



**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 279

608 2018 280

Arrêt du 24 février 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Ingo Schafer, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité; révision

Recours (608 2018 279) du 31 octobre 2018 contre la décision du
28 septembre 2018, requête (608 2018 280) déposée le même jour
de restitution de l'effet suspensif

considérant en fait

A. A. _____, né en 1963, domicilié à B. _____, marié – bien que séparé de son épouse – et père de deux enfants majeurs, sans formation, travaillait en tant que carreleur pour une entreprise spécialisée.

En incapacité de travail médicalement attestée depuis le 20 septembre 1995, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 26 octobre 1996, alléguant avoir *"mal au dos, mal à [la] tête, mal partout"*.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assuré a bénéficié d'un stage de trois mois auprès de C. _____ dès le 25 août 1997. L'assuré a cependant interrompu ce stage le 30 septembre 1997.

L'OAI a, en outre, diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 janvier 1998, celui-ci a conclu que, *"seit ca. August 1997 wird die Arbeitsfähigkeit des Versicherten durch die schwere psychische Krankheit massiv herabgesetzt"*.

Par décision du 25 novembre 1998, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une rente entière depuis le 1^{er} août 1997, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

Cette rente a été confirmée à plusieurs reprises lors de communications ultérieures. Une demande d'allocation pour impotent a, par contre, été rejetée par décision du 7 janvier 2008, fondée sur un rapport d'enquête domiciliaire du 6 novembre 2007.

B. Par communication du 23 mai 2017, dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée en décembre 2016, l'OAI lui a ordonné de consulter ses médecins et exigé qu'une *"feuille de suivi psychiatrique"* lui parvienne mensuellement.

L'Office a en outre diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la Dresse F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins au sein de G. _____ SA. Dans leur rapport du 9 février 2018, les deux experts concluent que l'assuré est en mesure de travailler à 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Par la suite, par communication du 9 mai 2018, l'assuré a été mis au bénéfice d'un placement à l'essai de trois mois auprès de H. _____, à un taux de 100%. Il n'a participé qu'un jour à cette mesure, une incapacité de travail ayant été médicalement attestée par la suite.

Par décision du 28 septembre 2018, reprenant un projet du 16 août 2018, l'OAI a supprimé la rente entière dès le 31 octobre 2018, se fondant sur un degré d'invalidité de 3%.

C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Ingo Schafer, avocat, interjette recours (608 2018 279) devant le Tribunal cantonal le 31 octobre 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, au maintien de sa rente.

A l'appui de ses conclusions, il reproche à l'OAI de se fonder sur un rapport d'expertise qu'il estime non probant. Il soutient que celui-ci contient de nombreuses lacunes et incohérences, soulignant qu'il aurait fallu adopter une *"approche rhumatologique, plutôt qu'orthopédique"* et qu'il y avait un

"parti-pris généralisé" de la part de l'experte-psychiatre. Dans ces circonstances, il estime qu'il aurait fallu privilégier les nombreux autres rapports médicaux figurant au dossier, lesquels attesteraient de son incapacité de travail totale. Il reproche ensuite à l'autorité intimée de ne pas avoir adopté une approche concrète, explicite et motivée, s'agissant du caractère réalisable de sa réinsertion professionnelle sur le marché du travail, alors même qu'il bénéficie d'une rente depuis plus de 20 ans. Il estime, à cet égard, que le placement à l'essai proposé par l'OAI était voué à l'échec, comme le prévoyaient tant ses médecins traitants que l'experte-psychiatre. Selon lui, on ne saurait le lui imputer. Enfin, il reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir pris en compte la dégradation de son état de santé sur le plan psychique, notamment en lien avec la décision de l'OAI.

Parallèlement à son recours, il demande (608 2018 280) à ce que son recours soit muni de l'effet suspensif et requiert (608 2018 281) de pouvoir bénéficier de l'assistance judiciaire totale, son mandataire devant être nommé défenseur d'office. Cette dernière demande sera admise par décision du 19 août 2019.

Dans ses observations du 10 décembre 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se référant pour l'essentiel aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire qu'il estime entièrement probante. Pour ce qui est de l'assistance judiciaire, il relève que le recourant vit entre la Suisse et son pays d'origine, type de vie qui suggère la capacité à assumer deux logements, de sorte qu'il doit pouvoir assumer ses frais de défense de manière autonome.

Par mémoire spontané du 3 avril 2019, l'assuré a produit la copie d'un rapport d'expertise privé rédigé par le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J. _____, psychologue. Dans ce rapport daté du 1^{er} avril 2019, les précités concluent que l'assuré est, au plus, en mesure de suivre le rythme d'une clinique de jour, mettant en cause les conclusions de G. _____ SA. Invité à se prononcer sur ce rapport, l'OAI a produit un avis complémentaire de la Dresse F. _____, laquelle confirme ses précédentes conclusions et fait part de ses doutes quant aux conclusions des deux spécialistes susmentionnés.

Le 26 juillet 2019, le Tribunal cantonal a mandaté la Dresse K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 16 octobre 2019, elle estime que l'assuré n'est plus en mesure de travailler depuis le 29 avril 2019 en raison d'une tumeur hépatique. Dans un complément du 18 novembre 2019, elle souligne que si l'assuré *"n'avait pas, en 2018, d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à exercer son activité habituelle de carreleur"*, elle estime qu'il *"n'a pas les ressources pour surmonter ses symptômes somatoformes douloureux"*.

Invité à se prononcer sur les conclusions de l'expert, l'OAI indique ne pas avoir de remarque à formuler, tout en relevant que l'experte souligne que les critères d'admission d'une incapacité de travail durable sont discutables. Pour sa part, le recourant estime qu'il est disproportionné de lui retirer sa rente pour les mois de novembre 2018 à avril 2019.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Le recours est recevable. Il 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 qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est 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.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de

réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3.

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances 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 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

4.

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un

droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, 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. 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).

4.3. 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, 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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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).

5.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de justifier qu'il soit mis fin à son droit aux prestations AI.

La décision du 25 novembre 1998 constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant pour examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de l'octroi initial avec ceux existant au moment de la décision attaquée près de vingt ans plus tard. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates entraînant une amélioration de sa perte de gain. Il n'est donc pas sans intérêt de rappeler la situation médicale lors de l'octroi initial des prestations dans un premier temps.

Sur le plan somatique, il n'avait pas été procédé à des mesures spécifiques d'instruction. Le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, estimait alors que l'incapacité de travail se justifiait *"surtout par la décompensation psychiatrique"* et que, *"du côté rhumatologique, un travail léger, adéquat, [pouvait] être effectué à 100%"*, pour autant qu'il permît une possibilité de changement de position régulière (rapport du 19 novembre 1996, dossier OAI, p. 20). De même, le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, diagnostiquait des *"troubles somatoformes douloureux"* et des *"rachialgies diffuses sur troubles statiques et dégénératifs"* et indiquait que *"l'ensemble du tableau [était] dominé [...] par de nombreux signes de surcharge, raison pour laquelle [il pensait] que la prise en charge pass[ait] avant tout par un traitement médicamenteux et de soutien psychologique"* (rapport du 16 juin 1998, dossier OAI, p. 76). Enfin, le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, renvoyait le prononcé des incapacités de travail au psychiatre traitant, relevant que les différents traitements tentés ne modifiaient pas les plaintes du patient (rapport du 15 septembre 1997, dossier OAI, p. 83).

Par contre, sur le plan psychique, après examen de l'avis du psychiatre traitant (cf. not. dossier OAI, p. 28, 61 et 63), l'OAI avait diligencé une expertise auprès du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 janvier 1998, il diagnostiquait une *"rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2)"*. Ce *"schwerer depressiver Zustand"* (aussi qualifié de *"massiv"*) avait un effet durable sur la capacité de travail, considérée comme nulle depuis août 1997. Toutefois, il estimait qu'une *"stationäre, intensive und längerdauernde psychiatrische Behandlung [hätte] die Arbeitsfähigkeit des Versicherten verbessern [können]"* (dossier OAI, p. 67).

Ainsi, alors qu'il était attesté que les troubles somatiques permettaient encore l'exercice d'une activité adaptée à temps plein, les troubles psychiques étaient pour leur part considérés comme totalement invalidants. C'étaient donc essentiellement ces derniers troubles qui avaient justifié l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité.

6.

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'impacter favorablement sa capacité de gain et, par conséquent, son droit à la rente.

Au vu de l'incidence des troubles psychiatriques sur l'octroi initial de prestations, il convient d'abord d'examiner la problématique de la capacité de travail sur ce plan.

6.1. Sur le plan psychique, dans le cadre de l'instruction du dossier, la Cour de céans a mandaté la Dresse K. _____ pour expertise.

Dans son rapport du 16 octobre 2019, elle retient les diagnostics invalidants de *"carcinome hépatocellulaire des segments VII et VIII du foie"* et de *"trouble somatoforme douloureux persistant, associé à un sentiment de détresse et à une pauvreté des ressources"* et estime que l'assuré n'est plus en mesure de travailler depuis le 29 avril 2019, date de la détection de la tumeur

hépatique. Elle admet cependant que la problématique de la capacité de travail peut être soumise à controverse pour la période antérieure. Par la suite, dans son complément du 18 novembre 2019, elle affirme que *"si l'on prend en considération le fait que le tableau clinique à mon examen de 2019 ne montrait pas de maladie dépressive outrepassant celle habituellement observée en cas de trouble somatoforme douloureux"*, l'assuré *"n'avait pas, en 2018, d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à exercer son activité habituelle de carreur"*. Cependant, elle estime qu'il n'a *"pas les ressources pour surmonter ses symptômes somatoformes douloureux"* et qu'il n'aurait pas, non plus, la possibilité de bénéficier de mesures d'ordre professionnel en raison de sa tumeur hépatique.

Force est de constater qu'il est difficile de déterminer quelles sont les conclusions effectives de l'experte-psychiatre quant à l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant. En effet, l'experte se fonde de manière non négligeable sur le fait que l'assuré souffre d'une tumeur hépatique, et cela même alors qu'elle a été expressément invitée à se déterminer *"sur l'évolution de l'état de santé psychique jusqu'en 2018, en déterminant quelles étaient les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré en 2018, et en départageant, de manière détaillée, les expertises figurant au dossier"* (courrier du 31 octobre 2019). Or, cette tumeur ayant été découverte en avril 2019, elle ne peut être prise en compte pour déterminer le droit aux prestations d'un assuré antérieurement à la décision ici contestée du 28 septembre 2018.

L'on ne peut, par ailleurs, pas exclure que cette situation difficile pour le recourant ait conduit l'experte à prendre en compte des éléments extra-médicaux dans son évaluation, notamment lorsqu'elle affirme que *"le bon sens permet de considérer que [l'assuré] n'a pas et n'a pas eu en 2018 les moyens de se réinsérer de son propre chef dans le circuit professionnel actif, alors que son état de santé actuel (somatique) ne permet pas la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle. À ce titre, il ne serait pas incongru de reconnaître une incapacité de travail totale en 2018, de par une cohérence face à l'assurance-invalidité, qui a mis 21 ans (entre 1997 et 2018) pour demander une première expertise de son assuré"*. Outre le fait que – contrairement aux affirmations de la psychiatre – une première expertise avait été réalisée auprès du Dr D. _____ le 24 janvier 1998, l'on rappelle qu'il n'appartient pas à l'experte de se fonder sur le *"bon sens"* mais sur des éléments médicaux objectifs.

Cela étant, expurgée de ces éléments extra-médicaux, l'expertise démontre de manière convaincante que l'assuré *"n'a pas les ressources pour surmonter ses symptômes somatoformes douloureux"*, car il est *"muni d'une personnalité fragile, peu élaborée, non efficiente, en lien avec des carences affectives majeures et une violence subies durant son enfance"*. L'experte constate en outre un certain repli social qui relève d'un clair déficit de ressources. Selon elle, ces limitations se retrouvent dans tous les domaines de la vie, estimant que des limitations dans la tenue du ménage sont crédibles et confirmées par le Dr I. _____ et J. _____.

Par ailleurs, la Dresse K. _____ apparaît bien plus convaincante lorsqu'elle examine les conclusions de l'experte mandatée par l'OAI, la Dresse F. _____ de G. _____ SA, et les médecins mandatés par le recourant, le Dr I. _____ et J. _____. S'agissant de la première expertise de G. _____ SA, l'experte judiciaire souligne ainsi que le *"le passé de maltraitance de l'intéressé n'a pas été pris en considération, alors que ces antécédents ne lui ont pas permis de développer les ressources pour se défendre contre les difficultés de l'existence"*. Or, ce passé permet de justifier le *"comportement de personnalité histrionique et l'exagération des symptômes"* du recourant et soutient le manque de ressources qui rend peu vraisemblable une exigibilité

professionnelle. En revanche, l'experte-psychiatre tend à se joindre aux conclusions du Dr I. _____ et de J. _____. Selon elle, *"même si ce document a été financé par l'examiné, les investigations ont été dûment réalisées et les deux visites au domicile ont révélé les difficultés qu'a [l'] à assumer ses tâches ménagères. La proposition d'un suivi en clinique de jour illustre bien la pauvreté des ressources de cet homme qui, en sus de ses souffrances à la mobilisation, présente des symptômes dépressifs"*.

Ainsi, même si l'expertise de la Dresse K. _____ n'apparaît pas totalement convaincante sur l'ensemble des problématiques examinées, elle tend clairement à discréditer les conclusions de la Dresse F. _____ de G. _____ SA, lesquelles semblent fondées sur un examen incomplet et une anamnèse partielle, et à soutenir celles du Dr I. _____ et de J. _____.

6.2. Les conclusions de l'experte-psychiatre vont par ailleurs dans le sens de la plupart des autres pièces du dossier, non seulement de l'avis des experts privés mais également de l'opinion du psychiatre traitant, le Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Les premiers, le Dr I. _____ et de J. _____, retiennent ainsi que l'assuré est atteint d'un *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11)"*. Relevant l'existence d'une fibromyalgie, ils constatent que les troubles de ce type s'ajoutent aux problèmes strictement psychiatriques. Cela les conduit à conclure à l'existence d'une capacité de travail très limitée, suggérant que l'assuré *"pourrait au grand maximum suivre le rythme d'une clinique de jour. Ceci serait un but à atte[re]indre avec l'installation préalable de visites quotidiennes de l'infirmière psychiatrique mobile et d'une activation physiothérapeutique au domicile, si nécessaire"* (dossier TC, pièce 6). Pour sa part, le second, reprenant les conclusions de son prédécesseur (cf. dossier OAI, p. 28, 61, 63, 93, 141, 199 et 212), estime que son patient n'est pas en mesure de travailler en raison d'un *"trouble dépressif chronique, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11"* et d'une *"somatisation F45.0"* (dossier OAI, p. 354, 588 et 641).

Si ces médecins estiment que l'incapacité de travail est la conséquence d'une dépression alors que l'experte la fait plutôt découler d'un trouble somatoforme, il existe une certaine cohérence entre ces différents médecins, tant sur le plan diagnostique que sur le plan de l'évaluation de la capacité de travail. Tous retiennent des troubles d'ordre dépressif ainsi que des troubles de type somatoforme. Tous admettent aussi l'existence d'une atteinte psychique totalement invalidante. Or, c'est bien ce dernier critère de la capacité de travail, plus que le diagnostic en tant que tel, qui est central dans l'évaluation de la capacité de gain de l'assuré.

6.3. Au final, seule la Dresse F. _____ de G. _____ SA est d'avis que l'assuré n'est pas limité sur le plan psychique, ne retenant aucun diagnostic invalidant. Selon elle, les symptômes *"sont de l'ordre de l'exagération, malgré une symptomatologie d'anticipation anxieuse"*.

Cependant, ces conclusions apparaissent d'emblée peu convaincantes. C'est, au demeurant, ce qui a conduit la Cour à mettre sur pied une expertise auprès de la Dresse K. _____ dont les conclusions remettent clairement en doute l'avis de la Dresse F. _____.

Cela étant, il ne s'agit pas du seul rapport mettant en cause ces conclusions.

Ainsi, le Dr O. _____ procède à une critique détaillée du rapport d'expertise bidisciplinaire dans un rapport du 11 septembre 2018. Il conteste d'abord le fait que l'experte-psychiatre ne retienne pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent alors même que celui-ci est confirmé tant par les spécialistes interrogés depuis 1997 que par l'examen clinique de l'experte. Il soutient ensuite qu'on

ne peut pas parler de trouble de l'adaptation en l'espèce, ce diagnostic ne persistant guère au-delà de six mois et jamais au-delà de deux ans. Il affirme encore qu'on ne peut à la fois constater des traits de personnalité de type histrionique, parfaitement involontaires et pathologiques, et parler d'exagération dans le sens d'une volonté consciente d'obtenir des avantages. Il critique par ailleurs le fait que l'experte nie le diagnostic de somatisation en l'absence de problèmes réels alors même que son confrère admet un diagnostic de rachialgies dans un contexte de rectitude lombaire et d'arthrose antérieure. Enfin, il reproche aux experts *"d'être une expertise « à charge » extrêmement favorable au mandataire (dont dépend en partie le prestataire)"* (dossier OAI, p. 641). Si, au vu de cette dernière phrase, l'on ne peut exclure l'existence d'un manque de distance du médecin par rapport à son patient, il est difficile de s'écarter de ses constatations objectives précitées.

Pour leur part, le Dr I. _____ et J. _____ reprochent à la Dresse F. _____ d'écarter de nombreux éléments, pourtant utiles à la démarche diagnostique, pour les considérer comme des facteurs extra-médicaux. Relevant que *"le fait qu'un syndrome dépressif semble attribuable à des éléments extérieurs ne veut pas dire qu'il n'est pas existant"*, ils soulignent que la psychiatre de G. _____ SA n'arrive pas à attribuer tous les éléments dépressifs à des éléments extérieurs. Ils estiment également que *"le fait que les douleurs ne soient pas en lien avec des problèmes réels est justement caractéristique pour la somatisation"* alors que l'experte de G. _____ SA exclut ce diagnostic au motif que *"les symptômes somatiques et les douleurs en lien avec des problèmes réels ne sont pas constatés"*. Ce raisonnement des spécialistes mandatés par le recourant semble confirmé par la lecture du DSM IV-TR, selon lequel la caractéristique commune à de tels troubles est la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (p. 561).

Dans ces circonstances, l'on doit s'écarter des conclusions de la Dresse F. _____ et se référer plutôt à celles du Dr I. _____ et J. _____, cautionnées tant par la Dresse K. _____ que par le Dr O. _____.

6.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'assuré doit être considéré comme totalement invalide sur le plan psychique.

Dans ce contexte, il n'apparaît pas essentiel d'examiner la situation sur le plan somatique. L'on relève néanmoins que la situation semble n'avoir que peu évolué depuis l'octroi initial des prestations. Le Dr E. _____ soutient ainsi que, *"du point de vue orthopédique, la situation reste identique depuis la décision du 25.11.1998 avec des aggravations temporaires de l'état de santé"* (dossier OAI, p. 435). Le Dr P. _____ atteste quant à lui, depuis 1999 et de manière inchangée, une incapacité de travail totale en raison de *"rachialgies chroniques dans le cadre d'une fibromyalgie"* et de *"troubles dépressifs récurrents"* (dossier OAI, p. 101, 209 et 244). Enfin, le Dr Q. _____, généraliste et médecin adjoint de la clinique de chirurgie orthopédique de R. _____, n'atteste d'une incapacité de travail qu'en lien avec les activités de la main droite (rapport du 5 septembre 2018, bordereau recours, pièce 3).

L'existence de cette incapacité totale de travailler, entraînant un degré d'invalidité de 100%, est un premier motif d'admission du recours et du maintien de la rente.

7.

Cela étant, même si l'on devait considérer que le recourant demeure en mesure de travailler, le recours devrait être admis et la rente maintenue pour un second motif.

7.1. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt TF 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 *in* SVR 2011 IV Nr. 3).

Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 (consid. 3.3 et 3.5, *in* RSAS 2011 p. 504), la Haute Cour a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3).

Cela étant, même en présence d'un cas exceptionnel au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4), lorsque l'assuré apparaît encore agile, alerte et intégré dans la vie économique (arrêt TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3) ou lorsqu'il dispose d'une formation ou d'une expérience professionnelle particulièrement large (arrêt TF 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2).

7.2. Au moment de l'examen par les experts de G. _____ SA, l'assuré bénéficiait d'une rente depuis plus de 15 ans de sorte qu'on doit partir de l'idée qu'une réadaptation par soi-même ne pouvait pas être exigée de sa part.

Il ressort du dossier que l'OAI a proposé au recourant des mesures professionnelles par courrier du 5 mars 2018 dès lors qu'il avait bénéficié *"d'une rente depuis plus de 15 ans, et au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, [qu'il avait] l'obligation de [lui] proposer des mesures d'ordre professionnel avant toute décision. Selon ce courrier, ces mesures n'avaient "pas pour but d'évaluer [sa] capacité de travail mais bien [lui] proposer un réentraînement au travail"* (dossier OAI, p. 505).

La Cour a eu l'occasion de rappeler dans un arrêt du 20 septembre 2017 (608 2016 237 consid. 6c/cc), mais également dans d'autres arrêts ultérieurs, les principes relatifs à la situation d'assurés qui ont touché une rente pendant plus de quinze ans ou qui sont âgés de plus de 55 ans. Dans de tels cas, il est présumé que l'assuré ne peut plus se réintégrer par ses propres moyens sur le marché du travail. Partant, dans ces hypothèses, ce n'est pas le simple constat de l'exigibilité d'une activité lucrative reposant sur une conception biomédicale qui permet la détermination de la capacité de travail. Bien plus, il incombe à l'expert d'examiner la situation concrète en tenant compte des facteurs subjectifs et objectifs pour déterminer si la valorisation est encore possible. Dans l'affirmative, celui-ci se prononcera encore sur l'utilité d'imposer des mesures médicales de soutien à la réintégration sur le marché du travail (cf arrêt TC 608 2018 194 du 11 mars 2019).

La formulation des courriers de l'OAI ne laisse pas clairement transparaître le rôle des mesures octroyées aux assurés âgés ou ayant perçu une rente de longue durée tel que voulu par la jurisprudence précitée. Au contraire, il apparaît même que, dans son évaluation de la situation de son assuré, l'OAI a expressément décidé de ne se référer qu'à l'exigibilité *"médico-théorique au sens de la médecine d'assurance"* (dossier OAI, p. 649). Au demeurant, si, dans son expertise du 9 février 2018, la Dresse F. _____ se concentre sur la situation biomédicale, elle souligne expressément qu'*"un entraînement au travail serait recommandé pour évaluer au mieux les capacités de la personne assurée, attendu qu'elle n'a pas travaillé depuis de nombreuses années"*. Elle ajoute que *"des mesures de réinsertion socio-professionnelle seraient une bonne indication afin d'aider la personne assurée à envisager une reprise d'une activité professionnelle, sachant aussi qu'elle n'a pas de formation professionnelle ni de qualification particulière. Il serait intéressant d'envisager une formation professionnelle pour l'aider à une éventuelle réinsertion professionnelle"* (dossier OAI, p.435).

Ces mesures n'ont manifestement pas été mises en place par l'OAI qui s'est contenté de proposer un réentraînement au travail à un taux de 100% (cf. dossier OAI, p. 529, 540 et 603). Une telle approche n'est pas conforme à la jurisprudence précitée.

7.3. Au demeurant, le Dr I. _____ et J. _____ estiment que *"le tableau de sa capacité d'activité actuel suggère qu'il pourrait au grand maximum suivre le rythme d'une clinique de jour. Ceci serait un but à atte[re]indre avec l'installation préalable de visites quotidiennes de l'infirmière psychiatrique mobile et d'une activation physiothérapeutique au domicile, si nécessaire. En conclusion nous ne voyons pas de capacité de travail pour l'instant, mais il y a un potentiel d'activation en vue d'une meilleure structuration de son quotidien"* (dossier TC, pièce 6).

Quant à la Dresse K. _____, elle relève que *"l'expertisé reconnaît ses limites dans la tenue de son ménage, ce qui apparaît crédible et qui a été confirmé par le rapport d'expertise du 1^{er} avril 2019. Quant au fait qu'il soit resté inactif depuis 1995 tout en menant une vie quotidienne redondante et sédentaire, réduit inévitablement son entraînement au travail"*. Prenant en compte l'absence de *"ressources personnelles pour s'insérer de manière harmonieuse dans le circuit professionnel actif"* et un certain *"repli social"*, elle constate que *"l'assuré n'a pas les ressources psychiques pour fournir des efforts de réadaptation"* et que des mesures de réadaptation *"ne sont raisonnablement pas exigibles"* (dossier TC, pièces 20 et 22).

A lire ces deux expertises, il apparaît ainsi qu'une valorisation de la capacité de travail reconnue sur le plan biomédical n'est, en l'état, pas possible, pour des motifs tant objectifs que subjectifs.

Dans ce contexte, à lire l'ensemble des experts interrogés, il apparaît que la présomption selon laquelle un assuré ayant perçu une rente depuis plus de quinze ans n'est pas en mesure de se réadapter seul n'est pas renversée. Il appartenait ainsi à l'OAI de mettre sur pied les mesures requises par le cas, condition que ne remplissait manifestement pas les mesures effectivement proposées au recourant.

La suppression des prestations était dès lors prématurée, ce qui justifie également l'annulation de la décision contestée.

8.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours (608 2018 279) est admis et la décision du 28 septembre 2018 est annulée.

Les frais de justice, à hauteur de CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe.

Au vu de l'admission du recours, le recourant a droit à l'octroi d'une indemnité de partie. Le 31 janvier 2020, son mandataire a présenté une note de frais d'un montant total de CHF 4'644.80, à savoir CHF 4'171.20 au titre d'honoraires (32.03 à CHF 120.- et 1.82 à CHF 180.-), CHF 151.50 au titre de débours et CHF 332.10 au titre de la TVA (7.7%). Cela étant, il convient de tenir compte de l'admission du recours et de fonder le montant des honoraires de l'avocat sur le tarif horaire de CHF 250.- (art. 8 du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif JA, RSF 150.12). Dans ces circonstances, le montant octroyé au titre d'honoraires est de CHF 4'298.60 (32.03 heures à CHF 120.-, comme requis, et 1.82 heures à CHF 250.-). Partant, l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 4'792.75, à savoir CHF 4'298.60 au titre d'honoraires, CHF 151.50 au titre de frais et CHF 342.65 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Au vu du présent arrêt, la demande (608 2018 280) de restitution de l'effet suspensif est sans objet.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 279) est admis.
Partant, la décision du 28 septembre 2018 est annulée et la rente entière de A. _____ maintenue.
- II. Les frais de justice, à hauteur de CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe.
- III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 4'792.75, dont CHF 342.65 au titre de la TVA (7.7%), et intégralement prise en charge par l'autorité intimée.
- IV. La demande (608 2018 280) de restitution de l'effet suspensif, devenue sans objet, est rayée du rôle.
- 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 24 février 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :