propres investigations du médecin mais sur les autres rapports médicaux qu'il compulse et résume en vue d'émettre une recommandation. Ils n'ont donc pas un caractère absolument obligatoire pour l'autorité amenée à statuer sur la demande, mais sont examinés par elle dans le cadre de l'appréciation des preuves.

Dans le cas d'espèce, l'autorité intimée a jugé que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était justifiée, malgré l'avis contraire de son médecin SMR. A cet égard, il faut souligner que le médecin SMR n'a pas lui-même examiné le recourant, qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie et que l'expert précédent avait clairement indiqué dans son rapport du 21 avril 2011 (dossier OAI, p. 208) que la situation devrait être réévaluée d'ici une année au plus tard par lui-même. Or, un tel examen par l'expert n'a jamais été réalisé et aucune autre expertise neutre n'a été mise en place depuis 2011.

En outre, le fait de ne pas suivre l'avis du SMR et d'ordonner une expertise psychiatrique ne saurait en aucun cas constituer une demande de "*second opinion*", puisqu'il n'y avait justement pas d'expertise psychiatrique récente.

On peut néanmoins regretter que l'autorité intimée n'ait pas soumis ensuite formellement le rapport d'expertise au médecin SMR et aux médecins traitants du recourant pour avis afin de finaliser parfaitement la procédure de révision. Toutefois, comme on le verra ci-dessous dans le cadre de l'appréciation des rapports médicaux, cela n'aurait pas changé le résultat auquel elle est parvenue.

Compte tenu de ces éléments, l'autorité intimée n'a pas violé son obligation de neutralité et d'objectivité en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, de sorte que le grief du recourant doit également être rejeté.

4.2. Reste encore litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée a révisé à juste titre la rente d'invalidité du recourant en la réduisant à un quart de rente.

Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 15 décembre 2015, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 8 mars 2018.

4.2.1. Au moment de la décision du 15 décembre 2015, l'autorité intimée s'est basée sur les rapports des médecins traitants.

Dans son rapport du 15 septembre 2015 (dossier OAI, p. 312), le Dr D._____, médecin généraliste, indiquait que l'état de santé était stationnaire et retenait les diagnostics suivants: persistance des troubles psychiatriques antérieurs (état anxieux et état dépressif, modification durable de la personnalité), sciatalgie gauche de type S1 épisodique, actuellement plutôt au décours et ATS aortique (probablement asymptomatique). Il retient qu'il n'y a pas de modification significative en ce qui concerne la capacité de gain et que le status général est stable. Au niveau somatique, il relève que les activités physiques aussi lourdes que celles de ferrailleur ne peuvent plus être envisagées, mais que, dans toutes les activités physiques légères, il n'y a pas de limitations très évidentes. Il renvoie au surplus à l'avis du psychiatre traitant.

Dans son rapport du 17 novembre 2015 (dossier OAI, p. 319), le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de modification durable de la personnalité (F62.0). Il retient une aggravation de l'état de santé depuis août 2014, laquelle a nécessité une nouvelle hospitalisation. Il considère que l'assuré présente une invalidité totale et qu'il ne peut exercer aucune activité lucrative.

L'autorité intimée a donc considéré que la situation du recourant n'avait pas évolué par rapport aux conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr C. _____ du 21 avril 2011 (dossier OAI, p. 208), lesquelles retenaient une incapacité de travail totale dans toute activité, et a maintenu le droit à la rente entière.

4.2.2. Au moment de la décision querellée, l'autorité intimée s'est fiée essentiellement aux conclusions du rapport d'expertise du 6 janvier 2018 du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, p. 412).

L'expert retient les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.0). Il considère que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne devrait plus être utilisé selon les critères en vigueur car les événements incriminés sont "*très loin en arrière*". Il précise que lorsqu'il a abordé les tortures, l'emprisonnement et les maltraitances, l'expertisé n'a jamais montré une réaction affective particulière et qu'il était, au contraire, assez détaché et descriptif. Il constate qu'il y a eu de longues années où il était actif, professionnellement, politiquement et autres, et où les tortures n'ont visiblement pas laissé de traces, mais que tout est remonté autour des années où il y a eu la conjonction de plusieurs événements: arrêt de l'activité professionnelle, faillite de l'entreprise où il était engagé et surtout fin des activités politiques.

L'expert décrit les limitations fonctionnelles sous la forme d'un ralentissement, d'une diminution de l'élan vital, d'une fatigabilité et d'une anxiété mais relève également la présence de facteurs extramédicaux tels qu'une accentuation de symptômes, des facteurs sociaux, une démotivation, une fixation sur l'image de malade chronique, un déconditionnement et une régression. Il constate qu'il s'agit d'une personnalité qui est probablement marquée par les événements de sa jeunesse et de son jeune âge adulte, conduisant à la notion d'une modification de la personnalité après torture, mais considère que l'impact de cette pathologie est modéré. Il est d'avis que l'assuré dispose d'un certain nombre de ressources personnelles bien qu'il ait tendance à toujours faire la démonstration du contraire. Il relève également d'importantes divergences entre les symptômes décrits et ses observations.

Compte tenu de tous ces éléments, il conclut qu'il y a actuellement une amélioration clinique nette et que le recourant présente désormais une capacité de travail de 60 % avec une diminution de rendement de 10 % dans toutes activités non ou peu qualifiées.

Figurent également au dossier différents rapports médicaux émanant du Centre de soins hospitaliers de G. _____.

Dans la lettre de sortie du 25 février 2016 (dossier OAI, p. 353), la Dresse H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr I. _____, médecin assistant, constatent qu'il s'agit de la 8^{ème} hospitalisation de ce patient suivi au niveau psychiatrique, connu pour un syndrome de stress post-traumatique et indiquent qu'il présente des épisodes dépressifs depuis 2009. Ils posent les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.1) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). L'évolution est décrite ainsi: "*Patient connu, admis en volontaire, adressé par vous-même [psychiatre traitant] suite à une péjoration de son état psychique. Durant le mois précédant son hospitalisation, [l'assuré] décrit une péjoration de ses angoisses qu'il a tenté de gérer par lui-même qui se sont manifestées par une asthénie, une clinophilie, une hypersudation,*

des tremblements, des troubles cognitifs, une irritabilité, une aboulie, une anhédonie, une inappétence et une athymhormie. Il décrit aussi avoir des insomnies avec de nombreux cauchemars. Au début de l'hospitalisation, le patient se montrait réservé et ne se joignait pas spontanément au groupe. Après quelques nuits, [il] a décrit une amélioration de son sommeil qu'il attribue à la prise régulière de mirtazapine, il décrit aussi un meilleur appétit mais une asthénie toujours présente. A la sortie, [le patient] a une thymie améliorée mais toujours basse, il n'a pas d'idées noires ou d'idées suicidaires".

Dans un rapport du 21 mars 2016 (dossier OAI, p. 339), ces mêmes médecins confirment les diagnostics susmentionnés. Ils considèrent que l'état de santé s'est aggravé depuis septembre 2015. Ils estiment qu'actuellement le patient ne peut pas du tout travailler, ni dans son ancienne activité ni dans une activité adaptée.

Dans la lettre de sortie du 20 juillet 2016 (dossier OAI, p. 447), le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr K. _____, médecin assistant, expliquent que le patient est suivi à l'extérieur par le Dr E. _____ qui a reçu 3 messages inquiétants de la part du patient, lequel menaçait de mettre un terme à sa vie. Ils relèvent que le patient est arrivé en mode volontaire, accompagné d'un ami, mais qu'à son admission, il nie avoir des idées suicidaires. Ils retiennent les mêmes diagnostics que lors de la précédente hospitalisation. S'agissant du traitement et de l'évolution, ils font les constatations suivantes: "*Sur le plan médicamenteux, le traitement en cours a été repris et Tranxilium a été introduit après une semaine sans amélioration de ses angoisses. Après une amélioration de courte durée, le patient présente une péjoration de son humeur, de manière fluctuante. De ce fait, nous avons introduit un stabilisateur de l'humeur, le Valproate, qui a permis au patient d'améliorer son état psychique jusqu'à sa sortie".*

Dans la lettre de sortie du 16 juin 2017 (dossier OAI, p. 450), le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M. _____, médecin assistante, posent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, délire de persécution (F33.3) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Ils font la synthèse suivante: "*Le patient décrit une symptomatologie dépressive depuis environ 1 mois sans réel facteur déclenchant avec, entre autre, une recrudescence d'attaques de panique, cauchemars et flashbacks ainsi qu'un délire de persécution qu'il peut critiquer. Il nomme des idées noires mais pas d'idées suicidaires scénarisées. Le patient a bénéficié d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré à l'unité de soins Callisto. Dans ce cadre, une évolution favorable avec amélioration des angoisses et de la thymie a pu être observée. Le traitement habituel, jusque-là bien toléré, a été poursuivi. La demande du patient étant essentiellement de profiter du cadre hospitalier, aucun réajustement n'a été jugé nécessaire".*

4.2.3. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans retient que le rapport d'expertise du 6 janvier 2018 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il a été établi en pleine connaissance du dossier, se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'expertisé. L'expert a en effet rencontré ce dernier à deux reprises, le 7 septembre et le 4 décembre 2017, et il décrit de façon très détaillée ses constatations cliniques ainsi que le contexte médical. Les points litigieux font également l'objet d'une étude circonstanciée en faisant application des indicateurs définis par la jurisprudence fédérale et les conclusions de l'expert sont motivées. Ce dernier explique en particulier pourquoi il aboutit à une appréciation différente de celle du psychiatre traitant et des médecins de G. _____.

Ainsi, l'expert arrive aux conclusions suivantes: *"Il existe donc très clairement une partie où l'assuré voile ses ressources et ses activités. Ceci rejoint indirectement les observations cliniques contradictoires dont nous avons fait état à plusieurs reprises ci-dessus. [L'expertisé] est un homme intelligent, pas du tout dupe et qui clive consciemment une partie des informations. Nous ne pensons pas qu'il est véritablement simulateur, mais quelqu'un qui sait très bien quand et comment il doit accentuer les informations et les attitudes. La partie non médicale, déjà évoquée par l'expert précédent, s'est donc développée, accentuée et a en quelque sorte abouti vers la demande de prestations pour impotence. C'est donc dans les instructions quant à cette demande que différentes contradictions ont été soulevées, les tendances régressives et de déconditionnement ont été constatées. [L'expertisé] s'est toujours référé aux appréciations négatives, pessimistes, de son psychiatre traitant, mais son médecin traitant a clairement pris distance à ladite notion d'impotence. Lors de notre examen, [l'assuré] était dans un discours mixte, à la fois soulignant constamment les limitations et difficultés, à la fois admettant le maintien de certaines activités. Cette question d'une éventuelle impotence paraît donc aujourd'hui clairement répondue, voir caduque. Après l'ensemble de notre parcours d'étude de ce cas, l'intégration et la pondération de tous les éléments à disposition, après des heures d'observation, il se dégage donc sur le plan purement psychiatrique d'une part la notion d'un état dépressif récurrent, relativement bien compensé actuellement, d'autre part celle d'une probable/éventuelle modification de personnalité. Cette deuxième notion a un impact clinique mineur, même si beaucoup d'informations sont subjectives et juste basées sur des évocations de [l'expertisé], on ne peut pas complètement l'exclure. La récurrence des états dépressifs est documentée. Il existe donc une certaine «fragilité dépressive». Là aussi, il y a une incertitude dans le sens que la notion de sévérité a été toujours basée sur des évocations de l'assuré de se sentir observé ou poursuivi. C'est purement subjectif, en partie en contradiction avec d'autres informations obtenues, mais elle ne peut pas être éliminée en soi pour ladite subjectivité. En quelque sorte «au bénéfice du doute» une certaine atteinte est donc à retenir et qui, aussi dans une certaine mesure, a une répercussion sur la capacité de travail".*

L'expert relève également que *"l'expertise psychiatrique de 2011 (Dr C. _____) a retenu à l'époque les notions d'un état dépressif récurrent, une probable modification de personnalité, mais également celle d'un homme avec une tendance à la régression narcissique, dépendance d'autrui, passivité. Il y avait à l'époque également la notion d'un conflit de couple mais qui, selon les affirmations répétées de [l'expertisé], a perdu son importance depuis. L'expert précédent était prudent et a conseillé une nouvelle évaluation après une année, une proposition qui n'a jamais été suivie. C'est comme si à la place d'une nouvelle évaluation les hospitalisations à répétition sont devenues un argument pour un état psychique négatif en permanence, voire le maintien de la rente attribuée. On ne peut, dans l'ensemble du contexte, pas se défaire de l'impression que les hospitalisations ont eu aussi un probable effet de refuge et sont aussi devenues une argumentation indirecte et répétée pour la vision négative des choses. Il y a une sorte de spirale dans laquelle l'assuré a toujours eu plus d'écoute pour ses demandes et revendications et ceci a augmenté la notion de son importance et de son pouvoir. Ainsi l'on pourrait comprendre entre autres pourquoi il est arrivé à la demande de rente d'impotence".*

Enfin, l'expert souligne que, dans le passé, le suivi des thérapies proposées n'était apparemment pas toujours complet puisqu'après réajustement de la médication lors des hospitalisations, l'état s'est à chaque fois rapidement amélioré. Il précise que, durant l'expertise, il a constaté une observance correcte pour les antidépresseurs prescrits, mais un taux insuffisant pour le stabilisateur d'humeur et que, si ce taux était correct, cela pourrait légèrement améliorer la

capacité de travail, surtout dans le sens de la durée. Il remarque finalement qu'il n'y a jamais eu d'efforts de réadaptation, car l'assuré est surtout dans une vision subjective d'invalidé complet et chronique, par ailleurs soutenue entièrement par son médecin psychiatre traitant.

L'avis du Dr F. _____ est dès lors convaincant et explique de façon détaillée et fondée l'évolution de la situation médicale du recourant qui permet désormais à ce dernier d'avoir une capacité de travail de 60 % avec une diminution de rendement de 10 % pour ralentissement.

On peut certes regretter que l'autorité intimée n'ait pas formellement requis l'avis des médecins traitants dans le cadre de cette nouvelle procédure de révision. Toutefois, on peut relever, d'une part, que l'avis du psychiatre traitant n'a jamais évolué depuis 2009 et qu'il a toujours attesté, de façon très succincte, une incapacité totale de travail dans toute activité (cf. rapports du 26 février 2010 [dossier OAI, p. 120], du 21 juin 2012 [dossier OAI, p. 267], du 7 novembre 2013 [dossier OAI, p. 284] et du 17 novembre 2015 [dossier OAI, p. 319]). Dans son dernier rapport du 6 janvier 2016 (dossier OAI, p. 337), il confirme que les indications sur l'impotence selon la demande déposée par le recourant correspondent à ses constatations et estime que le pronostic est stationnaire. Comme relevé par l'expert, on constate ainsi qu'il se fie complètement aux dires de son patient et le soutient totalement dans sa vision d'invalidé. Son avis ne peut donc être pris en considération qu'avec retenue. D'autre part, l'avis du médecin généraliste traitant figure dans le rapport d'expertise du Dr F. _____. Ce dernier rapporte que le Dr D. _____ a été très étonné de la démarche de son patient de faire une demande d'allocation pour impotent, car cela ne correspond pas à l'idée qu'il s'est fait de sa situation et de son fonctionnement. En outre, il pense également qu'une activité partielle devrait être possible. Finalement, la lettre de sortie du 16 juin 2017 concernant l'hospitalisation du 24 mai au 14 juin 2017, soit seulement quelques mois avant l'expertise, n'est pas en contradiction avec celle-ci, puisqu'elle fait état d'une évolution favorable avec amélioration des angoisses et de la thymie après seulement 3 semaines et qu'elle mentionne que le traitement habituel, bien toléré, a été poursuivi et qu'aucun réajustement n'a été jugé nécessaire, la demande du patient étant essentiellement de profiter du cadre hospitalier.

Enfin, il faut surtout relever que le recourant n'apporte aucun élément médical contestant les conclusions de l'expert. En particulier, il n'a produit aucun rapport de son psychiatre traitant qui contesterait l'avis de l'expert.

Dans ces conditions, l'autorité intimée était en droit de suivre les conclusions de l'expertise psychiatrique du 6 janvier 2018 et retenir que le recourant présente désormais une capacité de travail de 60 % avec une diminution de rendement de 10 %.

Le calcul du taux d'invalidité, qui n'est d'ailleurs pas remis en cause par le recourant, est correct et peut donc être confirmé. Il conduit à la réduction de la prestation accordée au recourant à un quart de rente.

Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

5.

Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.

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

Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois 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 des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et 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).

Pour déterminer l'indigence, il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune et ses charges. Il y a lieu de mettre en balance, d'une part, la totalité des ressources effectives du requérant et, d'autre part, l'ensemble de ses engagements financiers (ATF 135 I 221 consid. 5.1; arrêt TF 9C_380/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5.1).

La part des ressources excédant ce qui est nécessaire à la couverture des besoins personnels doit être comparée, dans chaque cas, aux frais prévisibles de la procédure pour laquelle l'assistance judiciaire est demandée. Le soutien de la collectivité publique n'est en principe pas dû, au regard de l'art. 29 al. 3 Cst., lorsque cette part disponible permet d'amortir les frais judiciaires et d'avocat en une année au plus, pour les procès relativement simples, et en deux ans pour les autres (ATF 135 I 221 consid. 5.1).

5.2. En l'espèce, les revenus du couple sont constitués par le quart de rente d'invalidité et la rente LPP de l'époux se montant respectivement à CHF 295.- et CHF 476.- par mois, ainsi que du salaire mensuel brut de l'épouse d'un montant de CHF 2'715.55 et de l'indemnité forfaitaire mensuelle de CHF 600.- que cette dernière perçoit en qualité de proche aidant. L'ensemble des revenus du couple se monte dès lors à CHF 4'086.55.

Afin de calculer leurs charges, il convient de tenir compte de leur minimum vital fixé à CHF 2'125.-, soit CHF 1'700.- pour un couple conformément aux lignes directrices pour le calcul du minimum vital du droit des poursuites selon l'art. 93 LP du 1^{er} juillet 2009, augmenté de 25 %, soit CHF 425.- conformément à la jurisprudence (cf. arrêt TF 8C_470/2016 du 16 décembre 2016 consid. 5.5). A ce montant, il faut ajouter le loyer effectif, mais qu'il sied de réduire compte tenu du fait qu'une des enfants majeures vivant en ménage commun avec le couple perçoit un salaire (cf. arrêt TF 9C_659/2016 du 17 janvier 2017 consid. 5.3). On retiendra dès lors les $\frac{3}{4}$ du loyer, soit un montant de CHF 1'119.- ($\frac{3}{4}$ de CHF 1492.-, étant précisé que le coût pour le garage ne doit pas être pris en considération, la nécessité d'utiliser un véhicule pour des motifs professionnels n'étant pas démontrée (arrêt TF I 900/2006 du 12 décembre 2007). En ce qui concerne, les primes d'assurance-maladie, aucun montant ne sera pris en compte, puisque le couple bénéficie d'une subvention totale. Dans les charges alléguées, on peut encore tenir compte des frais de déplacement de l'épouse pour se rendre à son travail (cf. CR-LPGA-MÉTRAL, art. 61 LPGA n. 86), soit CHF 60.- par mois. En revanche, les impôts ne seront pas pris en compte dans la mesure où il n'a pas été prouvé qu'ils étaient effectivement payés (arrêt TF 5P 233/2005 du 23 novembre 2005 consid. 3.2.3). L'ensemble des charges du couple se monte ainsi à CHF 3'304.- (2'125 + 1'119 + 60).

Après comparaison entre les ressources et les charges, il résulte un solde positif mensuel de CHF 782.55 (4'086.55 – 3'304), lequel est suffisant pour permettre au recourant et à sa famille de faire face en douze mois aux frais de justice et aux éventuels frais d'avocat.

La condition de l'indigence n'étant pas remplie, il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 138) doit être rejetée.

5.3. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe.

Il n'est pas alloué de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 100) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 138) est rejetée.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 3 septembre 2019/meg

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :